

Jahresbericht

2022/23

Charité für geflüchtete Frauen: Women for Women

Schwerpunkt: Gesundheitsversorgung für geflüchtete Frauen

Danksagung

Hier ist der Ort, kurz innezuhalten und sich bewusst zu machen, mit wieviel Engagement und Herzblut im Hintergrund der Gesprächskreise für geflüchtete Frauen gearbeitet wird. Ein herzliches Dankeschön daher an das gesamte Team von Women for Women für den Einsatz und die Umsetzung unseres Projektes – jetzt bereits im achten Jahr!

Im Einzelnen sind das zum Beispiel die Ärztinnen, ohne deren Vor- und Nachbereitung oder Empathie unsere Gesprächskreise gar nicht möglich wären. Erst durch ihr Engagement konnte die Idee von der Kontaktaufnahme zu den Frauen in den Unterkünften verwirklicht werden. Der Dank geht dabei insbesondere an Dr. Marlene Lee und Dr. Sara Nasser aus der Gynäkologie und Dr. Rebekka Löber als Kinderärztin sowie Dr. Thi Minh Tam Ta, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiterin der Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen! Ihre Fachkenntnisse und ihre einfühlsamen, kultursensiblen Vorträge waren für die geflüchteten Frauen stets von großer Bedeutung. Wir hoffen, dass wir auch im neuen Jahr weiterhin so erfolgreich zusammenarbeiten können und bedanken uns für das wunderbare Engagement! Unsere großartige Gynäkologin Dr. Gülhan Inci, Ärztin der ersten Stunde des Projekts und stets bereit zu kreativen Lösungen, wenn die Umstände in den Unterkünften mal wieder kompliziert waren, hat uns leider verlassen und eine Leitungsposition in einer renommierten Bonner Klinik angenommen. Wir wünschen ihr dabei alles Gute und viel Glück und danken ihr nochmal ausdrücklich für ihre Bereitschaft, sich 2015 auf dieses ungewisse Abenteuer der Gesprächskreise einzulassen!

Ein großer Dank gilt aber auch unseren Sprachmittlerinnen, allen voran Munira Safi, und den Praktikantinnen Naora Bruns und Hana Habtom, die es ermöglichten, die Anliegen der Frauen zu verstehen und die Gesprächskreise in die Tat umzusetzen. Kultursensible Arbeit erfordert sehr viel mehr Aufmerksamkeit und Kommunikation, um Missverständnisse zu vermeiden und daher ist es gerade diese Vermittlungstätigkeit, die im Klinik- oder Praxisalltag so oft fehlt, die den Gesprächskreisen ihre Wirksamkeit verschafft.

Das organisatorische Rückgrat des Projektes war auch im Jahr 2022 Beate Weingartner, die das Projekt unermüdlich in den Unterkünften für geflüchtete Menschen vertrat und es geschafft hat, die vielbeschäftigten Frauen des Teams zusammenzubringen. Leider verlässt sie unser Projekt, um mit ihrer Familie für ein paar Jahre ins Ausland zu ziehen. Ihre Warmherzigkeit und ihre Empathie haben die wichtigen Brücken geschlagen, um Begegnung und wechselseitiges Verständnis zu ermöglichen. Ein großes Dankeschön an sie daher an dieser Stelle!

Glücklicherweise können wir hier aber auch ihre Nachfolgerin, Dr. Agathe Menetrier, ganz herzlich begrüßen, die im Mai 2023 die Arbeit aufgenommen hat. Wir freuen uns auf die zukünftige Zusammenarbeit und wünschen ihr auch weiterhin so viel Schwung und Tatkraft!

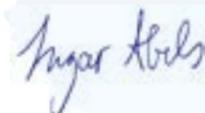
Inhalt

Schon von Beginn an wird das Projekt Women for Women unterstützt durch den Leiter der Frauenheilkunde der Charité: Prof. Dr. med. Dr. Jalid Sehouli, der immer Verständnis für die spezielle Situation der geflüchteten Frauen hat und sehr bedauert, nicht selbst in den Gesprächskreisen aktiv werden zu können. Insbesondere diesem wunderbaren Einfühlungsvermögen gilt unser Dank!

Allerdings hätten wir gar nicht tätig werden können, wenn die Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin dieses besondere Projekt nicht so nachhaltig unterstützt und gefördert hätte! Die Selbstverständlichkeit, mit der die Gesprächskreise als genuine Aufgabe einer Institution wie der Charité aufgenommen wurde, hat uns sehr beeindruckt und einmal mehr davon überzeugt, dass Mitmenschlichkeit eine der tragenden Säulen unserer Institution ist. Vielen Dank!

Nicht zuletzt gilt unser Dank allerdings den geflüchteten Frauen, die unsere Gesprächskreise besucht und uns an ihren Geschichten teilhaben ließen. Der Mut dieser Frauen beeindruckte uns auch in diesem Jahr und zeigte uns aufs Neue, wie wichtig und essentiell unsere Gesprächskreise sind.





Charité für geflüchtete Frauen in Berlin: Women for Women.....	6
<i>Beate Weingartner, Ingar Abels & Agathe Menetrier</i>	
Zum Zusammenhang von Ökonomisierung, Rassismus und interprofessioneller Kommunikation in der Gesundheitsversorgung.....	12
<i>Ingar Abels & Ulrike Kluge</i>	
Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V	15
<i>TransVer</i>	
Erfahrungen geflüchteter Mütter mit der Hebammenversorgung in Deutschland.....	18
<i>Martha Engelhardt et al.</i>	
Ohne elektronische Gesundheitskarte keine Gesundheitsversorgung.....	20
<i>Thomas Knorr</i>	
Eindrücke zur Gesundheitsversorgung von nach Berlin geflüchteten Frauen aus dem Beratungsalltag von Jobcoaches.....	22
<i>Angela Dovifat</i>	
Zur gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Frauen bei häuslicher Gewalt	27
<i>Claudia Buchner</i>	
Das Frauenkrisentelefon.....	29
<i>Lisa Schenk</i>	
Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherung	31
<i>Susanne Eikenberg</i>	
Moving.Clinic. Mobiler Behandlungsbus für geflüchtete Menschen in Berlin	34
<i>Beate Weingartner</i>	
Suchtprävention als Beitrag zum Erhalt psychischer und physischer Gesundheit	36
<i>Marc Pestotnik</i>	
Das Projekt SPORTBUNT – Vereine leben Vielfalt!.....	38
<i>Bianca Diane Zierenberg-Williamson</i>	
ROSA – Rolling Safespace. Eine mobile Anlaufstelle für Frauen auf der Flucht	42
<i>Leonie Maier</i>	
Expert*innenrunde zur Situation vietnamesischer Asylbewerberinnen.....	44
<i>Sybill Schulz & Nozomi Spennemann</i>	
AFFIN – Affektive und kulturelle Dimensionen von Integration infolge von Flucht und Zuwanderung	48
<i>Thi Minh Tam Ta</i>	
Runder Tisch für geflüchtete Frauen	51
Literaturhinweise	52
Impressum	55

Charité für geflüchtete Frauen: Women for Women

Beate Weingartner, Ingar Abels & Agathe Menetrier

Weltweit befinden sich mittlerweile mehr als 108 Millionen Menschen auf der Flucht. Etwa die Hälfte davon sind Frauen (UNHCR 2023). Zahlreiche Studien zeigen, dass geflüchtete Frauen vielfach durch Gewalterfahrungen, Krieg oder Verfolgung deutlich vorbelastet sind (Schouler-Ocak & Kurmeyer 2017, Braun & Dinkelaker 2021, Suerbaum 2023). Menschen flüchten auf Grund von Krieg, sozialer und politischer Instabilität, sozio-ökonomischen Belastungen, Verfolgung oder familiären Konflikten. Für Frauen kommen geschlechtsspezifische Fluchtursachen hinzu: Genitalverstümmelung, Zwangsprostitution, Zwangsverheiratung, Vergewaltigung und Verfolgung (Çalışkan 2018; Rademacher 2020, Hadj Abdou & Scheibelhofer 2023). Die patriarchalen Strukturen vieler Herkunftsländer führen außerdem zu restriktiven Sitten- und Verhaltensregeln, welche es für Frauen zum Beispiel gefährlich machen, sich politisch zu engagieren oder eine umfassende Bildung zu erhalten. Frauen machen zudem möglicherweise andere Fluchterfahrungen als Männer. Vor allem Frauen, die ohne männliche Begleitung reisen, sind besonders von Diskriminierung oder physischer bzw. psychischer Gewalt betroffen (Schmitz 2023). Auch in Deutschland angekommen, bestehen einige dieser Gefährdungen fort, es gibt deutliche Hinweise darauf, dass geflüchtete Frauen auch in den hiesigen Gemeinschaftsunterkünften Opfer von Gewalt werden (Rabe 2015; Hartmann 2018).

Die multiplen traumatischen Erfahrungen geflüchteter Frauen haben langfristige Auswirkungen auf ihre körperliche und psychische Gesundheit (Jesuthasan et al. 2018, Moran et

al. 2023). Sowohl auf europäischer Ebene als auch auf Bundes- und Landesebene werden die speziellen Bedarfe und Vulnerabilitäten geflüchteter Frauen inzwischen anerkannt und in asylpolitische Überlegungen integriert (Servicestelle Gewaltschutz 2020, BMFSFJ & UNICEF 2023).

Die multiplen traumatischen Erfahrungen geflüchteter Frauen haben langfristige Auswirkungen auf ihre körperliche und psychische Gesundheit.

Betroffenen- und Hilfsorganisationen haben folgende Hindernisse in der medizinischen Versorgung von geflüchteten Frauen in Berlin und Brandenburg identifiziert:

- Frauen tragen die Verantwortung für mitreisende Kinder und Verwandte. Dies erschwert es ihnen, Angebote zur eigenen medizinischen Versorgung wahrzunehmen.
- Der Mangel an geschützten Räumen, insbesondere von Sanitarräumen, ermöglicht Diskriminierung und sexualisierte Übergriffe. Für viele Frauen wird es unter anderem durch die oben aufgeführten Gründe erschwert, eigene geschlechtsspezifische Bedürfnisse oder gesundheitliche Beschwerden zu artikulieren.
- Gynäkologische Versorgung und Angebote

der Geburtshilfe sind für geflüchtete Frauen oft schwer organisierbar. Hinzukommt, dass medizinisches Personal oft nicht frei wählbar ist. Die geringen Ressourcen für Dolmetscherinnen bedeuten, dass viele Frauen in sehr vulnerablen Situationen oft ohne Verständigungsmöglichkeiten zurückbleiben. Anamnesestellungen, Diagnosen und Therapien werden zusätzlich zu den Sprachbarrieren durch fehlende Vertrauensverhältnisse erschwert.

- Geflüchtete Frauen berichten von diskriminierenden Behandlungen durch Behörden ebenso wie im Gesundheitssystem. Das medizinische Versorgungssystem für Geflüchtete ist weiterhin uneinheitlich und schwer verständlich. Auf dem langen Weg zum Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte müssen Geflüchtete oft von den Krankenkassen erstellte vorläufige Ersatzscheine nutzen, die in Praxen und Kliniken entgegen dem klar geregelten Anspruch oft nicht akzeptiert werden (s. Knorr in diesem Heft).
- Durch bestehende Sprachbarrieren und fehlende Ansprechpartner*innen, sowie mangelndes Vertrauen in das System werden



psychosoziale Themen seltener angesprochen. Gynäkologische Fragen sind für viele Frauen mit Scham verbunden und werden besonders gegenüber männlichem Personal nicht geäußert.



Das Projekt der Charité

Ein Bericht im Jahre 2015 aus dem Kreis von Women in Exile and Friends e.V. (www.women-in-exile.net) machte auf die spezielle Situation geflüchteter Frauen aufmerksam und zeigte, dass es neue Konzepte brauchte, um die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe zu decken. Diese Erkenntnisse gaben den Ausschlag zur Gründung der Initiative Charité für geflüchtete Frauen: Women for Women im Jahr 2015. Im Dezember 2015 fanden drei erste explorative Gesprächskreise in Gemeinschaftsunterkünften für geflüchtete Menschen im Land Berlin statt. Seitdem haben zwischen 2016 und 2023 mehr als 100 Veranstaltungen in ganz Berlin stattgefunden. Mehr als 1300 Frauen zwischen 13 und 95 Jahren haben diese besucht, 647 von ihnen nahmen an der Evaluation teil. Die Vorbereitung und Durchführung der Gesprächskreise läuft nach einem standardisierten Muster:

1. Kontaktaufnahme zu Berliner Unterkünften
2. Gesprächskreise zu Frauen- und Familiengesundheit
3. Erhebung der Situation und der Bedürfnisse geflüchteter Frauen

Im Vorfeld der Veranstaltungen besucht die Projektkoordinatorin jeweils den Träger des Veranstaltungsortes oder führt ein telefonisches Gespräch mit der Leitung der Unterkunft, um sich auf die Zusammensetzung der Teilnehmerinnen vorzubereiten. Die Projektkoordinatorin und die Sozialarbeiter*innen vereinbaren Termine und die Möglichkeiten zur internen Bewerbung der Veranstaltung. Sprachmittlerinnen werden eingeladen und die referierenden Ärztinnen können sich inhaltlich auf den Termin vorbereiten. Die Gesprächskreise finden in Gemeinschafts-, Frauen- oder Freizeiträumen statt.

In den Jahren 2022/2023 haben mehr als 200 Frauen zwischen 13 und 95 Jahren die Veranstaltungen von Women for Women besucht.

Zusätzlich zu Gemeinschaftsunterkünften werden BENN-Einrichtungen¹ und Träger, die Sprach- und Freizeitkurse anbieten, kontaktiert. Inzwischen fanden Gesprächskreise in Unterkünften, Frauengruppen, Nähkreisen und Sprachkursen statt. Frauen sollten an Orten erreicht werden, die sie ohnehin besuchen. Dadurch gelingt es, auch Frauen zu erreichen, die inzwischen in Hostels oder Privatwohnungen leben. Diese leben oft abgetrennt von den psychosozialen und kulturellen Freizeitangeboten, die in Unterkünften angeboten oder beworben werden.² Durch Simultanübersetzung von Muttersprachlerinnen werden Sprachhürden ebenso wie Analphabetismus umgangen. PowerPoint-Präsentationen sowie Hilfsmaterialien bieten niedrigschwelligem Zugang

¹ BENN steht für Berlin entwickelt neue Nachbarschaften und wurde als Integrationsmanagement in den Bezirken Anfang 2018 initiiert.

² siehe zum Beispiel Mörath 2019

zu den Themen sexuelle Reproduktion, Verhütung und Brustkrebsvorsorge. Darüber hinaus erhalten die Frauen Informationen über das deutsche Gesundheitsversorgungssystem und über Anlaufstellen für die psychosoziale Versorgung von geflüchteten Frauen.

Wir alle sind Frauen – egal woher wir kommen!

Das ist der Startpunkt jeder Veranstaltung. Unabhängig von Alter, Herkunft oder Religion; Frauen weltweit teilen ähnliche körperliche Erfahrungen. Dieses Paradigma des Projektes senkt Hemmschwellen und hilft den Frauen, sich tatsächlich angesprochen zu fühlen.

Dr. Marlene Lee und Dr. Sarah Nasser (beide Gynäkologinnen), Dr. Tam Ta (Psychiaterin) und Dr. Rebekka Löber (Kinderärztin) bilden zurzeit den medizinischen Kern des Projekts und sprechen mit den Teilnehmerinnen über Frauengesundheit und Unfallprävention/Erste Hilfe am Kind. Das Angebot der Gesprächskreise



bietet den Frauen die Möglichkeit, in einem geschützten Raum in der eigenen Erstsprache über gesundheitliche oder andere Fragestellungen zu sprechen. Das Format ermöglicht es den Teilnehmerinnen, eigene Fragen einzubringen. In den Gesprächskreisen wird mit einer niederschweligen Präsentation gearbeitet, die auch von Analphabet*innen verstanden wird und die Fragen der Teilnehmer*innen bestimmen die Richtung des Gesprächskreises.

Im Anschluss an die Veranstaltungen gibt es die Möglichkeit, in vertraulichen Einzelgesprächen individuelle Probleme und Fragestellungen zu erörtern. Die anschließende Evaluation, die von den Teilnehmerinnen ausgefüllt wird, sowie ein Fragebogen zu ihren Erfahrungen mit der gynäkologischen Versorgung während und nach der Flucht erlauben eine Erhebung zu soziodemographischen und gesundheitlichen Hintergründen der Frauen. Sie bilden einen wichtigen Schritt zur Bedarfsanalyse geflüchteter Frauen im Berliner Gesundheitssystem. Die regelmäßigen Evaluationen erlaubten es, sprachliche und interkulturelle Barrieren zu thematisieren sowie Schwerpunktsetzungen zu aktualisieren.

Gesprächskreise mit Ipsos e Care

Zwischen 2018 und 2021 fanden zusätzlich zu den etablierten Gesprächskreisen zum Thema Frauengesundheit auch Veranstaltungen zu Themen der Familiengesundheit in

Kooperation mit psychosozialen Beraterinnen der gemeinnützigen Organisation Ipsos e Care statt. Ipsos e Care ist eine humanitäre Organisation, die Menschen aus der ganzen Welt und mit verschiedenen sprachlichen, kulturellen und spirituellen Hintergründen zu psychosozialen Berater*innen ausbildet. Während der Gesprächskreise führte die muttersprachliche Beratung in Themen wie seelische Gesundheit und Selbstfürsorge ein und vermittelte sehr konkrete alltagspraktische Verhaltenstipps. Bei Bedarf vereinbarten die Beraterinnen von Ipsos e Care einen Termin mit den Frauen im Ipsos e Care Center Berlin. Hier werden Menschen in schwierigen Lebenssituationen persönlich oder über eine digitale Plattform in ihrer Erstsprache beraten. Das Angebot wurde zunächst in Afghanistan implementiert und ist in äußerst vielen Sprachen verfügbar. Einzigartig ist die kulturelle Kompetenz aller Berater*innen. (www.ipsos-care.com)

Projektarbeit nach der Pandemie:

Die Jahre 2022 und 2023

Im Januar 2022 konnte Women for Women (W4W) die Gesprächskreise direkt vor Ort wieder in Präsenz durchführen. In den Wohnheimen für geflüchtete Menschen bestand ein großer Bedarf an persönlichen Kontakten und Veranstaltungen vor Ort, insbesondere nach den Einschränkungen während der Corona-Pandemie. Mit Gynäkologinnen, Kinderärztinnen und Sprachmittlerinnen organisierte das Team im Schnitt monatlich zwei Veranstaltungen für durchschnittlich 8-12 Frauen. Neben Veranstaltungen auf Farsi, Arabisch, Russisch und Georgisch konnten Gesprächskreise auch auf Vietnamesisch zu Themen der Frauengesundheit und Gesundheitsvorsorge für Kinder angeboten werden.

In Zusammenarbeit mit dem 1993 für vietnamesischen Migrant*innen gegründeten Verein Reistrommel e.V. veranstaltete Women for Women im Frühjahr 2022 einen Tag der Gesundheit mit Frauen aus Vietnam. In der

Gemeinschaftsunterkunft Paul-Schwenk-Str. wurden Gesprächskreise zu zwei Themen (Frauengesundheit/Kindergesundheit) an einem Tag veranstaltet. In den Pausen gab es Kaffee und Kuchen, sowie Zeit für den persönlichen Austausch. So hatten die Bewohnerinnen die Möglichkeit, eine Kinderärztin und eine Gynäkologin in zwei aufeinanderfolgenden Gesprächskreisen zu treffen.

möglich. Women for Women unterstützte die Arbeit des Medibus mit besonderem Blick auf die Bedürfnisse der Frauen und Kindern. In den vom Medibus besuchten Unterkünften bot Women for Women nach Möglichkeit zusätzlich auch Gesprächskreise an. Eine ausführliche Beschreibung des Projektes "Moving Clinic" findet sich im Beitrag von Beate Weingartner in diesem Heft.

Ebenfalls neu im Jahr 2022 war die Kooperation von Women for Women mit dem Projekt der Stadtteilmütter aus Kreuzberg. In Zusammenarbeit mit Frau Naddaf, Projektleiterin der Stadtteilmütter in Neukölln, und den Gynäkologinnen und Kinderärztinnen des Projekts stellte Women for Women ein Programm für eine Sommerakademie auf dem Campus der Charité-Mitte und dem Virchow-Klinikum zusammen. Die Stadtteilmütter besuchten Veranstaltungen zu Themen der Frauengesundheit, wie beispielsweise Verhütung, Schwangerschaft und Krebsvorsorge, sowie zur



Kindergesundheit mit thematischen Schwerpunkten auf Erste-Hilfe-Maßnahmen, Kinderkrankheiten etc. Die Teilnehmerinnen konnten auf den jeweiligen Campi und Hörsälen Charité-Luft schnuppern und in einer geführten Tour über den Campus Charité-Mitte geschichtliche

Hintergründe zur Charité erfahren. Es war ein lebhafter und spannender Austausch, der im Herbst direkt bei den Stadtteilmüttern in einem kleineren Rahmen fortgesetzt werden konnte.

Ein Eckpfeiler von W4W ist die Vernetzung der Berliner Akteur*innen im Berliner Hilfesystem für geflüchtete Frauen. Der von W4W monatlich organisierte Runde Tisch für geflüchtete Frauen in Berlin (rundertisch.lfr-berlin.de) trifft sich in unterschiedlicher Besetzung, um über relevante Themen für geflüchtete Frauen und deren Familien in Berlin zu sprechen. Um einen



besseren Überblick über die Versorgungsstruktur geflüchteter Frauen in Berlin zu bekommen, stellen jedes Mal unterschiedliche Referent*innen ihre jeweiligen Projekte und ihre Arbeit vor. Ziel für die teilnehmenden Akteurinnen und Akteure ist es auch, bei politischen Vertreter*innen für eine bessere Unterstützung von geflüchteten Frauen und ihren Familien zu plädieren.

Es wurde deutlich, wie wichtig sowohl der Austausch mit anderen Vertreterinnen der Berliner Geflüchtetenarbeit zu gesundheitsrelevanten Fragen ist, aber auch der direkte Austausch mit den betroffenen Frauen und deren Familien selbst. Die anhaltenden Diskussionen über die Gesundheitskarte für geflüchtete Frauen, aber auch die Debatte um die Notwendigkeit von Sprachmittlung gaben den Ausschlag in diesem Jahresbericht den inhaltlichen Schwerpunkt auf

die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Frauen zu legen und viele der Akteur*innen, die in diesem Bereich aktiv sind, als Autor*innen zu gewinnen.

frauenbeauftragte.charite.de/projekte/women_for_women/



Dr. Agathe Menetrier promovierte von 2016 bis 2022 am Max-Planck-Institut für ethnologische Forschung (Halle) und an der Ecole Normale Supérieure (Paris). Ihre Feldforschung führte sie in den Senegal, nach Mauretanien und Gambia, wo sie die Auswahlpraktiken des UN-Flüchtlingswerks bei Resettlement-Programmen für LGBTQ-Westafrikaner*innen untersuchte. Seit 2018 koordiniert sie das „Afrika“-Team der NGO Asyl für Herkunftslandinformation. Seit Mai 2023 ist sie verantwortlich für das „Women for Women“-Projekt an der Charité. Darüber hinaus berät Agathe Anwält*innen und internationale Organisationen zu LGBTQ-Rechten und Fluchtursachen in Westafrika und schreibt Berichte über Asyl und Staatenlosigkeit für Menschenrechtsorganisationen. Fragen und Anregungen zum Projekt: agathe.menetrier@charite.de

Neben den Gesprächskreisen unterstützte Women for Women das Projekt Medibus – Moving.Clinic mit Kontakten zu Wohnheimen und begleitete das Busprojekt das gesamte Jahr 2022. Zwei Mal wöchentlich besuchte das ehrenamtlich arbeitende Team des Medibus unterschiedliche Wohnheime in Berlin, vorrangig in Marzahn-Hellersdorf, aber auch in anderen Bezirken, wie Köpenick oder Kreuzberg, um eine erste medizinische Untersuchung anzubieten. Durch das von Cisco zur Verfügung gestellte digitale Dolmetscher*innensystem war eine Aufnahme und Untersuchung der aufsuchenden Personen in ihrer Muttersprache

Ein Gespräch:

Zum Zusammenhang von Ökonomisierung, Rassismus und interprofessioneller Kommunikation in der Gesundheitsversorgung.

Ingar Abels & Ulrike Kluge

Die im Folgenden besprochenen Studienergebnisse wurden im Rahmen des Projektes TransVer neXus – Interkulturelle Öffnung der Berliner Krankenhäuser erhoben. 112 leitfadengestützte Interviews wurden mit Mitarbeitenden in Berliner Krankenhäusern durchgeführt. Davon waren 77 Ärzt*innen, 19 Pflegefachkräfte, 7 kamen aus der Sozialen Arbeit, 7 waren Psycholog*innen und zwei waren Mitarbeitende aus dem kaufmännischen Bereich. Das Projektteam bestand aus Dr. Ingar Abels, Prof. Ulrike Kluge, Anke Lauke, Dr. Simone Penka, Mihaela Savin und Steffen Schödwell. TranVer NeXus wurde von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von April 2020 bis Dezember 2021 gefördert und initiiert von TransVer - dem Ressourcen-Netzwerk zur Interkulturellen Öffnung (transver-berlin.de).

Ulrike Kluge: Als wir unsere Interviews mit den sehr unterschiedlichen Mitarbeitenden der Berliner Krankenhäuser ausgewertet haben, haben uns einerseits die Barrieren, andererseits aber auch Wünsche und Modelle für eine Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte in den Berliner Krankenhäusern interessiert.

Ingar Abels: Genau, uns interessierten auch die Strategien zur Bewältigung, die die Befragten hatten und welche Ideen zur Lösung sie vorschlagen würden.

Ulrike Kluge: Wir waren in unseren Teamauswertungen überrascht, wie präsent in den Interviews der Zusammenhang von Ökonomisierung und Barrieren in der Gesundheitsversorgung beschrieben wurde und wie viele Beispiele unsere Gesprächspartner*innen für diesen Zusammenhang angeführt haben. Immer wieder habt Ihr in den Teambesprechungen davon berichtet, dass Menschen z.B. sagten: „Wenn es in der Versorgung sowieso schon eng ist und Zeitknappheit herrscht, dann kommen wir richtig in emotionale Bedrängnis, wenn dann noch jemand kommt, mit dem wir uns nicht verständigen können.“

Ingar Abels: Ja das klang dann so, als würden viele das schon ganz selbstverständlich finden, wie ein Naturgesetz, dabei könnte Sprachmittlung diese Situationen ungemein entschärfen. Dementsprechend waren auch bei den Lösungsvorschlägen zum Abbau von Barrieren in der Gesundheitsversorgung die Wünsche nach mehr Personal und nach mehr Zeit für Patient*innen die wichtigsten. Das war dann in der Folge nicht überraschend, aber es entstand für uns im Team mehr Mitgefühl für die Bedingungen, in denen das Personal in den Krankenhäusern Versorgung macht und in welchen Bedingungen dann eben Diskriminierung auch entsteht bzw. man könnte auch sagen strukturell gemacht wird.

Ulrike Kluge: Ja. Und die Ausführungen dazu waren vielschichtig. Zum einen wurde das DRG-System beschrieben als eine der Ursachen für den Personal-Notstand und den Zeitmangel und zusätzlich immer wieder darauf verwiesen, dass aufgrund dessen, dass Sprachmittlung nicht gesetzlich verankert ist und es damit keinen Anspruch auf Sprachmittlung gibt, sich dann in der Praxis der klinischen Versorgung ganz unterschiedliche Notfall-Lösungen und improvisierte Umgangsweisen finden, um die Sprachbarriere zu überwinden. Und derart nicht regulierte und strukturell nicht verankerte Prozedere, wie z.B. Sprachmittlungs-lösungen müssen dann quasi immer wieder neu erfunden werden, was dann aber zusätzlich Zeit kostet, die niemand hat. Und dann beschreibt das Personal, dass in der Praxis, viele Mitarbeitenden eher genervt und negativ eingestellt sind gegenüber Patient*innen mit derartigen Mehrbedarfen, wie z.B. Personen mit Migrations- und Fluchtgeschichte.

Ingar Abels: Einige sagten auch, dass sie diese negative Einstellung eigentlich nicht möchten, dass es aber im klinischen Alltag in der interprofessionellen Versorgung immer wieder passiert. Selbst aus der kaufmännischen Verwaltung hat das jemand gesagt, dass diese Kosten (und damit die Zeit) einfach nirgends abgebildet wird im System. Im Kontext von Flucht und dem Asylbewerberleistungsgesetz werden aber auch die schlechten Unterbringungsbedingungen und mangelnde Hygiene dort als Gründe für schlechtere Versorgung angegeben. Wieder andere Interviewpartner*innen haben eher ein niedrigeres Bildungsniveau und eine unzureichende Gesundheitskompetenz in Form von Unwissen bzgl. Körper und Gesundheitssystem als ursächlich für Schwierigkeiten in der Versorgung beschrieben. Wirklich herausfordernd ist dann außerdem die Versorgung von Analphabet*innen, die viel Zeit und neben Sprachmittlung auch sowas wie einfache Sprache erfordert. Ich fand es dann vor allem erstaunlich, wie uneinheitlich es in der klinischen Versorgung abläuft.

Ulrike Kluge: Ja, da hat sich ein Potpourri an Lösungen gezeigt und vieles scheint dann abhängig von der Haltung der Klinikleitung. Während in einigen Kliniken eine Sprachmittlung aus den im DRG-System festgelegten Fallpauschalen bzw. patient*innengebundenen Budgets finanziert wird und damit de facto weniger Geld eingenommen wird, wird in anderen Kliniken davon ausgegangen, dass Patient*innen für die Bewältigung der Sprachbarriere selbst verantwortlich sind.

Ingar Abels: Geflüchtete zu versorgen insgesamt, stößt aufgrund der teilweise unsicheren Kostenübernahme und des Mehraufwandes mitunter in der Leitungsebene auf Ablehnung. Das muss man sich mal vorstellen. Einige haben auch gesagt, dass sie wegen der schlechteren Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte da an ethische Grenzen stoßen, weil sie ja Medizin studiert haben oder Pflege gelernt haben, um Leute gesund zu machen. Eine andere verbreitete Lösung sind diese Listen von Mitarbeiter*innen, die zur Übersetzung für bestimmte Sprachen angefragt werden können. In den Interviews waren manche Mitarbeitende von diesem Arrangement sehr genervt, weil es Mehrarbeit bedeutet und man schnell zwischen die Fronten gerät oder weil von Patient*innen, die eine gemeinsame Sprache sprechen, eine Extrabehandlung erwartet wird. Andere Mitarbeitende fanden das eine gute Lösung.

Ulrike Kluge: Wie belastend waren deiner Meinung nach diese Bedingungen insgesamt für die Beschäftigten?

Ingar Abels: Also ich fand die Überforderung schon ziemlich heftig, von der uns alle Berufsgruppen erzählt haben. Dieses Zitat illustriert das ziemlich gut: „Die meisten Leute, die ich treffe, sind sehr nette Leute. Die wollen mit und am Menschen arbeiten, aber sie haben nicht die Zeit, um das zu tun. Wenn ich ständig übermüdet bin und es piept und so weiter, dann werde ich auch aggressiv. Ich bin vorsichtig, das dann

rassistisch zu nennen. Es ist in dem Augenblick die einzige gangbare Strategie, das Pensum zu schaffen: Man wird ruppig.“ (Arzt*Ärztin aus einer somatischen Klinik)

Ulrike Kluge: Einige Mitarbeitende haben selbstkritisch beschrieben, sich selbst dabei zu beobachten, wie sie Stereotype, Kulturalisierungen und Ablehnung „nutzen“, um die eigene Überforderung und Spannung zu reduzieren. Dieser Zusammenhang ist meiner Ansicht nach in bisherigen Studien noch nicht herausgearbeitet worden. Vermutlich nicht zuletzt, weil diese Feststellung und Selbstkritik natürlich nicht unproblematisch sind. Das haben wir versucht, in unserem Artikel im Bundesgesundheitsblatt ausführlich zu diskutieren und zu erarbeiten, was hierzu an strukturellen Veränderungen nötig ist. Lass uns zum Schluss unseres kurzen Gesprächs aber noch einen anderen Ausblick wagen und nochmal zu den Lösungsvorschlägen kommen, wir haben ja sehr viele dokumentiert, aber zwei wichtige: Wir brauchen gesetzlich verankerte Sprachmittlung mit den dazugehörigen nötigen Infrastrukturen, deshalb das Positionspapier an die Politik, das unten verlinkt ist.

Ingar Abels: Ja, das ist zentral. Beschäftigt hat mich aber auch der Wunsch nach Intervention und Supervision, also geschützten Räumen, in denen man nochmal über problematische Situationen gemeinsam als Team sprechen kann. Ich sprach insbesondere einige Interviewpartner*innen, die sich das im Hinblick auf das Thema Sterben und Tod im transkulturellen Kontext gewünscht haben. Wir brauchen sozusagen klar geregelte Strukturen zur Sprachmittlung auf der einen und aber auch Räume zur emotionalen Arbeit und Selbstreflexion auf der anderen Seite.

Prof Dr. Ulrike Kluge leitet das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) und den Forschungsbereich Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité – Universitätsmedizin, Campus Mitte gemeinsam mit Frau Prof. Schouler-Ocak sowie die Abteilung Gesundheit am Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung an der Humboldt Universität zu Berlin und ist Mitinitiatorin des von Dr. Simone Penka geleiteten Ressourcen-Netzwerkes zur Interkulturellen Öffnung- TransVer.

Dr. Ingar Abels leitet das Mentoring Competence Center an der Charité und gemeinsam mit Dr. Christine Kurmeyer das Projekt Women for Women: Gesprächskreise für geflüchtete Frauen. Sie engagiert sich im Steering Committee Gleichstellung, Diversität and Inklusion zum Thema diversitätssensible Organisationsentwicklung an der Charité.

Originalartikel: Schödwell, S. et al. (2022): Strukturelle Diskriminierung und Rassismus in der Krankenhausversorgung: die Rolle ökonomischer Rahmenbedingungen in der interkulturellen Öffnung. Bundesgesundheitsbl 65, 1307–1315. doi: 10.1007/s00103-022-03615-x

Positionspapier¹

Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V

Eine sichere Verständigung ist gemeinhin als Grundlage für eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesundheitsversorgung essentiell. Der negative Einfluss von Sprachbarrieren auf Zugang, Behandlungsqualität, -erfolg und -zufriedenheit sowie die adäquate Nutzung von Gesundheitsressourcen ist empirisch hinreichend belegt (1-7). Auf der anderen Seite konnte der positive Einfluss des Einsatzes von geschulten Sprachmittler:innen bei der Reduktion dieser Barrieren gezeigt werden (8-10). Bezüglich des Einsatzes von Sprachmittlung im Gesundheitswesen am Beispiel der Krankenhausversorgung herrschen aufgrund der fehlenden Finanzierungsstrukturen jedoch weiter klinik- und stationsinterne Kompromisslösungen vor (11). Für Mitarbeitende und Patient:innen resultieren daraus Unzufriedenheit, Ohnmacht, Verunsicherungen und Frustrationen, die Kulturalisierungen² und Rassismen (re-)produzieren und sich zu aggressiven Konflikten zuspitzen können³.

Unsere Forderung nach einer gesetzlichen Verankerung der Sprachmittlung basiert auf ethischen und rechtlichen Argumenten. Die gleichberechtigte Teilhabe an der

Gesundheitsversorgung ist im Grundgesetz gegenüber der öffentlichen Gewalt in Art. 3 verankert sowie für die private Sphäre aus dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz ableitbar (14, A15). Aus dem im Jahr 2013 verabschiedeten Patientenrechtegesetz ergeben sich konkretere Anforderungen an die behandelnde Fachkraft bezüglich der Behandlungsaufklärung, aus der die Notwendigkeit einer ausreichenden sprachlichen Verständigung eindeutig abzuleiten ist (16). Während die Kostenübernahme für Gebärdensprachmittlung mittlerweile im SGB I gesetzlich geregelt wurde (§ 17 Abs. 2 SGB I) (17), ist der Bedarf an Sprachmittlung für Patient:innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse nicht berücksichtigt worden. Die aktuelle Rechtsprechung verortet die Sprachbarriere bzw. deren Lösung in der privaten Sphäre der Patient:innen (18). Eine Kostenübernahme für Sprachmittlung ist allein für Empfänger:innen von Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (19) möglich, liegt jedoch im Ermessen des:er Sachbearbeiter:in.

Wir vertreten die Ansicht, dass der fehlende rechtliche Anspruch auf Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung und die

¹ Kurzversion vom 14.12.2022

² Kulturalisierung meint „die Tendenz, Lebens-, Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Denkmuster als kulturell determiniert und reduziert auf eine nationale bzw. ethnisch spezifische Kultur zu beschreiben“. Dies wird als besonders problematisch diskutiert, wenn hierbei bestehende Macht- bzw. Ungleichheitsverhältnisse übersehen, missachtet und verleugnet werden bzw. im Alltagsrassismus durch kulturelle Zuschreibungen legitimiert werden (12-13).

³ Dies ist in den noch unveröffentlichten Ergebnissen der Befragung im Rahmen des Projektes „TransVer – neXus. Interkulturelle Öffnung der Berliner Krankenhäuser“ deutlich geworden.

aktuelle Rechtslage zur Kostenübernahme von Sprachmittlung bestehende strukturelle Benachteiligungen von Menschen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen im Gesundheitswesen verfestigen und somit unter dem Gesichtspunkt des strukturellen Rassismus zu betrachten sind. Auch im 2017 veröffentlichten „Nationalen Aktionsplan gegen Rassismus“ (20) wird diese Position vertreten. Die erneute Initiative für die Sicherung des Anspruchs auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen hat über TransVer-neXus⁴ im Sommer 2021 begonnen. Im Koalitionsvertrag 2021–2025 der Bundesregierung wird erklärt, dass „Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen [...] im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V“ (21, S. 84) wird. Wir greifen dies als Forderung auf und schlagen folgende zentrale Schritte zu ihrer Umsetzung und damit zum Abbau von strukturellem Rassismus und Diskriminierung vor.

⁴⁾ transver-berlin.de/nexus-was-wir-machen

Die Langversion des Positionspapiers, die Liste der Unterzeichnerinnen sowie die Quellenangaben finden Sie hier:

transver-berlin.de/nexus-positionspapier-sprachmittlung



Eine Initiative von:



Forderungen

1. Aufnahme von Sprachmittlungsleistungen in den Katalog der GKV bzw. ins SGBV und in weiteren Gesetzen, z.B. AsylbLG;
2. Einberufung einer bundesweiten interdisziplinären Expert:innenkommission mit Vertreter:innen aus Medizin und allen Heilberufen, Sozialer Arbeit, Gesundheitsförderung und Prävention, Ethik, Rechtsprechung, Sozial- und Kulturwissenschaften, Sprachmittlungsdienstleistern/-verbänden/-organisationen, Migrant:innenorganisationen und weiteren relevanten Bereichen, die in diesem Prozess beratend, meinungsbildend und zur Sicherstellung der vereinbarten Standards einbezogen wird;
3. Entwicklung und Finanzierung von Konzepten zur Verbesserung des Zugangs zu Leistungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Webseiten der KV; übersetzte Infomaterialien; Terminvereinbarungsservice in verschiedenen Sprachen etc.);
4. Es wird eine Budgetierung der Sprachmittlung pro Krankheitsfall von Fachgremien entwickelt;
5. Erarbeiten und Einführen einer ausreichenden zeitlichen Budgetierung für Anamnese-, Diagnostik- und Verlaufsgespräche, um die Erfassung und Berücksichtigung besonderer Bedarfe sicherzustellen;
6. Bereits bei Vereinbarung des Untersuchungstermins sollte die Indikation zur Sprachmittlung von den Fachkräften gestellt werden und entsprechende diagnostische Ziffern werden eingeführt;
7. Alle Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung, die Leistungen nach SGB V anbieten, sollen Zugriff auf Sprachmittlung erhalten können;
8. Förderung des Aufbaus eines Netzes aus lokalen und bundesweiten Sprachmittlungsdiensten mit geschulten Sprachmittler:innen, aus dem persönliche sowie Video- und Telefondolmetschleistungen mit geringem organisatorischem Aufwand kurzfristig angefordert werden können;
9. Benennung eines klaren Rollenleitbildes als Qualitätsstandard für die Sprachmittlung; niedrigschwellige modulare Qualifizierungsmöglichkeiten, vielfältige Zugänge zur Tätigkeit für erfahrene Seiteneinsteiger:innen;
10. Entwicklung einer angemessenen Gebührenordnung, welche den Sprachmittlungsdiensten die Umsetzung von hochwertigen Schulungs- sowie Supervisionsformaten ermöglicht;
11. Integration von Fort- und Weiterbildungsangeboten für die Arbeit mit Sprachmittler:innen in die Curricula für Fachkräfte aus allen Berufsgruppen.

Erfahrungen geflüchteter Mütter mit der Hebammenversorgung:

Inanspruchnahme und Zufriedenheit

Martha Engelhardt, Mathilde Gaudion, Jasmin Kamhyie, Razan Al Munjid, Lisa Patzelt, Anne-Sophie Krautstengel, Theda Borde

Zielsetzung

Das nationale Gesundheitsziel rund um die Geburt sieht vor, dass „Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt gesundheitsförderlich gestaltet sind“. Gerade für geflüchtete Frauen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im ersten Lebensjahr des Kindes sind diese Lebenswelten und Rahmenbedingungen durch hohe rechtliche Unsicherheit, strukturelle Barrieren zur Versorgung und Prekarität gekennzeichnet, was den Stellenwert einer verlässlichen Hebammenversorgung vor, während und nach der Geburt erhöht.

Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Projekt Pregnancy and Obstetric Care for Refugees (PROREF 11/2019 - 10/2023) ist ein Teilprojekt der Forschungsgruppe PH-LENS und analysierte die Versorgung von geflüchteten Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt. Dabei wurden drei Fragestellungen untersucht:

1. kontextuelle Faktoren der Lebensbedingungen,
2. Responsivität des Gesundheitssystems und
3. mögliche gesundheitliche Ungleichheiten durch Othering, d.h. eine ausgrenzende Veränderung von Geflüchteten. Als bislang erste Studie in Deutschland wurden dabei auch geflüchtete Frauen zur Inanspruchnahme von und Zufriedenheit mit der Hebammenversorgung in Deutschland befragt.

Methodik

Es wurden 33 in Deutschland lebende geflüchtete Mütter aus 18 Herkunftsländern 1-9 Monate nach der Geburt des Kindes sowie 75 Fachkräfte mittels qualitativer Interviews (z.T. unterstützt durch qualifizierte Sprachmittlung) zur medizinischen und sozialen Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt befragt. Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurden die Interviews mit den Fachkräften per Videotelefonie durchgeführt. Um das notwendige Vertrauen für die Gespräche aufzubauen, wurden die geflüchteten Mütter unter Einhaltung der Hygieneregeln persönlich interviewt. Die in die Studie einbezogenen Mütter lebten sowohl in Gemeinschaftsunterkünften als auch in eigenen Wohnungen in Berlin, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen. Die Interviews wurden anhand der Framework-Analyse ausgewertet.

Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Projekt Pregnancy and Obstetric Care for Refugees (PROREF 11/2019 -10/2023) ist ein Teilprojekt der Forschungsgruppe PH-LENS und analysierte die Versorgung von geflüchteten Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt. Publikation, doi: [10.1093/eurpub/ckab164.547](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.547)

Ergebnisse

Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme der Hebammenversorgung vor und nach der Geburt war insgesamt gering. Hauptgründe dafür waren fehlendes Wissen über die Möglichkeit der Hebammenversorgung, fehlende Weitergabe von Informationen durch Gynäkolog:innen oder Sozialarbeiter:innen, Sprachbarrieren bei der telefonischen Hebammensuche sowie Hebammenmangel. Einige Frauen sahen keinen Unterstützungsbedarf durch eine Hebamme, da sie die gynäkologische und kinderärztliche Versorgung als ausreichend empfanden.

Zufriedenheit

Die wenigen befragten Mütter, die vor oder nach der Geburt durch eine Hebamme betreut wurden, waren überwiegend sehr zufrieden mit der Versorgung und bezeichneten die Hebamme beispielsweise als „Mutterersatz“ oder „Goldwert“. Als besonders hilfreich wurde die von Hebammen geleistete Unterstützung in folgenden Bereichen wahrgenommen: Vorbereitung auf die Geburt (Atmung und Bewegungen), organisatorische Unterstützung (Krankenhauswahl, Terminvereinbarung), unkomplizierte Versorgung mit Medikamenten (Folsäure, Eisen, Salben), soziale und psychosoziale Unterstützung, Hilfe beim Stillen, Beruhigen des Kindes, bei Schlafproblemen sowie bei Verhütungsfragen. In einigen Fällen führten eine geringe Zufriedenheit und negative Erfahrungen mit der Hebammenversorgung zu einem Abbruch des Kontaktes. Kritisiert wurde in diesen Fällen, dass zu wenig Zeit zur Verfügung stand, keine Fragen gestellt wurden oder die Mütter sich nicht ernst genommen fühlten, bis hin zu einer unfreundlichen Behandlung.

Sicht der Fachkräfte

Die befragten Hebammen (n=30) problematisierten eigenes fehlendes Wissen zum Thema „Flucht“ und aufgrund von Sprachbarrieren die fehlende Möglichkeit, den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse und Sorgen der Mütter in Erfahrung zu bringen. Eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere mit Gynäkolog:innen wurde insbesondere von ambulant tätigen und Familienhebammen gewünscht. Hebammen in Geburtskliniken sahen ihre Rolle neben der Arbeit als Geburtshelferinnen bei geflüchteten Frauen vor allem darin, vermittelnd und ausgleichend dabei zu sein, zuzuhören, einen Schutzraum zu schaffen und die Schwanger präsent zu begleiten.

Zusammenfassung

Die Analyse der qualitativen Daten der PROREF-Studie zeigt u.a., dass die bestehenden Versorgungsstrukturen rund um Schwangerschaft und Geburt den heterogenen Lebenskontexten geflüchteter Frauen nur bedingt gerecht werden. Die Ursachen hierfür sind: fehlende Informationen, unzureichende interprofessionelle Zusammenarbeit, mangelnder Einsatz qualifizierter Sprachmittlung und unzureichende Kommunikation. Auch das Wissen über die Bedarfe ist nicht ausreichend, so dass der Beziehungsaufbau zwischen den Fachkräften und vielen geflüchteten Frauen beeinträchtigt ist. Für geflüchtete Frauen/Familien zeigen sich deutliche Lücken in der Kontinuität der Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt. Die Responsivität der Gesundheitsversorgung für geflüchtete Frauen wird insgesamt als gering eingestuft, wodurch gesundheitliche Ungleichheiten begünstigt werden. Niedrigschwellige aufsuchende Angebote mit qualifizierter Sprachmittlung sind besonders wichtig, um relevante Informationen auszutauschen, Vertrauen aufzubauen und auch geflüchteten Frauen, Müttern und Familien eine bedarfsgerechte Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt zu gewährleisten.

Ohne elektronische Gesundheitskarte keine Gesundheitsversorgung

Dramatische Effekte für geflüchtete Familien

Thomas Knorr, Gesundheitsamt Marzahn-Hellersdorf

Im Problemkomplex der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen in Berlin, erlebe ich in meiner Tätigkeit als Koordinator gesundheitsrelevanter Fragen geflüchteter Menschen beim Gesundheitsamt in Marzahn-Hellersdorf die Themen Krankenversicherung, Krankenversicherungsnachweis und elektronische Gesundheitskarte (eGK) als einen wichtigen Aspekt mit oft als dramatisch erlebten Konsequenzen. Die Personengruppe ist in vielerlei Hinsicht nicht homogen. Dem Bezirk werden asylsuchende Menschen aus dem Ankunfts-zentrum, Ortskräfte, Personen aus humanitären Sonderaufnahmeprogrammen des Bundes/Landes sowie geflüchtete Menschen aus der Ukraine zugewiesen, mit sich unterscheidenden Möglichkeiten und Verfahren zur Aufnahme bei einer Krankenkasse.

Die Anmeldung bei einer Krankenkasse (für Personen im Asylverfahren AOK-Nordost, DAK, BKK VBU, Siemens BK) stellt ein relativ komplexes und nicht immer leicht nachzuvollziehendes Verfahren im Zusammenspiel zwischen Klient*innen, Leistungsträgern, den Krankenkassen, Mitarbeiter*innen in den Unterkünften und dem Unterstützer*innen-System dar. In der Praxis sind sehr individuelle, aber auch systemisch bedingte Stolperfallen zu beobachten: Versäumnisse oder Verzögerungen der anmeldenden Leistungsträger und/oder der Krankenkassen, relevante, personenbezogene

Veränderungen bezüglich Aufenthalt, Status, Familienstand, Wohnort, fehlende Kostenübernahmen, Aufnahme/Beendigung von versicherungspflichtiger Arbeit bis hin zu fehlenden Lichtbildern der Klient*innen, oder Lieferengpässen für die eGK-Chips.

Die Anmeldung bei einer Krankenkasse stellt ein relativ komplexes und nicht immer leicht nachzuvollziehendes Verfahren [...] dar.

Jede Stolperstelle für sich, jeder Übergang kann dazu führen, dass die Betroffenen nicht über einen Nachweis der Krankenversicherung verfügen, der jedoch erst die medizinische Versorgung verlässlich sicherstellt – mit zum Teil dramatischen Folgen für die Betroffenen und ihre Familien. Bis die eGK zur Verfügung steht, werden „vorläufige/Ersatzscheine“ ausgestellt. Dies sind vorläufige Betreuungsnachweise, die vom Leistungsträger oder den Krankenkassen ausgestellt werden und in Praxen und Kliniken entgegen dem klar geregelten Anspruch oft

nicht akzeptiert werden: Betroffene berichten, dass die Behandlung verweigert wird und sie ohne Behandlung weggeschickt werden.

Von verschiedenen Institutionen und Akteur*innen (UNHCR, IOM, SenIAS, Klinikum, Beratungsstelle) langfristig und zum Teil bereits vor Ankunft in Berlin vorbereitete und geplante Behandlungen und Operationen von Kindern mussten aufgrund fehlender Krankenversicherungsnachweise (die nicht auf Versäumnisse der betroffenen Familien zurückzuführen waren) verschoben werden. Hierbei konnten wir in der Vergangenheit nicht von Einzelfällen sprechen, sondern mussten von einem strukturellen Versagen des Systems ausgehen.

Es ist davon auszugehen, dass der Zugang zum medizinischen und psychosozialen Regelversorgungssystem für geflüchtete Frauen und Mädchen in besonderem Maße erschwert ist.

Uns wurde von Fällen berichtet, in denen die Problematik 3-6 Monate lang, in Einzelfällen auch länger, nicht gelöst werden konnte. Versuche, die Problematik mit den beteiligten Akteur*innen und auf den politisch verantwortlichen Ebenen zu lösen, waren bisher nicht erfolgreich. Dieses Problem wird flankiert von strukturellen Benachteiligungen durch fehlende Sprachmittlungsmöglichkeiten im medizinischen Kontext und einer sich verschlechternden haus- und fachärztlichen Versorgungssituation, insbesondere in den Berliner Randbezirken. Es ist davon auszugehen, dass der Zugang zum medizinischen und psychosozialen Regelversorgungssystem für geflüchtete Frauen und Mädchen in besonderem Maße erschwert ist.

Fehlende Kinderbetreuungsangebote und Schulplätze und die damit verbundene Benachteiligung von Müttern beim Spracherwerb (Deutsch), die häufig zu beobachtende „Zuständigkeit“ von Frauen und Mädchen für die Kinderbetreuung und die Gesundheitsfürsorge für die Familie, geschlechtsspezifische Behandlungsbedarfe und Traumatisierungen sind sicherlich nur ein Ausschnitt der benachteiligenden Aspekte.



Thomas Knorr koordiniert gemeinsam mit einer ärztlichen Kollegin für das bezirkliche Gesundheitsamt alle gesundheitsrelevanten Problematiken

geflüchteter Menschen in Marzahn Hellersdorf. Mit Kolleg*innen eines von ihm koordinierten Trägerverbands wird die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen aktiv und bedarfsorientiert organisiert und begleitet. Es gibt eine kontinuierliche Kooperation mit den Sozialdiensten und Leitungen der 10 Flüchtlingsunterkünfte und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften in der Flüchtlingsarbeit im Bezirk und bezirksübergreifend.

„Schwierig ist nicht nur die Sprache.“

Eindrücke zur Gesundheitsversorgung von nach Berlin geflüchteten Frauen aus dem Beratungsalltag von Jobcoaches

Angela Dovifat, Goldnetz gGmbH

Ein völlig neues Verwaltungssystem

Es kann nicht oft genug betont werden: Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist nicht allein ein sprachliches Problem. Frauen mit Fluchterfahrung treffen in Deutschland in allen Bereichen der Daseinsvorsorge auf völlig neue Systeme mit vielschichtigen und zum



Teil verschachtelten Zuständigkeiten und unbekanntem Behördenstrukturen. Anders als Frauen, die z.B. aufgrund von Arbeitsmöglichkeiten oder persönlicher Bindungen gezielt nach Deutschland kommen, konnten sich geflüchtete Frauen in keiner Weise auf diese Systeme vorbereiten. Sie und ihre Familien sind nach ihrer Ankunft aber in nahezu allen

Lebensbereichen von ihnen abhängig. Eine der wichtigsten Aufgaben der Coaches ist es daher zunächst, Vertrauen in das deutsche System und seine Ausdifferenzierungen zu schaffen und die grundsätzliche Funktionsweise zu erklären. Diese „Hilfe zur Selbsthilfe“ ist für die Goldnetz-Coaches zentral. Die Jobcoaches stoßen bei einigen Frauen zunächst auf Vorbehalte. Insbesondere Frauen aus Herkunftsländern mit diktatorischen Regimen befürchten Repressalien oder Sanktionen, wenn z.B. deutlich wird, dass sie eine längere oder auch therapeutische Behandlung benötigen. Die Frauen misstrauen staatlichen Systemen grundsätzlich. Ein Konstrukt wie der 'Datenschutz' ist ungewohnt und schwer verständlich. Vielen Frauen fällt es zudem schwer, einen Therapiebedarf überhaupt anzuerkennen. Ist dies aber einmal erfolgt, wünschen sie sich - wie hiesige Patient*innen auch - schnelle Hilfe, möglichst in der eigenen Sprache.

Qualität und Professionalität versus Selbsthilfe

In vielen Herkunftsländern der Frauen ist die Gesundheitsversorgung anders organisiert: Das öffentliche Gesundheitssystem, welches oft kostenlos zugänglich ist, sichert meist nur eine Minimalversorgung, private Angebote sind teuer. Ein umfassendes System der Krankenversicherung, wie es in Deutschland existiert,

fehlt in vielen Ländern. Dass hier viele Untersuchungen für die Patient*innen kostenfrei bleiben oder nur mit einer anteiligen Zuzahlung belegt sind, von der man sich unter bestimmten Voraussetzungen auch befreien lassen kann, ist neu und ungewohnt.

Die in einigen Ländern ggf. eingeschränkte Versorgung von kranken Menschen bedeutet oft auch, dass bei Krankenhausaufenthalten die Versorgung der Patient*innen z.B. mit Essen oder notwendigen Alltagsverrichtungen den Familien obliegt. Dementsprechend haben die nun in Deutschland lebenden Frauen die Vorstellung, ihre Angehörigen in die Kliniken zu begleiten, dort zu bleiben und auch bei Untersuchungen dabei zu sein.



Auch die Form der Behandlung ist irritierend. In einigen Herkunftsländern werden bei Bedarf relativ schnell verschiedene Medikamente zur Behandlung der Symptome verschrieben, während hierzulande bei bestimmten Krankheitsbildern auch auf andere Methoden verwiesen wird oder Hinweise zur Selbstfürsorge gegeben werden, bevor eine Verordnung erfolgt.

Auch das Angebot von Fachberatungsstellen für verschiedene gesundheitliche Fragen, wie z.B. zur Suchtprävention oder Suchtbehandlung oder zu gynäkologischen Themen, ist für die zugewanderten Frauen ungewohnt. Hier wird die Vernetzung zwischen den „Expert*innen in

den verschiedenen Projekten besonders wichtig, damit diese oft niedrigschwellige Angebote auch genutzt werden. Der „Runde Tisch für geflüchtete Frauen“ an der Charité Berlin unter der Federführung des Landesfrauenrates leistet hier einen besonders wichtigen Beitrag.

Recherche und Terminorganisation als besondere Herausforderung

Auch die Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist schwer nachvollziehbar: In einigen Herkunftsländern können die Menschen ohne Termin eine beliebige Praxis besuchen, während es hier ein festes System von Haus- und Facharzt*innen gibt. Für eine Behandlung ist in der Regel ein Termin notwendig. Auch bei akuten Beschwerden sollte vor einem Besuch Kontakt mit der Praxis aufgenommen werden. Dies in einer ungewohnten Sprache zu bewerkstelligen, stellt eine besondere Herausforderung dar. Für eine spezielle Diagnostik oder Behandlung wird eine Überweisung zu einer*em Facharzt*in nötig. All diese Fragen und Herausforderungen vervielfachen sich für Frauen mit Kindern oft erheblich. Besteht ein besonderer Bedarf, z.B. wegen einer bestehenden Schwangerschaft oder der Betreuungsintensität der Kinder, erschwert dies bereits die Suche und Ansprache von Hilfsangeboten für die Mütter aufgrund der damit verbundenen mangelnden Mobilität. Es entsteht ein Teufelskreis aus besonderem Hilfebedarf und gleichzeitiger Unmöglichkeit, diese Hilfe in der fremden Sprache zu organisieren. An dieser Stelle sind aufsuchende Projekte wie „Women for Women“ der Charité oder die mobilen Hebammen der Frauengesundheitszentren von zentraler Bedeutung.

Sprachkenntnisse als Schlüssel zur Gesundheitsversorgung

Es liegt auf der Hand, dass bei diesen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung die Sprache eine wesentliche - aber nicht die einzige - Barriere darstellt. Vor diesem Hintergrund ist die Übersicht der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin über Praxen, die mehrsprachig behandeln, besonders wichtig. Allerdings ist der Bedarf an muttersprachlicher Behandlung größer als das Angebot in Berlin, so dass auch andere Praxen angesprochen werden müssen. Gegebenenfalls erwarten die Ärzt*innen, dass Übersetzer*innen zu den Gesprächen mitkommen, insbesondere, wenn es um die Aufklärung über Operationen oder die Information über ein komplexeres Krankheitsbild geht. Oft fehlen jedoch medizinische Sprachmittler*innen, die die z. T. komplexen Sachverhalte übersetzen können. Alltagsübersetzer*innen stoßen hier häufig an ihre Grenzen. Begleiten dann z. B. muttersprachliche Coaches oder ehrenamtlich Engagierte die Frauen zu medizinischen Terminen, übernehmen sie ggf. eine große Verantwortung für die Korrektheit der Übersetzungen und die hieraus resultierende Entscheidung für oder gegen eine Operation oder die richtige Umsetzung der vorgeschlagenen Behandlung. Dies ist ein sehr kritischer Punkt in der Arbeit der Jobcoaches. Hilfreich wäre hier ein niedrigschwellig erreichbarer und auch von den Ärzt*innen akzeptierter, medizinisch geschulter Übersetzungsdienst. Eine besondere Herausforderung ist auch die Organisation einer psychotherapeutischen Behandlung: Besonders wichtig sind muttersprachliche Therapeut*innen, damit die Behandlungen wirksam durchgeführt werden können. Ein mehrsprachiger Leitfaden über die einzelnen Schritte hin zu einer Psychotherapie und evtl. auch eine mehrsprachige Website für die konkrete Therapeut*innensuche wäre sehr sinnvoll.

Gute Noten für das deutsche Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem wird von den Coachees in unseren Projekten insgesamt sehr positiv bewertet. Hervorgehoben werden die Professionalität und Fachkunde der Ärzt*innen und des medizinischen Personals in den Praxen und Krankenhäusern und die umfassenden und gründlichen Untersuchungen, deren Kosten überwiegend von den Krankenkassen übernommen werden. Besonders positiv ist auch das Konstrukt der „Krankschreibung“ im Krankheitsfall, die es ermöglicht, in Ruhe zu Hause zu genesen sowie die Möglichkeit, dass der Betreuungsbedarf bei kranken Kindern ebenfalls bescheinigt wird (sogenannte „Kinderkrankentage“). Sobald der Zugang zu diesen Aspekten des deutschen Gesundheitssystems erreicht ist, wirken sie sich sehr entlastend und beruhigend auf die Frauen aus.



Nicht vergessen werden dürfen auch Frauen, die keinen anerkannten Aufenthaltsstatus haben. Auch für sie gibt es Anlaufstellen im deutschen Gesundheitssystem, bei denen sie niedrigschwellige Beratung und Behandlungen bekommen können. Allerdings ist es bei dieser

schwer erreichbaren Zielgruppe umso wichtiger, immer wieder niedrigschwellig über diese Angebote zu informieren, damit sie genutzt werden können. Auch hier ist die adäquate Vernetzung der hierzu arbeitenden Projekte und Organisationen, z. B. durch den Runden Tisch an der Charité, immens wichtig.

Die Perspektive der Gesundheitsorganisationen

Um aber abschließend auch die andere Seite der Gesundheitsversorgung für Frauen mit Fluchterfahrung anzusprechen: Auch die Organisationen der Gesundheitsversorgung stehen vor der Herausforderung, den Frauen, die mit unterschiedlichen Erwartungen zu den Behandlungen kommen, adäquat, effektiv und gleichzeitig effizient zu helfen. Die Behandlung von zugewanderten Frauen ist z. B. wegen der sprachlichen Herausforderungen oft zeitaufwändiger. Mit Blick auf den Leistungsdruck in vielen Praxen durch die immer schwieriger werdende medizinische Versorgung ist dies in den Organisationen schwer zu handhaben und kann zu Ungeduld und sogar zu einer Leistungseinschränkung in der Behandlung führen. Fast verständlich aus Sicht der Organisationen – absolut fatal für die Frauen im Einzelfall!

Was könnte man tun?

Die benannten Unterschiede in der Gesundheitsversorgung weiter zu verstehen, ist ein erster wichtiger Schritt. Mit ihnen umzugehen, etwa durch die weitere Entwicklung niedrigschwelliger, mehrsprachiger oder auf visuelle Kommunikation setzender Informationsmaterialien ist die Basis, damit Frauen mit Fluchterfahrung das deutsche Gesundheitssystem verstehen können. Hier sind viele Organisationen bereits auf einem guten Weg. Flankiert werden könnte dies durch die Ausbildung weiterer fachkundiger Sprachmittler*innen. Ein Ansatz für ein Erwartungsmanagement bzgl. der Behandlungen, könnten weitere

interkulturelle Trainings für die Beschäftigten sein, die das Verständnis für den Erfahrungshintergrund und die Erwartungshaltung der neuen Patient*innen vertiefen. Deutlich wird aber auch, dass die durchaus bereits voran geschrittene, interkulturelle Öffnung der Organisationen für zugewanderte Frauen als



Arbeitnehmerinnen nicht nur wegen des Fachkräftemangels unabdingbar ist, sondern auch mit Blick auf die künftigen Patient*innen. Mehrsprachiges medizinisches Personal könnte für viele Patient*innen Vertrauen und Verbindlichkeit herstellen und die Prozesse beschleunigen, zum Nutzen für alle Beteiligten.

Auch Goldnetz wird daher weiter dafür arbeiten, den zugewanderten Frauen die Medizin und Gesundheitsfürsorge auch als wichtiges und zukunftssicheres Berufsfeld nahezubringen. Wir freuen uns auch hierbei auf die bewährte und gute Kooperation mit dem Projekt „Women for Women“ und den weiteren Projekten, die im Netzwerk „Runder Tisch für geflüchtete Frauen“ organisiert sind.

Goldnetz begleitet seit der Gründung 1991 insbesondere Frauen bei der Entwicklung einer beruflichen Perspektive und den dafür notwendigen Schritten. Eine wichtige Gruppe sind Frauen mit Migrationshintergrund, da sie als „familiäre Integrationsmanagerinnen“ letztlich



Vorbild für die in der Familie lebenden Kinder sind. Diese Frauen an ein selbstbestimmtes, finanziell und persönlich unabhängiges Leben heranzuführen, ist ein wesentliches Ziel vieler Projektangebote von Goldnetz. Seit 2016 unterstützt Goldnetz insbesondere auch Frauen mit Fluchterfahrung durch niedrigschwellige, oft muttersprachliche Angebote. Neben Integrationskursen für das BAMF werden derzeit die Projekte fem.point für aus der Ukraine geflüchtete Frauen (Förderung: BMFSFJ), Women for Work als niedrigschwelliges Orientierungsprojekt für den Arbeitsmarkt (Förderung: BMAS/ESF) sowie das Mentorinnenprogramm side by side für gut qualifizierte zugewanderte Frauen (Förderung: BMAS/SenASGIVA/ESF) umgesetzt. Im Mittelpunkt dieser Projekte stehen die Arbeitsmarktorientierung und die

Entwicklung einer beruflichen Perspektive in Deutschland. Der ganzheitliche Ansatz der Begleitung umfasst aber immer auch die Klärung anderer, oft zunächst drängender Fragen oder Herausforderungen. Die Coaches von Goldnetz machen häufig die Erfahrung, dass berufliche Themen im Leben der Frauen erst dann bearbeitet werden können, wenn die Basis stimmt und die grundsätzlichen Fragen der Unterbringung, der finanziellen Versorgung, der Betreuung oder Beschulung ggf. mitgereister Kinder und insbesondere auch gesundheitliche Fragen geklärt sind. Auch der Spracherwerb wird oft negativ beeinflusst, wenn sich die Frauen aufgrund der Vielzahl ungeklärter Schwierigkeiten nicht auf die neue Sprache einlassen können.

www.goldnetz-berlin.org



Angela Dovifat ist Hotel-fachfrau und Diplom-Kauffrau für „Public Management“. Ihre beruflichen Stationen umfassen vor ihrem Studium verschiedene Assistenzfunktionen in Unternehmen mit öffentlichen Dienstleistungen (u. a. Krankenhaus, Schulbuchverlag, Universitätsinstitut). Nach ihrem Studienabschluss im Jahr 2000 wechselte sie in die Unternehmensberatung für den öffentlichen Sektor, danach in ein Forschungsprojekt an der HTW Berlin und übernahm dort 2008 schließlich eine Vertretungsprofessur im Bereich „Public Management“. 2011 wechselte sie als Projektmanagerin zu Goldnetz und hat seitdem verschiedene Projekte für Frauen aufgebaut und umgesetzt. 2020 - 2022 war sie als Projektentwicklerin für frauenspezifische Vorhaben beim Verein Goldtausch e. V. Seit Mai 2023 ist sie Geschäftsführerin der Goldnetz gGmbH.

Zur gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Frauen bei häuslicher Gewalt

Claudia Buchner, Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Berlin

Das Angebot von BegeFrau – Beratung und Begleitung für geflüchtete Frauen des Sozialdienst katholischer Frauen e.V. richtet sich an Frauen mit Fluchterfahrung, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Damit befinden sie sich in zwei Lebenssituationen, die großes Potential haben, krank zu machen – sowohl psychisch als auch körperlich.

Kaum eine Frau, die in die Beratung kommt, spricht zuerst über ihre gesundheitliche Verfassung. Es gibt „Wichtigeres“ zu klären, zu regeln, zu verstehen, zu organisieren, zu retten. Dennoch wird schnell deutlich, in welcher immensen Belastungssituation die Frauen leben. Erst nach vielen Beratungsgesprächen, in denen es um die Flucht vor dem Gewalttäter, Gewaltschutzmaßnahmen, Trennung, Streit und Angst um die Kinder, die Beantragung von Leistungen zur Existenzsicherung, die

Beschaffung fehlender Papiere, das Verfahren vor dem Familiengericht, die Suche nach einem Schutzplatz im Frauenhaus, Organisation des Umzugs, die Suche nach einem Schul- und Kitaplatz am neuen Wohnort, die Wohnungssuche, die Klärung und Sicherung des Aufenthaltsstatus, eine Auseinandersetzung mit der erlebten Gewalt, Umgangsauflagen des Jugendamtes, und viele andere Themen geht, kommen die meisten Frauen dazu, die Gedanken sich selbst zu widmen.

Eine ärztliche oder therapeutische Versorgung findet bis dahin meist überhaupt nicht oder nur unzureichend statt. Wenn eine Krankenversicherung besteht, dann in der Regel als Familienversicherung über den Ehemann. Hier beginnt wieder der bürokratische Aufwand: Besonders wichtig ist es, dabei immer an die Absicherung zu denken, damit der Ex-„Partner“

Beratung und Begleitung für geflüchtete Frauen

Sie sind aus Ihrem Heimatland geflüchtet und suchen Hilfe aufgrund von häuslicher Gewalt?

Sie wünschen eine Beratung mit einer Dolmetscherin in Ihrer Muttersprache?

Frauen erhalten Unterstützung, um sich aus der aktuellen Gewaltsituation zu befreien und sich und ihre Kinder zu schützen. Die traumatisierenden Fluchterfahrungen und Aufenthaltsrechtlichen Bedingungen werden dabei berücksichtigt und die Frau findet auch in diesen Bereichen Rat und Hilfe.

Die Frauen sollen die Möglichkeit einer eigenständigen und gewaltfreien Perspektive erhalten.

Die Beratung ist kostenfrei, vertraulich und auf Wunsch anonym.

BegeFrau
Beichower Straße 11
12049 Berlin
Telefon: 030-677 532 680
Mobil: 0151 149 48 757
gefluechtetefrauen@skf-berlin.de
www.skf-berlin.de

nicht versehentlich die neue Adresse über die Krankenkasse bekommt. Jetzt muss die Frau nur noch schauen, welche Fachärzt*innen es gibt, woher sie eine Überweisung bekommt, wann und wie sie sich stationär behandeln lassen muss/kann und wie es mit Zuzahlungen und Befreiungen aussieht. Eine zusätzliche Frage und ein großes Problem für alleinerziehende Frauen: Wer betreut die Kinder, wenn es in Deutschland kein soziales Netz gibt (oder nur den gewalttätigen Vater des Kindes)? Das alles, ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen zu bewältigen, ist eine enorme Herausforderung. In Großstädten ist es eher möglich, Allgemeinmediziner*innen zu finden, die eine der weit verbreiteten Sprachen (z.B. Arabisch, Persisch) sprechen. Schwieriger wird es bei einer weniger häufigen Muttersprache. Einen Facharzt zu finden, ist dann schon ein großes Problem, eine Fachärztin eher ein Glücksfall. Neben körperlichen Beschwerden, die durch Kriegshandlungen im Herkunftsland oder auf der Flucht entstanden sind, leiden die Frauen in unserer Beratung oft auch unter Verletzungen als Folge häuslicher Gewalt. Nach Übergriffen durch häusliche Gewalt ist es in der Notaufnahme im Krankenhaus ebenfalls ein großes Problem, wenn die Frau sich nicht erklären kann oder dies aus Angst nicht tut, weil sie keine Kenntnis über ihre Rechte und Möglichkeiten hat. Hilfsangebote scheitern leider oft auch an der Sprachbarriere.

Für alle Menschen, die sich in einer schwierigen psychischen Situation befinden, ist es eine Hürde, einen geeigneten Therapieplatz zu finden. Für viele Frauen kommt es nicht in Frage, zu einem männlichen Therapeuten zu gehen. Für geflüchtete Frauen ist es, auch wenn sie bereits Sprachkenntnisse haben, oft nicht möglich, sich bei sehr persönlichen Themen umfassend verständlich zu machen. Hinzu kommt der Aspekt, dass eine kultursensible Arbeit für einen erfolgreichen therapeutischen Prozess eine wichtige Rolle spielt. Alle beschriebenen Widrigkeiten beziehen sich auf die Frauen, die bereits einen Anspruch auf eine gesetzliche Krankenversicherung haben. Im Rahmen des

§4 AsylbLG wird eine Grundversorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen gewährleistet. Dies sollte zwar als Leistung analog zur gesetzlichen Krankenversicherung ausgelegt werden, ist aber sehr vage formuliert und wird dementsprechend unterschiedlich interpretiert.

Selbsthilfegruppen für gewaltbetroffene Frauen gibt es nur wenige. Wenn es sie gibt, kommunizieren sie meist in deutscher Sprache. Einige der Frauen, die in die Beratung kommen, würden auch gerne Sport treiben. Selbstverteidigungs- oder Selbstbehauptungskurse wären ein tolles Angebot für geflüchtete Frauen. Es ist immer wieder auffällig, wie häufig sich die Gewalt der Täter darin äußert, dass sie den geflüchteten Frauen das Erlernen der Sprache verweigern. Es ist daher dringend notwendig, den Frauen auf verschiedenen Wegen Zugang zu Unterstützung und vor allem zu ihren (Menschen-)Rechten zu verschaffen.

Mit Hilfe eines regelmäßigen Frauencafés in einer großen Gemeinschaftsunterkunft versucht unser Projekt, zumindest einigen Frauen diesen Zugang zu ermöglichen. Die Frauen kommen hochmotiviert, wenn Mitarbeiterinnen aus verschiedenen Angeboten eingeladen werden: Bildungsberaterinnen, Stadtteilmütter, Frauentreffpunkte, Bildungsstätte für Frauen. Es werden Themen wie die hier geltenden Gesetze, die Aufgaben von Jugendämtern oder anderen Behörden besprochen.

skf-berlin.de/begefrau

BegeFrau (Beratung und Begleitung für geflüchtete Frauen) ist ein Angebot des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. Berlin. Der Träger verfügt über jahrzehntelange Erfahrung in der Hilfe bei häuslicher Gewalt. Dies ist vor allem dem Frauentreffpunkt zu verdanken, einer von fünf Fachberatungs- und Interventionsstellen bei häuslicher Gewalt in Berlin.

Das Frauenkrisentelefon: Ein wichtiger Lückenschluss zwischen den Hilfesuchenden und der Regelversorgung

Lisa Schenk, Frauenkrisentelefon

Das Frauenkrisentelefon e.V. ist sesshaft in der Schokofabrik in Berlin Kreuzberg. Seit Anfang der 1980er Jahre bemühten sich Fachfrauen* vor dem Hintergrund der Antipsychiatrie- und Frauenbewegung um neue Konzepte einer frauenorientierten psychosozialen Versorgung. Sie stellten fest, dass es in Berlin an Einrichtungen fehlte, die den hilfesuchenden Frauen* in Krisensituationen schnell und unkompliziert professionelle Unterstützung und Beratung anbieten konnten. Im Laufe der über vierzig



Beraterin Homa Mosavi

für Integration auch persönliche psychosoziale Beratung in Krisensituationen für geflüchtete Frauen* auf Deutsch, Englisch und Farsi (muttersprachlich). Die persönliche Beratung erfolgt entweder telefonisch oder vor Ort in den Räumlichkeiten des Frauenkrisentelefons in der Mariannenstr. 6, jeweils nach Terminvereinbarung. Falls in der Beratung Bedarfe festgestellt werden, bei denen weitere Unterstützung erforderlich ist, werden die Frauen* auf diesem Weg bestmöglich unterstützt und begleitet. Gegebenenfalls erfolgt eine Weitervermittlung an entsprechende Fachstellen.

Das Beratungsangebot ist anonym und kostenlos. Vor dem Hintergrund ressourcenorientierter, selbstwertstärkender und transkultureller Beratung werden die Frauen in Krisensituationen, bei innerfamiliären Konflikten, bei der Suche nach Perspektiven in beruflicher und privater Hinsicht etc. unterstützt. Dabei braucht es ein großes Einfühlungsvermögen, denn einige Aufsuchende haben,

Die meisten der Frauen, die den Weg in die Beratung finden, haben Flucht- und Gewaltbiographien, teilweise Traumata und sind psychisch stark belastet.*

Jahre Beratungs- und Projektarbeit wurden die Beratungsangebote zunehmend professionalisiert und der verstärkten Nachfrage entsprechend erweitert. Seit 2017 gibt es im Rahmen des ursprünglichen Masterplans

beispielsweise durch Erfahrungen in ihren Herkunftsländern, Vorbehalte und Ängste gegenüber staatlich geförderten Einrichtungen. Auch ist einigen das Konzept von psychosozialer Versorgung und Beratung unbekannt. In diesen Fällen ist auch Aufklärung Teil der Beratung und Begleitung.



Die meisten der Frauen*, die den Weg in die Beratung finden, haben Flucht- und Gewaltbiographien, teilweise Traumata und sind psychisch stark belastet. Bei vielen von ihnen zeigt sich der Bedarf nach einer engmaschigen psychologischen und teilweise medizinischen Betreuung. Jedoch kann und soll beim Frauenkrisentelefon keine therapeutische Arbeit erfolgen. Die Frauen* werden dabei unterstützt, schnellstmöglich eine entsprechende Anlaufstelle zu finden.

Dies stellt sich in Berlin aber teilweise als schwierig und langwierig dar. Gründe dafür sind zum einen, dass es in der Regelversorgung eine Verknappung von geeigneten Therapieplätzen gibt. Zum anderen wird es durch eventuelle sprachliche Hürden erschwert, passende Ansprechpartner*innen zu finden. Nach wie vor ist Sprachmittlung ein großes Problem. Dieses bezieht sich sowohl auf die Finanzierung, als auch auf die Qualifizierung

von Sprachmittelnden. Diese müssten, um beispielsweise eine Traumatherapie für sich selbst und andere sicher begleiten zu können, auch inhaltlich geschult sein. Bei vielen der Frauen* gibt es eine Skepsis gegen die psychiatrische Versorgung in Kliniken und Notaufnahmen. Sie haben Ängste und Bedenken, dass sie nicht verstanden werden und ihnen dann einfach Medikamente verabreicht werden. Andere wenden sich zum wiederholten Mal an das Frauenkrisentelefon, nachdem sie erfolglos versucht haben, sich in der Regelversorgung verständlich zu machen und ihre Probleme zu erklären. Da es die Möglichkeit der Reihenberatung gibt, bleiben viele der Aufsuchenden über längere Zeiträume in Kontakt mit der Beratungsstelle. Ziel der Beratung ist es dann, die Frauen* zu stabilisieren, bis ein entsprechendes Angebot gefunden wurde. Das Frauenkrisentelefon ist somit ein wichtiger Lückenschluss zwischen den Hilfesuchenden und der Regelversorgung.

www.frauenkrisentelefon.de/startseite



Lisa Schenk studierte Psychologie auf Diplom an der Julius-Maximilians Universität Würzburg. Seit 2016 ist sie freischaffend und arbeitet beim Frauenkrisentelefon im Bereich Begleitung von geflüchteten Frauen* (ursprünglich Masterplan für Integration), Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung.

Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherung

Interview mit Susanne Eikenberg von Ärzte der Welt e.V.

Interview: Beate Weingartner (BW)

BW: Seit wann und wo gibt es die Anlaufstelle open.med Berlin Lichtenberg?

ÄdW: Unsere neue Anlaufstelle in Lichtenberg hat am 14. Juni 2023 eröffnet. Unsere Sprechzeiten sind an zwei Tagen pro Woche: Montag von 11-15 Uhr und Mittwoch von 14-18 Uhr. Wir bieten eine allgemeinmedizinische Sprechstunde an und werden unser Angebot im Laufe des Jahres ausbauen, um eine gynäkologische und eine Kindersprechstunde zu eröffnen. Die letzte Anlaufstelle von Ärzte der Welt e.V. in Zehlendorf erfuhr einen sehr großen Zulauf. Jede der angebotenen Sprechstunden war ausgebucht, vor allen Dingen die vor Ort angebotenen Kindersprechstunden.

BW: Was sind die Besonderheiten der neuen Anlaufstelle?

ÄdW: Die Besonderheiten unserer Anlaufstelle sind das niedrigschwellige Angebot, wir beraten anonym und kostenlos. Ausserdem arbeiten wir mit Video-Übersetzungen in der Sozialberatung und während der medizinischen Konsultationen. Dadurch können wir die Gespräche in der jeweiligen Muttersprache führen und bieten unseren Patient*innen damit die Möglichkeit, ihre Probleme und Bedürfnisse zu besprechen.

BW: Wie ist diese Anlaufstelle organisiert?

ÄdW: Das gesamte medizinische Angebot läuft über das ehrenamtliche Engagement

von Ärzt*innen, Medizinstudent*innen und Personen mit medizinischer Ausbildung. In unseren Beratungen verfolgen wir einen ganzheitlichen Ansatz. Neben dem medizinischen Gespräch führen unsere hauptamtlichen Mitarbeiter*innen eine Sozialanamnese durch, um die Lebenssituation der Patient*innen besser zu verstehen. Auf Wunsch der Klient*innen bieten wir weiterführende Sozialberatungen an.



BW: Mit welchen Anliegen kommen die meisten Personen ohne Krankenversicherung?

ÄdW: Insgesamt erreichen uns viele chronisch kranke Menschen, die aufgrund ihrer Vorerkrankungen bestimmte Medikamente benötigen. Ausserdem bringen die aufsuchenden Personen verschleppte Krankheiten mit. Die Lebensbedingungen der Menschen ohne Krankenversicherung beschleunigen

krankmachende Faktoren, wie beispielsweise Stress, Angst und Scham. Viele der Patient*innen stellen sich bei uns mit einem fortgeschritteneren Krankheitsverlauf vor mit teilweise komplexen Krankheitsbildern.

Eine Vielzahl der unversicherten Personen sind [...] überfordert und gehen lieber nicht zum Arzt oder organisieren sich Medikamente auf dem Schwarzmarkt.

BW: Was ist der häufigste Grund, weshalb die Klient*innen nicht krankenversichert sind?

ÄdW: Wir haben es mit Menschen zu tun, die sich ohne Aufenthaltspapiere in Deutschland aufhalten und aus diesem Grund nicht versichert sind. Weiterhin Personen mit einer deutschen Nationalität, die privat versichert waren und durch Jobverlust und Verschuldung durch das Regelsystem fallen. Bei Asylsuchenden besteht faktisch ein Versicherungsschutz. Ist die Krankenkassenkarte noch nicht eingetroffen, werden die zu behandelnden Personen mit einer sog. Übergangsbescheinigung in Praxen regelmäßig abgewiesen. Sie sind versichert, werden aber nicht behandelt.

BW: An welche Stellen und Facharztzentren leiten sie die Patient*innen weiter?

ÄdW: Wir leiten Klient*innen z.B. an die Clearingstelle, die Zentren für sexuelle Gesundheit, den Berliner Krisendienst oder in die Wohnungsberatung weiter.

BW: Was könnte die Politik oder konkret der Senat unternehmen, um die Situation der Menschen ohne Krankenversicherung zu verbessern?

ÄdW: Eine Möglichkeit, um die komplexe Situation zu vereinfachen, wäre die Abschaffung der Übermittlungspflicht wegen der Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht zum Arzt gehen. Illegal in Deutschland lebende Menschen können sich zwar im Gesundheitsamt einen sog. Übermittlungsschein ausstellen lassen. Das Amt ist aber verpflichtet, diese Personen an die Ausländerbehörde/Einwohneramt zu melden. Aus Angst vor dieser Meldung (Abschiebung, Geldbußen o.ä.), werden die Bescheinigungen nicht beantragt und Krankheiten verschleppt.

BW: Mit welchen Hürden haben unversicherte Menschen zu kämpfen?

ÄdW: Eine Hürde für unversicherte Menschen sind die komplexen bürokratischen Wege sowie die damit verbundenen Ämtergänge. Eine Vielzahl der unversicherten Personen sind aufgrund fehlender Sprachkenntnisse oder mangelnder Bildung überfordert und gehen lieber nicht zum Arzt oder organisieren sich Medikamente auf dem Schwarzmarkt. Auch die Angst hinsichtlich der Aufenthaltssituation (Angst vor Abschiebung) spielt im Umgang mit Behörden für unversicherte Menschen eine zentrale Rolle. Eine Vereinfachung der bürokratischen Abläufe wäre aus unserer Sicht eine enorme Hilfe, um die Personen an das Regelsystem anzubinden.



BW: Wie ist das Verhältnis von Männern, Frauen und Kindern, die die Beratungsstelle aufsuchen?

ÄdW: Das Verhältnis von Männern und Frauen ist ca. 50:50. Sofern eine Kindersprechstunde angeboten wurde, kamen sehr viele Mütter mit ihren Kindern für die Vorsorgeuntersuchungen.

BW: Wenn Sie einen Wunsch für die Zukunft (im Hinblick auf unversicherte Menschen/Gesundheitsversorgung) formulieren könnten, wie würde dieser aussehen?

ÄdW: Schön wäre es, wenn es uns nicht mehr brauchen würde. Nach dem Motto, "Schade, dass es uns gibt". Es sollten nachhaltige, vereinfachte Strukturen geschaffen werden, die für alle Personen gleichermaßen zugänglich sind. Es ist bedauernd, dass es immer noch viele Menschen gibt, die durch das Netz rutschen und auf Stellen wie uns und die Hilfe von Spendengeldern und Ehrenamtlern angewiesen sind.

Adresse der neuen Anlaufstelle:

Open.med Berlin-Lichtenberg
Irenenstraße 20, 2. Stock
10317 Berlin

www.aerztederwelt.org/unsere-projekte/deutschland/berlin

Ärzte der Welt e.V. arbeitet im Verbund und führt etwa 350 Gesundheitsprogramme in fast 80 Ländern durch (internationale und nationale Projekte). Die internationale Hilfsorganisation setzt sich auch in Europa im Rahmen von Gesundheitsprogrammen für diejenigen ein, die am Rande der Gesellschaft stehen. Auf politischer Ebene engagiert sich Ärzte der Welt für eine allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung als Menschenrecht für alle.

Moving.Clinic.

Mobiler Behandlungsbus für geflüchtete Menschen in Berlin

Beate Weingartner, Koordinatorin Women for Women (bis April 2023)

Im Zuge des Kriegsausbruches in der Ukraine und den daraus resultierenden steigenden Flüchtlingszahlen in Berlin, stellte die Deutsche Bahn (DB) einen umgebauten Linienbus zur medizinischen Erstversorgung zur Verfügung. Diese Nachricht erreichte den Verein U-Aid e.V., einen Zusammenschluss von Medizinstudierenden in Berlin. Aus einem ersten Gespräch zwischen U-Aid, Ärzte der Welt e.V., DB, Cisco und Women for Women, Charité, entstand das Projekt Medibus – Moving.Clinic. Schnell war klar, dass das Medibus - Moving.Clinic-Team nicht ausschliesslich aus der Ukraine geflüchtete Personen behandeln wird, sondern eine medizinische Erstversorgung vor Ort allen geflüchteten Personen in Berlin offenstehen soll. Von Juni 2022 bis Januar 2023 fuhr das Medibus - Moving.Clinic-Team wöchentlich zwei Unterkünfte an, in der Regel nachmittags für ca. 4 Stunden. Durch das Engagement

zahlreicher ehrenamtlicher Mediziner*innen und Medizinstudent*innen konnte das Team (Susanne Eikenberg von Ärzte der Welt und Teamkolleg*innen, sowie Beate Weingartner von Charité Women for Women) mit der zur Verfügung gestellten Ausstattung im Berichtszeitpunkt 348 Patient*innen medizinisch untersuchen. U-Aid übernahm die Rekrutierung und Organisation von ehrenamtlichen Ärzt*innen und Medizinstudierenden für die jeweiligen Einsätze. Ärzte der Welt stellte mit organisatorischem Geschick und der Erarbeitung von Fragebögen einen einwandfreien Ablauf des Projektes sicher und übernahm den Einkauf zahlreicher Medikamente. Die Deutsche Bahn stellte die Fahrer sowie den umgebauten Bus zur Verfügung. Der Dolmetsch-Dienst Cisco bot für zwei Arbeitsplätze im Bus Videodolmetscher*innendienste in über 30 Sprachen an. Die Charité (Women for Women)



vermittelte Kontakte zu Unterkünften und unterstützte das Projekt mit einem besonderen Fokus auf die Bedürfnisse von Frauen und Kindern. Das Team des Medibus – Moving.Clinic konnte in dem Berichtszeitraum 348 Patient*innen behandeln, davon waren 165 Frauen und 44 Kinder unter 20 Jahren. Bei 9 Frauen lag eine Schwangerschaft vor. Es konnten 389 medizinische Visiten und 341 Sozialanamnesen durchgeführt werden. Insgesamt wurden 732 Visiten dokumentiert und bei 651 wurde der Videodolmetscher*innendienst genutzt. Die am häufigsten verwendeten Sprachen waren Russisch, Arabisch, Persisch/Dari und Türkisch. Das Durchschnittsalter lag bei 39 Jahren. Die Frauen waren durchschnittlich 43 Jahre und die Männer 35,2 Jahre alt. Im Zeitraum von Juni 2022 bis Januar 2023 ist das Medibus - Moving.Clinic-Team insgesamt 58 Einsätze gefahren.



Patient*innen, die nicht direkt vor Ort behandelt werden konnten, bekamen Empfehlungen für Weiterbehandlungsmöglichkeiten und direkte Kontakte zu Praxen und Versorgungszentren ausgehändigt. Dies erfolgte in Rücksprache mit den Sozialarbeiter*innen und Unterkunftsleitungen der jeweiligen Wohnheime.

Viele der aufgenommenen Personen hatten oftmals zuvor noch keine Möglichkeit einer ärztlichen Untersuchung bekommen. Hierbei spielte die sprachliche Barriere sowie die Unkenntnis des Berliner Versorgungssystems eine Rolle. Viele der im Bus untersuchten Personen hatten noch keine Krankenkassenkarte und wurden

deshalb, obwohl faktisch ein Versicherungsschutz bestand, von Arztpraxen abgewiesen. Das Team erlebte viele Menschen in Not, die eine dringende Anbindung an das Gesundheitssystem benötigten.

Die Überlastung der Unterkunftsleitungen und Sozialarbeiter*innen vor Ort machte deutlich, dass es ein Projekt wie den Medibus – Moving.Clinic im Regelsystem benötigt, um den geflüchteten Menschen eine Möglichkeit zur Überbrückung nach Ankunft bis zu einer funktionierenden medizinischen Anbindung im Regelsystem zu ermöglichen. Eine große Entlastung in der Aufnahme und Behandlung der geflüchteten Menschen war das Übersetzungstool von Cisco. Über zwei Arbeitsplätze (Aufnahmen und Behandlungszimmer) konnte die jeweilige Muttersprache angewählt und Sprachmittler*innen hinzugezogen werden. Dabei stellte sich heraus, dass viele der behandelten Personen seit der Ankunft in Deutschland noch keine Möglichkeit gehabt hatten, über ihre persönlichen Anliegen und Krankengeschichte zu sprechen.



Beate Weingartner arbeitete von 2020 bis 2023 als Projektkoordinatorin für „Women for Women“ im Team der Frauen- und

Gleichstellungsbeauftragten an der Charité. Sie ist Diplom-Politologin mit den Schwerpunkten Internationale Beziehungen und Kulturgeschichte Osteuropas. Seit fast 20 Jahren ist sie europaweit in der Flüchtlingsarbeit tätig, u.a. für das Rote Kreuz (Alicante, Cádiz und Berlin). Mit dem Thema Flucht hat sich Beate Weingartner überdies durch die Arbeit an zwei Buch- und Ausstellungsprojekten auseinandergesetzt: Neu in Deutschland (Bundeszentrale für politische Bildung, 2016) und Challenging Chances – Flucht im Bild (Bertelsmann Stiftung, 2016).

Suchtprävention als Beitrag zum Erhalt psychischer und physischer Gesundheit

Ein aktueller Einblick

Marc Pestotnik, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH

Als Nachfolger von „Hinschauen - Hinhören - Handeln“, setzt das Projekt „Perspektive 3D“ der Berliner Fachstelle für Suchtprävention seit 2018 kostenfreie, soziallagenbezogene Suchtprävention für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte um. Diese umfasst als wesentlichen Bestandteil Fachkräfteschulungen und -coachings, gleichwohl auch niedrigschwellige Workshops/Elternveranstaltungen für Geflüchtete selbst sowie mehrsprachige Informationsmaterialien und kontinuierliche Netzwerkarbeit (wie z.B. die Teilnahme am großartigen „Runden Tisch für geflüchtete Frauen“). Frauen* mit Fluchtgeschichte werden seit Projektbeginn konsequent als besonders vulnerable Personengruppe mitgedacht und berücksichtigt. Im Rahmen dieses Beitrags fokussieren wir aus Fachstellensicht drei wichtige Themenfelder: den Setting Ansatz, Medikamentenkonsum bei Frauen* sowie die Inanspruchnahme von Hilfe.

Setting Ansatz

Um Suchtprävention wirksam zu gestalten, ist es wichtig, dass sie in den Lebenswelten der Menschen („Settings“) ansetzen kann. Die Anforderungen, denen migrierte Menschen im Rahmen des Integrationsprozesses begegnen, können mitunter als sehr belastend erlebt werden - zusätzlich zu den

Erfahrungen, die eine Flucht mit sich bringt. Dies kann problematischen Substanzkonsum als Bewältigungsstrategie befördern und wiederum Integrationsbemühungen erschweren. Um eine kultursensible, suchtpreventive Haltung verstärkt in die Quartiere und somit in die Lebenswelten Geflüchteter zu bringen, sind uns Kooperationen wichtig, bei denen Fachkräfte für suchtpreventive Themen sensibilisiert werden. Dies geschieht derzeit z.B. in Form einer Vielzahl von Workshops für Berliner Stadtteilmütter sowie erste Schulungen für Mitarbeitende des BENN Programms (Berlin Entwickelt Neue Nachbarschaften). Ermutigender Weise ist hierbei zu beobachten, dass es bereits eine Vielzahl an Ansätzen und Aktivitäten mit suchtpreventiven Effekten in den Quartieren gibt. Sie als solche zu begreifen und sich ermutigt zu fühlen dazu beizutragen, das Thema Sucht zu enttabuisieren, sind hierbei für die Teilnehmenden wichtige „take home messages“. In Folge kann sich im besten Falle eine Kultur des Hinschauens und Handelns bei riskanten Substanzkonsum bzw. Verhaltensweisen in den Kiezen entwickeln.

Medikamentenkonsum bei (geflüchteten) Frauen*

Frauen* gelten grundsätzlich als besonders vulnerabel für riskanten Medikamentenkonsum.

WWW.HELPISOK.DE

Sie kommen i.d.R. früher mit Ärzt*innen und Medikamenten in Kontakt, sprechen offener über ihr Befinden und vertrauen auf medizinische Verschreibungen. Weitere außermedizinische Konsummotive sind z.B. der Erhalt der Alltagsleistungsfähigkeit, die Kompensation von Mehrfachbelastungen durch Familie und Arbeit sowie kritische Lebensereignisse. Bei geflüchteten Frauen* sehen wir zudem die Auswirkungen des Fluchtgeschehens selbst, Postmigrationsstress und Integrationsanforderungen, die Auflösung traditioneller Rollenbilder, Diskriminierungserfahrungen etc. sowie gleichzeitig die ihnen häufig zugeschriebene Rolle „für die Familie funktionieren zu müssen“ als Stressoren. In dieser intersektionalen Gemengelage kann es passieren, dass Frauen* heimlich, still und ggfs. zunächst medizinisch verordnet Medikamente einnehmen, um all dem irgendwie gerecht zu werden.

Zwei wesentliche Faktoren, welche die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit bei Frauen* mit Fluchtgeschichte befördern können, sind:

Art der Medikamente bei der Behandlung von Traumafolgestörungen

Die Behandlung mit bestimmten Medikamenten, jedoch in Kombination mit psychotherapeutischer Unterstützung, kann medizinisch sinnvoll und wichtig sein. Gängig sind hier entspannende und angstlösende Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine), welche allerdings ein hohes Suchtpotenzial gemein haben. In Ermangelung von Unterstützungsangeboten, wie z.B. Psychotherapie in Muttersprache oder rund um die mentale Gesundheit, sowie durch Nichtinanspruchnahme weiterer externer Unterstützung aus persönlichen bzw. kulturellen Gründen, kann es zur Dauereinnahme solcher Medikamente kommen. Hinzu kommen klassische Zugangshürden, wie z.B. mangelnde Kenntnisse der Hilfsangebote sowie Sprachbarrieren. In Folge können weitere Schwierigkeiten entstehen, ein Entzug von Medikamenten kann sehr hart sein.

Unterschiede im kulturellen Umgang mit Medikamenten

Bestimmte, in Deutschland ärztlich verschreibungspflichtige Arzneien, sind in anderen Ländern viel leichter erhältlich. Hierunter fallen z.B. stärkere Schmerzmittel, wie Tilidin, Tramadol oder Oxycodon sowie Pregabalin, was bei Anfallsleiden, jedoch auch bei Angst-erkrankungen und bestimmten Schmerzzuständen eingesetzt wird. Diese Medikamente können als Nebenwirkung euphorisch, dämpfend und/oder „wie in Watte gepackt“ bzw. beruhigend wirken. Sie eint ihr hohes Suchtpotenzial und sollten ebenfalls nicht längere Zeit ohne medizinische Begleitung eingenommen werden.

Die dauerhafte Einnahme solcher Medikamente kann zu herausfordernden Folgen für die psychische und physische Gesundheit führen und im Verlauf Teilhabe einschränken, nachdem sie diese zu Beginn vielleicht erst ermöglicht hatte. Umso wichtiger ist es aus suchtpreventiver Sicht, dass betreuende Fachkräfte das Thema „auf dem Schirm“ haben und es bei Gelegenheit sensibel ansprechen, bevor sich Konsummuster verfestigen. Zudem braucht es, für Frauen* und grundsätzlich mehr niedrigschwellige kultursensible Beratungs- und Therapieangebote zum Thema psychische Gesundheit.



Marc Pestotnik ist seit 2017 Referent der Fachstelle für Suchtprävention Berlin und hier u.a. Projektkoordinator bei Perspektive 3D sowie der „Berliner Initiative gegen Medikamentenmissbrauch“. Als gelernter Krankenpfleger und Gesundheitswissenschaftler hat er u.a. Erfahrungen aus der humanitären medizinischen Nothilfe in Sub Sahara Afrika in das Projekt eingebracht.

„Die Gesundheit sollte immer an erster Stelle stehen.“

Übungsleiterinnen mit Fluchterfahrung als Multiplikatorinnen durch Sport-Ausbildung fördert Integration und Gesundheit. Das Projekt SPORTBUNT – Vereine leben Vielfalt!

Bianca Diane Zierenberg-Williamson, Landessportbund Berlin e.V.

Das 2016 vom Landessportbund Berlin e.V. ins Leben gerufene Projekt „SPORTBUNT – Vereine leben Vielfalt!“ wird aus Mitteln des Gesamtkonzepts zur Integration und Partizipation Geflüchteter und aus Senatsmitteln gefördert. Die Förderung der Integration im und durch Sport steht im Vordergrund, da Sport als Integrationsmotor gesellschaftliche Begegnung und Austausch ermöglicht. Das „SPORTBUNT“-Team setzt sich derzeit aus sechs Sport-Integrations-Coaches, einer Sachbearbeiterin sowie der Projektleitung zusammen. Im Rahmen ihrer Tätigkeit arbeiten die Coaches u.a. mit den Sportvereinen Berlins und den Unterkünften, in denen Menschen mit Fluchterfahrung leben, zusammen. Jedem Coach sind Berliner Bezirke zugeordnet, um als Bindeglied zu agieren. Ziel ist der Aufbau von Kooperationen und Netzwerken zwischen Akteuren*innen der Geflüchtetenhilfe und Sportvereinen/-verbänden zur Implementierung von Sportangeboten für Menschen mit Fluchthintergrund.

Positive Faktoren des Sports

Kontinuierliche körperliche Aktivität verbessert das allgemeine Wohlbefinden und steigert sowohl die physische, psychische als auch die

soziale Gesundheit. Eine große Anzahl von Menschen mit Fluchterfahrung haben traumatisierende Erfahrungen gemacht, welche eine psychologische Betreuung und Unterstützung zur Traumabewältigung notwendig machen. Auch die körperliche Aktivität hat einen positiven Einfluss auf die Psyche und kann die Behandlung unterstützen.

Das Vereinsleben

Der Anteil der Berlinerinnen und Berliner, die Mitglied in einem der rund 2.500 Sportvereine sind, die dem Landessportbund Berlin e.V. angehören, beträgt aktuell 18,95 Prozent.¹ Das breitgefächerte Vereinsleben spiegelt seit jeher die kulturelle Vielfalt der Stadt Berlin wider, doch mit der Zunahme an Menschen, die seit 2015 vor Krieg und Armut in ihrer Heimat fliehen mussten und in Berlin eine neue Heimat suchen, musste auch in den Vereinen ein Umdenken stattfinden. „Sport ist eine Einladung an alle. So gestalten wir Gesellschaft, ermöglichen gleichberechtigte Teilhabe und vermitteln Werte. Wir stellen uns gegen jegliche Form von Diskriminierung, Extremismus, Gewalt und Missbrauch“, so lautet ein Teil des Leitbildes des Landessportbunds Berlin e.V. und setzt damit ein Zeichen.² Viele Sportvereine und -verbände

engagieren sich bereits für Menschen mit Fluchterfahrung. Hier treffen Menschen verschiedenster Herkunft aufeinander und lernen von- und miteinander die Kultur des anderen kennen und verstehen. Integration ist keine Einbahnstraße. Sie erfordert ein aufeinander Zugehen von allen Beteiligten. Zunehmend werden auch Kurse speziell für Frauen und Mädchen angeboten, die im geschützten Raum stattfinden. Andere Faktoren, wie die Kinderbetreuung und Sprachbarrieren, werden bei der Angebotsvielfalt bedacht und sorgen für ein allgemeines Wohlbefinden der Frauen während des Sporttreibens. Mit dem Förderprogramm "Sportangebote für geflüchtete Menschen" unterstützen der Landessportbund Berlin e.V. und das Land Berlin das

beeindruckende Engagement der Berliner Vereine und Verbände.³

Qualifizierungsmöglichkeiten

In Kooperation mit der Gerhard-Schlegel-Sportschule des Landessportbunds Berlin e.V. wurden bisher mehr als 260 Menschen zu Übungsleiter*innen ausgebildet. Während der Berliner Sommerferien findet jährlich ein Kompaktlehrgang zur Erlangung des DOSB-Zertifikats "Übungsleiter*innen Lizenz-C - sportartübergreifender Breitensport" statt, der durch Dolmetschende begleitet wird und den Teilnehmenden den Einstieg in das Berliner Vereins- und Verbandsleben somit erleichtert.



Das Sportbunt-Team: Hintere Reihe (v.l.n.r.): Sandra Kilbert, Mohammed ELOuahhabi, Felix Mecklenburg, Bianca Diane Zierenberg-Williamson, Bogumila Sobania-Matecka.; Vordere Reihe (v.l.n.r.): Tatjana Nemero, Claudia Schuth, Lukas Blaß

¹ vgl. Landessportbund Berlin e.V., Details - Landessportbund Berlin (lsb-berlin.net)

² Landessportbund Berlin e.V., sb-berlin.net/wir-ueber-uns/der-lsb-berlin/leitbild

³ SPORTBUNT, sportbunt.de/fuer-vereine/foerderung

Ausbildungsinhalte sind u.a. das Anleiten von Gruppen, das Erlernen methodischer und trainingswissenschaftlicher Ansätze sowie Verletzungsprävention. Diese Ausbildung bildet die Grundlage für weitere Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten im Berliner Sport. Im Rahmen des Projektes „SPORTBUNT – Vereine leben Vielfalt!“ können Interessierte bspw. in einem weiteren Schritt eine B-Lizenz im Bereich Prävention erwerben. Diese beinhaltet schwerpunktmäßig die Themen „Herz-Kreislauf-System“ und „haltung und Bewegung“. Der Lehrgang beinhaltet mindestens 75 LE und findet über 4 Monate an ausgewählten Wochenenden statt. In der Ausbildung werden die Teilnehmer*innen in von Krankenkassen anerkannte Präventionskursprogramme eingewiesen. Die Absolvent*innen erhalten eine Zulassung für die Zentrale Prüfungsstelle Prävention. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, im Rahmen des Projektes – basierend auf den individuellen Interessen der Teilnehmenden - sportartspezifische Lizenzen zu erwerben.

Berufliche Perspektiven

In § 3 Nr 26 des EStG ist der steuerfreie Gebrauch des Übungsleiterfreibetrags in Höhe von 3.000 € im Jahr geregelt.⁴⁾ Mit dem Erwerb einer Lizenz kann daher ein oftmals hilfreicher Nebenverdienst erzielt werden. Darüber hinaus kann durch Qualifizierungsangebote im Sport auch der Einstieg in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis gelingen. In Kooperation mit dem Berliner Schwimmverband e.V. (BSV) wurde im Jahr 2022 erstmals ein Lehrgang für angehende Schulschwimm-Trainer*innen angeboten. Ziel des Lehrgangs war es, die Teilnehmenden für eine Tätigkeit in einem der Berliner Schulschwimmzentren zu qualifizieren, um zukünftig Kindern das Schwimmen beibringen zu können. Im Ergebnis erhielten 13 Ausbildungsteilnehmer*innen eine Festanstellung beim BSV. Seit Anfang des Jahres 2023 wird erneut ein Kompaktlehrgang angeboten.

Ghadeer Bouta ist eine der Frauen, die mit ihrem Werdegang beispielhaft die Idee des Projektes SPORTBUNT symbolisieren. Ihr ist es gelungen, sich mit und durch den Sport in Berlin eine neue Heimat aufzubauen. Sie hat neue Freunde kennengelernt, ihre Sprachkenntnisse deutlich verbessert und durch ihre Erfolge ein größeres Selbstbewusstsein erlangt. Ihre Entwicklung bewegt uns und macht uns gleichzeitig sehr stolz. Sie gibt Hoffnung und motiviert, zukünftig noch viele weitere Menschen mit Fluchterfahrung auszubilden und so viele weitere beeindruckende Persönlichkeiten wie Ghadeer kennenlernen zu dürfen.

Interessierte können sich unter folgendem Kontakt melden:
SPORTBUNT – Vereine leben Vielfalt!
Website: www.sportbunt.de
E-Mail: sportbunt@lsb-berlin.de
Telefon: (030) 3000 2801



Bianca Diane Zierenberg-Williamson studierte Fitnessökonomie und ist seit Oktober 2022 in dem Projekt des Landessportbunds Berlin e.V. als Sport-

Integrations-Coach für die Bezirke Mitte, Neukölln und Spandau tätig. Gleichzeitig ist sie die Ansprechpartnerin für das Thema Mädchen und Frauen.

Interview über den besonderen Weg zum Sport



Ghadeer Bouta

Ghadeer Bouta, 33 Jahre und allein mit ihrer Tochter aus Syrien geflohen, war in ihrer Heimat Mitglied in einem Leichtathletikverein. Ghadeer hat die ihr angebotenen Qualifizierungsmöglichkeiten genutzt und kann

aktuell mehrere DOSB-Lizenzen vorweisen. Neben einer C-Lizenz im Breitensport hat sie auch eine B-Lizenz im Bereich Prävention sowie eine B-Lizenz mit dem Schwerpunkt Rehabilitation erlangt.

Wie bist du auf das Projekt SPORTBUNT aufmerksam geworden und was hat dich dazu bewogen, Sport zu treiben?

Ich hatte seit meiner Kindheit den Traum, ein Sportstudium anzutreten. Es bedarf in meiner Heimatstadt Homs jedoch zusätzlich einer Art politische Vermittlung, um das Studium anzutreten. Mein Vater war der Gründer und Trainer des Fußballvereins Al Wathba und arbeitete beim Landessportbund Homs. Dadurch, dass er sehr bekannt ist, wurde mir der Zugang leichter gemacht. Für die Zulassung zum Sportstudium hat mir am Ende aber leider ein Punkt im Abitur gefehlt. Als ich 2015 nach Deutschland kam, recherchierte ich sofort, welche Möglichkeiten zur Ausbildung als Trainerin existieren und stieß auf den Landessportbund Berlin e.V. und das Projekt SPORTBUNT. Ich habe mich direkt beworben. Mir wurde die Chance gegeben, mich weiterzuentwickeln und dafür bin ich sehr dankbar!

Welche persönliche Entwicklung hast du an dir selbst bemerkt?

SPORTBUNT war der erste Schritt, um meine Ambitionen zu verwirklichen. Mit Beginn der C-Lizenz Ausbildung im Breitensport ist mir

nicht nur das Deutschlernen einfacher gefallen, ich konnte auch neue Menschen und Kulturen kennenlernen. Ich habe mir mehr Wissen über verschiedene Trainingsmethoden und -inhalte angeeignet, worauf ich sehr stolz bin. Momentan mache ich meine IHK-Prüfung im Fachbereich Sport- und Fitnesskauffrau. Nebenbei arbeite ich als Übungsleiterin für Rehabilitation und Prävention in einem Verein. Ich freue mich jedes Mal erneut auf die soziale Interaktion mit den Mitgliedern meiner Kurse. Ich bin froh, dass ich sie bei ihrem Vorhaben, etwas für ihre Gesundheit zu tun, unterstützen kann.

Welches Ziel verfolgst du?

Ich möchte meine Leidenschaft zum Beruf machen. Mein nächstes Vorhaben ist die Weiterbildung durch den Behinderten- und Rehabilitationssportverband e.V. in den Bereichen „Innere Medizin“ und „Ernährung“. Ich möchte mich auf einen Job beim Landessportbund Berlin e.V. bewerben und möchte ebenfalls Menschen mit Flucht- oder Migrationshintergrund helfen. Ein großer Traum ist es, einen Verein zu gründen, welcher alle Arten von Gesundheitssport anbietet. Besonders wichtig ist mir, dass es auch spezielle Kurse für Mädchen und Frauen gibt.

Was würdest du anderen Frauen mit Fluchterfahrung mit auf den Weg geben?

Sport ist wichtig, für jeden Menschen. Die Gesundheit sollte immer an erster Stelle stehen. Viele Krankheiten können durch die Verbesserung der körperlichen Fitness vermieden werden. Sport ist einfach zu erlernen und es gibt nie ein „zu spät“. Sport spricht eine Sprache, die alle verstehen, egal wo ihre Heimat ist. Ich rate jeder Frau, so viel wie möglich zu lernen, ihr Wissen anzuwenden und an ihre Kinder weiterzugeben. Das fördert die Unabhängigkeit. Wir müssen uns bemühen, eine bessere Zukunft aufzubauen!

⁴⁾ vgl. Deutsches Ehrenamt, deutsches-ehrenamt.de/steuern-im-verein/uebungsleiterfreibetrag

ROSA – Rolling Safespace

Eine mobile Anlaufstelle für Frauen auf der Flucht

Leonie Maier, ROSA – Rolling Safespace

ROSA – Rolling Safespace e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich für Frauen und Mädchen auf der Flucht einsetzt. Nach der Gründung im Jahr 2021 durch eine Gruppe junger Menschen in Deutschland, startete das Projekt im März 2022 auf der Halbinsel Attika in Griechenland, nördlich von Athen. Ein umgebauter LKW fährt seitdem täglich Geflüchtetenunterkünfte der Region an - drei verschiedene, in wiederkehrendem Wechsel. Neben den Camps wird damit unabhängig von gegebener Infrastruktur ein Ort aufgebaut, der zum Verweilen einlädt: Pavillons, Teppiche, Kissen, Tee und Obst. Ziel ist es, einen Raum zu bieten, in dem Frauen unter sich sein und sich austauschen können. Was trivial klingt, ist es keinesfalls: In den meisten Unterkünften, in denen flüchtende Menschen sich teils über Jahre aufhalten müssen, gibt es kaum geschlechtssensible Infrastruktur. Öffentliche Orte werden meist von Männern genutzt, während Frauen und Mädchen isoliert in ihren Containern bleiben.

Der ROSA-Truck beinhaltet ein medizinisches Konsultationszimmer mit einer Basisausstattung an Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. Primär ist es jedoch ein Ort, an dem Zeit und offene Ohren geschenkt werden – ein rares Gut auf Fluchtrouten. Teil der ROSA-Crew sind stets eine Hebamme, eine Ärztin und Übersetzerinnen, manchmal auch eine Physiotherapeutin. Neben den Einzelgesprächen werden Gesprächskreise zu verschiedenen Themen der Frauengesundheit angeboten. Weitere Crewmitglieder bieten Workshops aller Art an, von gemeinsamer Bewegung über Nähen bis hin zu Fahrradkursen. Um allen Frauen



einen niedrighschwelligem Zugang zu diesen Angeboten zu ermöglichen, findet parallel eine Kinderbetreuung statt, sodass das ROSA-Team vor Ort aus meist acht bis zehn Personen besteht. Die Crew arbeitet auf ehrenamtlicher Basis, wobei die Menschen meist mehrere Wochen vor Ort verbringen.



Die drei Camps, die angefahren werden, heißen Ritsona, Malakasa und Thiva. In ihnen leben hunderte Menschen. Seit der Ankunft von ROSA vor Ort konnten wir eine stetige und besorgniserregende Verschlechterung der Bedingungen beobachten. Während vor einem Jahr noch unterschiedliche Organisationen (u.a. das Rote Kreuz und Ärzte ohne Grenzen) in den Camps agierten, wird immer weniger von ihnen Zutritt zu den Geländen gewährt. In den vergangenen Monaten wurden Drehkreuze gebaut, die besonders Menschen, die sich nicht im offiziellen Asylprozess befinden, den ohnehin schwierigen Zugang zu Unterkunft und Nahrung erschweren. Die abgeschiedene Lage

der Camps weit außerhalb Athens mit nahezu fehlender Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel macht es den Menschen beinahe unmöglich, Unterstützungsangebote der Stadt wahrzunehmen. Auch die medizinische Vermittlungsarbeit, die ROSA leistet (zu anderen Organisationen und Netzwerken bzw. Ärzt*innen in Athen) wird durch den fortschreitenden Abbau unterstützender Infrastruktur, wie beispielsweise Shuttle-Busse in die Stadt, stark erschwert.



Während Politiker*innen der europäischen Union über Abschiebezentren diskutieren, erlebt ROSA täglich die Verletzung grundlegender Menschenrechte an den Außengrenzen dieser Wertegemeinschaft. Insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen erhalten regelmäßig nicht die Versorgung, die sie benötigen. Auch in Notfallsituationen mussten wir ausbleibende Hilfeleistung der ansässigen Strukturen beobachten. Menschen, die von häuslicher Gewalt betroffen oder bedroht sind, werden in Camps ohne sichere Räume und ohne Schutz festgehalten, was jeden Tag zu weiteren Traumatisierungen führt.

Aufgrund dieser tiefgreifenden strukturellen Missstände sieht es der Verein ROSA neben der direkten humanitären Hilfe vor Ort als Teil seiner Verantwortung, politisch zu agieren, in Positionspapieren Stellung zu beziehen und in der Öffentlichkeit auf verschiedene Weise auf das Thema aufmerksam zu machen.

Des Weiteren stehen wir in engem Kontakt mit Frauen, die ROSA aus Griechenland kennen und inzwischen in Deutschland leben – unter ähnlich untragbaren Bedingungen. Dies lieferte den Anstoß für den Start des ersten „Rolling Safespaces“ in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Berlin im Juni 2023. Die Berliner Lokalgruppe von ROSA fährt seither im zweiwöchentlichen Rhythmus die Unterkunft in Falkenberg an und errichtet dort einen Ort für Frauen und Kinder. Der Fokus liegt hierbei vor allem auf dem Beisammensein und sich Austauschen, das Angebot wurde bereits mit viel Zuspruch angenommen. Eine medizinische Beratung bietet ROSA hier nicht an – wir möchten keine Parallelstrukturen schaffen, sondern langfristig schauen, wie eine Unterstützung auf dem Weg in das deutsche Gesundheitswesen möglich sein kann.

Ziel ist es, weitere Safespaces in Deutschland und Europa aufzubauen – bis sie hoffentlich eines Tages überflüssig sein werden.

Weitere Informationen zum Projekt:
www.rolling-safespace.org
Instagram: @rollingsafespace



Leonie Maier befindet sich in den letzten Zügen ihres Medizinstudiums an der Charité, lebt in Berlin und erwartet gerade ihr erstes Kind. Im Januar 2021 gründete sie gemeinsam mit fünf Freund*innen den Verein ROSA - Rolling Safespace e.V., um geschlechtersensible Strukturen (auch) in humanitären Notlagen zu stärken und auf ihr Fehlen aufmerksam zu machen.

Expert*innenrunde zur Situation vietnamesischer Asylbewerberinnen

Sybill Schulz & Nozomi Spennemann

Ausgangssituation

Die Expert*innenrunde zur Situation vietnamesischer Asylsuchender in Geflüchtetenunterkünften des Landesamtes für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) ist im Oktober 2020 auf Anregung der Bezirke Marzahn-Hellersdorf sowie Lichtenberg und infolge des Jour Fixe der bezirklichen Flüchtlingskoordinator*innen von der Koordinierungsstelle Flüchtlingsmanagement (KoordFM) der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin ins Leben gerufen worden. Hintergrund war die berlinweite Zunahme von schwangeren vietnamesischen Geflüchteten in Unterkünften, worauf die bestehenden Strukturen der Geflüchtetenhilfe nicht eingestellt waren.

Im Jahr 2021 wurde dieser Austausch mit weiteren zuständigen Senatsverwaltungen, dem LAF und dem Runden Tisch für Geflüchtete Frauen der Charité mit dem Fokus auf folgende Zielsetzung vertieft:

- Stärkung der Netzwerkarbeit der bestehenden Unterstützungsstrukturen und Gremien
- Strategieentwicklung und Handlungsansätze zur Beratung und Information von vietnamesischen Geflüchteten und zur Fortbildung von Personal in Unterkünften

Es fanden 6 Sitzungen statt, in denen neben dem allgemeinen Austausch auch Hintergrundthemen wie Schleuserstrukturen, Illegalisierung, Wohnverhältnisse, Mutterschutz, Schulbesuch der Kinder und Sprachkompetenzen diskutiert und auf die gesetzlichen Regelungen zum Kinderschaftsrecht und die 2019 vom EU-Parlament

verabschiedete Resolution zu Kinderrechten „Kinder als Opfer von Menschenhandel“ Bezug genommen wurde.



Seit Beendigung der Arbeit der Koordinierungsstelle Flüchtlingsmanagement bei der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales zum 31.12.2021 ist die Zuständigkeit für die Expert*innenrunde vietnamesische Geflüchtete ungeklärt.

Aufgrund des anhaltenden Bedarfs an einem berlinweiten Austausch haben der Verband für Interkulturelle Arbeit VIA und die ehemalige

Leiterin von KoordFM, Sybill Schulz, in 2022 zu zwei Sitzungen mit Unterstützung der Beauftragten für Integration und Migration des Senats eingeladen. Darüber hinaus wurde in 2022 die AG Prävention & Fortbildung innerhalb der Expert*innenrunde gebildet, die vor allem zum Thema Menschenhandel sowohl Informationsmaterialien als auch Fortbildungskonzepte erarbeitete.

BẠN MỚI ĐẾN NƯỚC ĐỨC
VÀ CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỖ?

AUS VIETNAM UND NEU IN
DEUTSCHLAND?

Die Fachberatungsstelle zum Menschenhandel Ban Ying wurde einbezogen und ist Mitglied der Arbeitsgruppe. In 2022 fanden bereits 7 Fortbildungen/Basisschulungen zu „Menschenhandel im Kontext der Migration aus Vietnam“ statt, die von Ban Ying (teils gemeinsam mit dem Landeskriminalamt) durchgeführt wurden. Teilgenommen haben vor allem Mitarbeitende der Geflüchtetenunterkünfte und der medizinischen Einrichtungen für Nichtversicherte, Babylotsinnen der Geburtskliniken, Verwaltungen, Vereine usw.

Nach der Basisschulung hat die Konzeptualisierung zielgruppenspezifischer Fortbildungen ab 2023 gestartet, um gezielte Präventionsstrategien zu entwickeln und einen Umgang mit möglichen Betroffenen in der praktischen Arbeit zu trainieren. Als Expert*innen ihrer Selbst wurden im Rahmen einer neuen Fokusgruppe vietnamesische Fachkräfte in die Strategieentwicklung aktiv einbezogen, um die Erreichbarkeit von vietnamesischen Frauen in Berlin über Social Media und andere geeignete Kanäle zu verbessern.

Lebens- und Versorgungssituation vietnamesischer asylsuchender Frauen/Mütter

- Es ist bekannt, dass in vielen Fällen vietnamesische Frauen erst mit der fortgeschrittenen Schwangerschaft im Hilfesystem, wie z.B. der Schwangerenvorsorge für nicht Krankenversicherte oder in den Unterkünften „sichtbar“ werden und durch die Geburt eines deutschen Kindes eine Aufenthaltserlaubnis bekommen.
- In der Regel kommen die vietnamesischen Frauen aus den ärmsten Regionen Mittelvietnams, haben niedrige Schulabschlüsse und sind hoch verschuldet. Sie befinden sich in community-internen Abhängigkeitsverhältnissen und sind vulnerabel für Ausbeutungen jeglicher Art.
- Die Abhängigkeitsverhältnisse von Frauen in community-internen Strukturen, die für die Frauen existenziell notwendig sind, erschweren Interventionen mit integrations-fördernden Maßnahmen und/oder Präventionsarbeit.
- In den Unterkünften sind die vietnamesischen Frauen kaum zu erreichen. Die meisten von ihnen halten sich tagsüber oder auch über mehrere Tage außerhalb auf.
- Während die schwangeren Frauen im Rahmen der Schwangerenvorsorge gynäkologisch und sozialpädagogisch, z.B. durch die ÖGD (Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung) erreicht werden, bleiben sie sonst in der Regel verschlossen und öffnen sich kaum mit ihren Problemen.
- In den Asylunterkünften und weiteren Einrichtungen hat sich der Einsatz von muttersprachlichem Personal bewährt, um einen Zugang zu den Frauen zu ermöglichen.
- Das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf fördert seit Anfang 2021 das Projekt „Schritt für Schritt“ von Reistrommel e.V. in vier Unterkünften, die einen besonders hohen Anteil an vietnamesischen Asylsuchenden aufweisen. Dort bietet der Verein regelmäßige Sprech-

stunden und Infoveranstaltungen vor Ort an, die sehr gut angenommen werden.

- Auch das Bezirksamt Lichtenberg fördert ein vergleichbares Projekt, das ebenfalls von Reistrommel e.V. umgesetzt und von der Zielgruppe gut angenommen wird.
- Die Betreuung/Beratung von Müttern mit ihren Kindern ist spätestens nach dem Auszug aus der Unterkunft nur noch punktuell möglich, wobei die muttersprachlichen Migrationsberatungsstellen, Stadtteilmütter und Integrationskurse als mögliche Anlaufstellen bereitstehen und teilweise genutzt werden.

Bedarfssituation von Fachkräften

In den Berliner Einrichtungen besteht ein hoher Bedarf an Sprachmittlung in der Beratung, der mit den wenigen vorhandenen Kapazitäten nicht gedeckt werden kann, sowohl in Geflüchteten-Unterkünften als auch in Kliniken.

- Es gibt Schulungs- und Sensibilisierungsbedarfe zum Thema Menschenhandel/ Schleusung, zum Hintergrund der Migration und zum kultursensiblen Umgang mit der Zielgruppe.
- Es werden vietnamesisch-sprachige Informationen über muttersprachliche Anlaufstellen, Kindererziehung, Gesundheit usw. benötigt, die vietnamesischen Frauen direkt ausgehändigt werden können.
- Bezirks- und ressortübergreifender Fachaustausch, Vernetzung von Einrichtungen bis hin zur abgestimmten Weitervermittlung von Klient*innen können gezielte Informationsvermittlung und einen Vertrauensaufbau im Hilfesystem ermöglichen.

Aktuelle Projekte

Im Mittelpunkt steht die Förderung des breiten Fachaustausches zur Situation von vietnamesischen Asylsuchenden mit dem Ziel, Ressourcen an Erfahrungen, Wissen und

Kontakten unter den beteiligten Institutionen zu bündeln sowie Unterstützungen und Informationsvermittlung für vietnamesische Frauen an unterschiedlichen Schnittstellen/ Zugängen durch enge Zusammenarbeit wirksamer zu gestalten. Des Weiteren sollen Strategien für die gemeinsame Bekämpfung von besonders sensiblen Themen wie Menschenhandel, sexuelle Ausbeutung, Kinderschutz entwickeln werden. Die Öffentlichkeit, Politik und Verwaltung soll auf die Situation der Migrantinnen aus Vietnam stärker aufmerksam gemacht werden.

Tôi thấy rất hữu ích khi nhận được tư vấn và hỗ trợ bằng tiếng Việt.

Es hat mir sehr geholfen, dass ich Unterstützung in vietnamesischer Sprache erhalten konnte.

Im Rahmen eines 6-monatigen Projektes – finanziert durch den Bezirk Marzahn-Hellersdorf (Integrationsfonds) – soll die Expert*innenrunde als Plenum 1-2 Mal mit der Integrationsbeauftragten des Berliner Senats, Katarina Niewiedzial, zum überbezirklichen Fachaustausch organisiert werden. Einbezogen werden Verwaltungen, ÖGD, Flüchtlingsunterkünften, freie Träger und medizinische Einrichtungen, die mit vietnamesischen Asylsuchenden arbeiten. Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf bringt dabei seine Expertise und Erfahrungen mit der Zielgruppe verstärkt ein.

Die Arbeitsgruppe Prävention & Fortbildung organisiert Fortbildungen zur Situation vietnamesischer Asylsuchender, vor allem zum Menschenhandel, und entwickelt

Strategien für Informationsarbeit bei vietnamesischen Frauen. Beteiligt sind die Flüchtlingskoordination des Bezirksamtes Marzahn-Hellersdorf, das Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Women for Women (Charité), das Frauenzentrum Köpenick, FLAT-FAMILY, Ban Ying, das LKA und VIA. Im März 2023 wurde ein spezifischer, erweiterter Fachaustausch konzipiert. In Kooperation mit Ban Ying e.V. werden in 2023 vier Fortbildungen zum Thema „Menschenhandel im Kontext der Migration aus Vietnam“ durchgeführt. Umgesetzt in 2023 wurden bereits zwei Fortbildungen, davon eine für vietnamesisch-sprachige Fachkräfte, die tagtäglich mit Asylsuchenden und jungen Müttern arbeiten, die aufgrund der Schulden aus der Heimat in Abhängigkeitsverhältnissen leben. Bei den Fortbildungen geht es um die Sensibilisierung für Menschenhandel in Abgrenzung zur illegalen Schleusung, sowie Indikatoren für Menschenhandel und mögliche Exit-Strategien. Darüber hinaus sollen weitere Fortbildungen und kollegiale Beratungen für Fachkräfte aus Geflüchteten-Unterkünften, Schwangerenberatungsstellen, Geburtskliniken (Babylotsinnen) und Verwaltung stattfinden.

Die AG steht darüber hinaus mit ihrer Expertise für die Mitorganisation bzw. Mitwirkung bei relevanten Veranstaltungen für Fachkräfte, Verwaltungen oder Politik zur Verfügung.

Informationen und Broschüren

Die zweisprachige Broschüre „Aus Vietnam und neu in Deutschland?“ mit Berliner Anlaufstellen für Migrant*innen aus Vietnam wurde 2021 von VIA gemeinsam mit dem Familienplanungszentrum BALANCE entwickelt. Die Broschüre wurde seitdem kontinuierlich durch neue Angebote ergänzt und bereits 4.000 Exemplare in Unterkünften, Geburtskliniken, Bezirksamtern, Beratungsstellen u.a. verteilt. Die Broschüre wird bis Ende 2023 erneut aktualisiert. Um vietnamesische Frauen auf die bestehenden Angebote aufmerksam zu machen, die in verschiedenen Lebenssituationen/Problemlagen

genutzt werden können, wurde ein Plakat mit einem QR-Code entwickelt und an verschiedenen Orten ausgehängt.

Die Informationsvermittlung über vietnamesisch-sprachige Medien, Anlaufstellen und relevante Termine für Fachkräfte erfolgt über die Website des Netzwerks für psychische Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen (www.netzwerk-vietpsygesundheit.de) sowie über die Mailingliste mit über 100 Adressat*innen, die von VIA verwaltet werden.

Willkommen in unserem Netzwerk und in der Expert*innenrunde zum Fachaustausch!



Sybill Schulz ist Juristin und Gesundheitswissenschaftlerin, freiberufliche systemische Beraterin/ Coach/ Supervisorin und Modera-

torin. Seit 24 Jahren in der Beratung, Geschäftsführung, Projektleitung im Bereich Frauengesundheit, Migration/ Flucht, Menschenrechte tätig – im In- und Ausland. 2017-2021 Leitung der Stabsstelle Koordinierung Flüchtlingsmanagement im Berliner Senat. Seit 2023 als Organisationsentwicklerin im Projekt „Empowerment für Diversität – Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung“ in der Charité – Universitätsmedizin.

Nozomi Spennemann, M.A. Sozialmanagement. Tätig im Bereich "Empowerment von Migrant:innenorganisationen" bei VIA Berlin/Brandenburg e.V. Seit 1996 in verschiedenen Funktionen und Projekten in der Arbeit mit Zugewanderten aus Vietnam. Seit 2013 Koordination vom Netzwerk für psychische Gesundheit von vietnamesischen Migrant:innen sowie Netzwerk Alter und vietnamesische Migration.

AFFIN – Affektive und kulturelle Dimensionen von Integration infolge von Flucht und Zuwanderung

Emotionales Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Geflüchteten - Ein Projektbericht

Thi Minh Tam Ta, Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen

Im vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Verbundprojekt „Affektive und kulturelle Dimensionen von Integration infolge von Flucht und Zuwanderung“ – kurz AFFIN – haben von 2018 bis 2021 Wissenschaftler*innen der Freien Universität Berlin, der Charité – Universitätsmedizin Berlin, des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und der Georg-August-Universität Göttingen zusammengearbeitet, um das Verständnis des gesellschaftlichen Zusammenhalts zu vertiefen, der infolge der Fluchtzuwanderung seit 2015 vor besonderen Herausforderungen steht.

An der Charité – Universitätsmedizin Berlin ging es in erster Linie um das emotionale Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Geflüchteten: Wie steht es um die psychische Verfasstheit der Geflüchteten in Deutschland, die vor und während der Flucht oft außergewöhnliche Stresserfahrungen bis hin zu traumatischen Erlebnissen gemacht haben und auch in Deutschland vor großen Herausforderungen stehen? Wie beeinflussen sich Integrationsprozesse in Deutschland und das emotionale Wohlbefinden wechselseitig? Und wie manifestiert sich Resilienz unter Geflüchteten?

Im Längsschnitt nimmt der Anteil von Frauen unter den neu nach Deutschland kommenden

Migrant*innen weiterhin zu. Geflüchtete Frauen sind dabei mit geschlechtsspezifischen Risiken für ihre psychische Gesundheit durch unterschiedliche soziokulturelle und politische Kontexte sowohl im Herkunftsland, während der Migration, nach der Ankunft und während ihrer Integrationsbemühungen in Deutschland konfrontiert. So waren viele geflüchtete Frauen traumatischen Erfahrungen wie Gewalt, Folter, Inhaftierung, Verfolgung, aber auch geschlechtsspezifischer Unterdrückung oder Armut, Obdachlosigkeit oder politisch eingeschränktem Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung bereits in ihrem Herkunftsland oder auf langen Migrationswegen ausgesetzt.

Menschen mit Fluchterfahrungen und Asylbewerber*innen haben aufgrund dieser unterschiedlichen Belastungen ein allgemein erhöhtes Risiko für psychische Störungen, vor allem für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depression und Angststörungen. Von den geflüchteten Frauen, die zwischen 2015 und 2016 nach Deutschland kamen, gaben 40,8 % an, in ihrem Herkunftsland oder auf dem Weg nach Deutschland eine Nahtoderfahrung gemacht zu haben, 26,3 % erlebten die Tötung eines Familienmitglieds oder einer Freundin und 14,1 % erlebten erschütternde Erfahrungen wie Folter, und körperliche bzw. sexualisierte Gewalt.

Auch nach der Ankunft sind Geflüchtete und Asylbewerber*innen oft mehreren Belastungsfaktoren ausgesetzt, hierzu zählen ein ungewisser und langwieriger Asylprozess, fehlende Arbeitserlaubnis, herausfordernde Lebensbedingungen in überfüllten Aufnahmezentren und Unterkünften, eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung und Herausforderungen beim deutschen Spracherwerb. Weitere integrationshemmende Faktoren sind fehlende Anerkennung von Bildungsabschlüssen, Finanzen, ungewohnte Bürokratie, erlebte Isolation und Nicht-Zugehörigkeitserleben, mit Verlust des sozialen Netzwerks, Trennung und Sorge um zurückgelassene Angehörige, Konflikte und Missverständnisse unter Geflüchteten

und mit etablierten migrantischen Communities, oder erlebte Diskriminierung, Rassismus und Fremdenfeindlichkeit. Dagegen waren die Möglichkeit in eigener Wohnung zu leben, gute Sprachkenntnisse und insbesondere Kontakte mit Einheimischen mit zunehmender Lebenszufriedenheit assoziiert.

Im Rahmen der Untersuchung gaben Frauen ein geringeres psychisches Wohlbefinden und stärkere depressive Symptomatik als Männer an. Die Hälfte der geflüchteten Frauen hatte ein Risiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Dabei hatten ältere geflüchtete Frauen im Vergleich das höchste Niveau einer depressiven Symptomatik und ebenso das höchste Risiko für

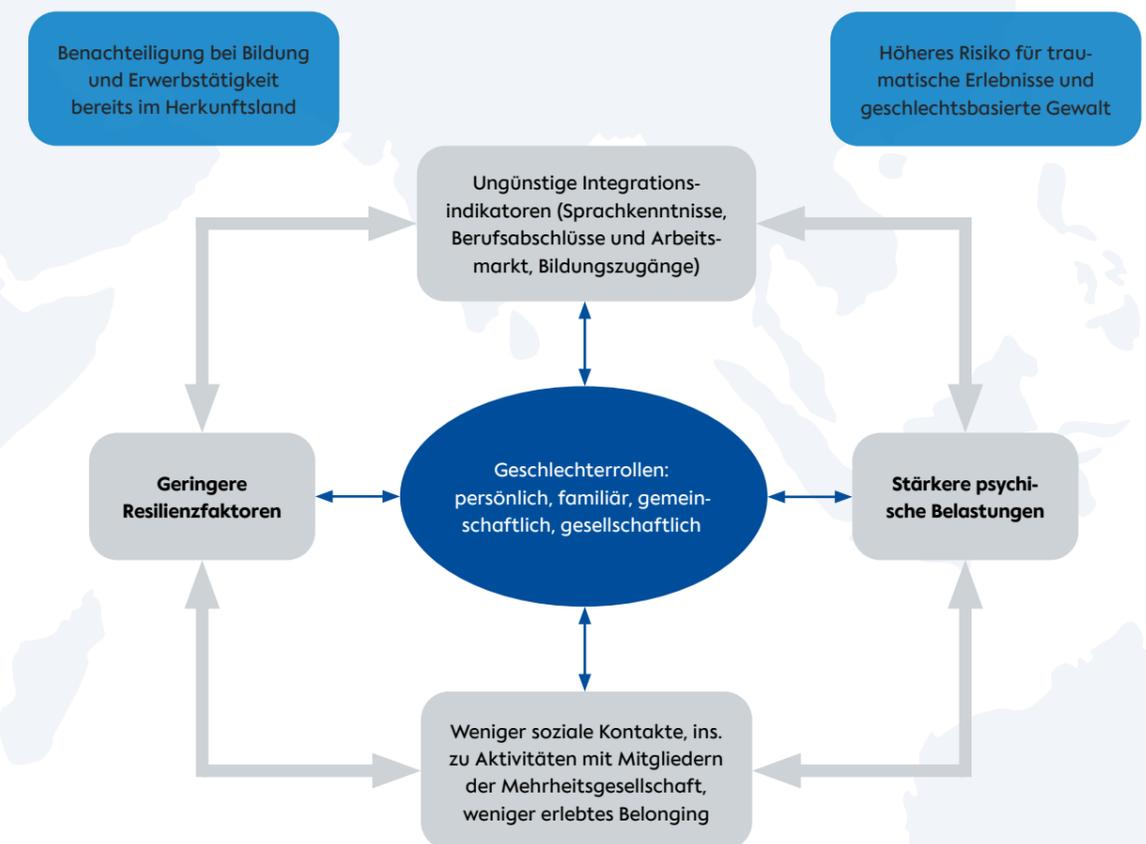


Abbildung: Negativspirale zwischen Risiken für psychische Gesundheit und verminderter Resilienz bezogen auf Integrationsprozesse bei geflüchteten Frauen

eine PTBS. Über 10% der Geflüchteten zeigte ein schweres psychisches Belastungsniveau, wobei 17,4% Frauen (vs. 8,7% bei Männern) schwere psychische Belastungen angaben.

Die Deutschkenntnisse der geflüchteten Frauen im Rahmen der Studie waren signifikant schlechter als die der Männer. Zudem fanden sich Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kinder: 41% der Frauen ohne Kinder gegenüber 19% mit Kindern gaben an, gute bis sehr gute deutsche Sprachkenntnisse zu haben. Andererseits spielen gerade Sprachkenntnisse der Mehrheitsgesellschaft eine zentrale Bedeutung, wenn es um den Zugang zur allgemeinen, aber besonders auch zur psychischen Gesundheitsversorgung geht. Dies gilt auch für den Aufbau sozialer Kontakte und eines neuen Unterstützungsnetzwerkes in Deutschland. Weitere Geschlechtsunterschiede fanden sich ebenfalls beim Bildungszugang (11% bei Männern vs. 5% bei Frauen) und der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (27% bei Männern vs. 6% bei Frauen, davon 9% Frauen ohne kleine Kinder vs. 3% mit kleinen Kindern). Analog stellen eine (Weiter-)Bildungsbeteiligung und insbesondere eine Erwerbstätigkeit wichtige Indikatoren für eine erfolgreiche soziale Integration dar und haben so Einfluss auf die psychische Gesundheit und Resilienz als bedeutsame Ressourcen für Geflüchtete. Über 80% der geflüchteten Frauen stimmten zu, dass eine Unabhängigkeit am besten über Erwerbstätigkeit zu erreichen sei.

Geflüchtete Frauen aus Krisengebieten und vielen Ländern des Globalen Südens sind bereits vor einer Migration durch einen eingeschränkten Zugang zu Bildung oder Arbeitsmarkt, durch sozialisierte und familiär gelebte traditionelle Geschlechterrollen mit Übernahme fast aller Care-Tätigkeiten mehrfach benachteiligt. Während der Phase einer teils jahrelangen Migration sind sie mit einem deutlich erhöhten Risiko für traumatische Erlebnisse und geschlechtsbasierten Gewalterfahrungen konfrontiert

und haben aufgrund dieser Vorbedingungen auch nach der Migration oft ein schlechteres psychisches Wohlbefinden, erhöhte psychische Belastungen, und weniger Ressourcen - wie zum Beispiel Bildungsmöglichkeiten - zur Verfügung. Wesentliche Resilienzfaktoren wie Kontakte zur deutschen Mehrheitsgesellschaft, Erleben von Zugehörigkeit und damit die Verbesserung deutscher Sprachkenntnisse sind daher in geringerem Maße als bei Männern vorhanden, so dass das psychische Erkrankungsrisiko bei geflüchteten Frauen erhöht und gleichzeitig die Integrationschancen beeinträchtigt sein können.



PD Dr. med. Thi Minh Tam
Ta ist Oberärztin und Leiterin der Spezialambulanz für Vietnamesische Migrant:innen an der Charité. Seit der Eröffnung

2010 wurden hier über 600 Patient:innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund versorgt. Zudem wurde ein aktives Netzwerk zu Förderung der psychischen Gesundheit in den vietnamesischen Communities mit aufgebaut.

Runder Tisch für geflüchtete Frauen



Ziel ist es, möglichst viele Initiativen und Personen, die in diesem Bereich engagiert sind, miteinander bekannt zu machen, damit sie ihre Erfahrungen teilen können. Somit werden Parallelstrukturen vermieden und politische Perspektiven, zum Beispiel zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen Geflüchteten, können gemeinsam entwickelt und mit mehr Druck verfolgt werden. Denn am Runden Tisch finden sich auch Akteur*innen aus der Verwaltung, beispielsweise aus der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die hier direkt von Expert*innen aus der Praxis über Erfahrungen und Bedarfe in der Arbeit mit geflüchteten Frauen erfahren können und die andere Teilnehmer*innen wiederum über ihre Arbeit informieren. Für die Mitglieder des Runden Tisches stehen darüber hinaus in einem gesonderten Bereich individuelle Kontaktadressen der beteiligten Institutionen und Personen zur Verfügung, um im akuten Einzelfall auf kurzem Weg und persönlich die bestmögliche Unterstützung zu finden.

Das Thema der Krankenversicherung für geflüchtete Personen hat die Teilnehmenden am Runden Tisch besonders bewegt. Leistungsberechtigte nach Asylbewerberleistungsgesetz haben laut einer Vereinbarung des Landes Berlin mit vier Krankenkassen Anspruch auf

eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). In der Praxis bekommen die geflüchteten Personen die eGK häufig erst nach Monaten und erhalten in der Zwischenzeit eine vorläufige Betreuungsbescheinigung. Die Betreuungsbescheinigung wird in den meisten Fällen von den Arztpraxen abgelehnt. De facto können die geflüchteten Personen ohne eine eGK keine Arzttermine vereinbaren und wahrnehmen. Ein weiteres wiederkehrendes Thema war die gefühlte Bevorzugung geflüchteter Menschen aus der Ukraine gegenüber geflüchteten Menschen anderer Nationalitäten. Die Rückmeldungen hierzu häuften sich und teilweise ist bei geflüchteten Menschen aus anderen Herkunftsländern der Eindruck eines Zwei-Klassensystems entstanden. Auf diese und andere Themen (wie die Wichtigkeit von Sprachmittlung und Sprachförderung für geflüchtete Frauen) versuchten die Akteur*innen des Runden Tisches für geflüchtete Frauen mithilfe gemeinsam verfasster Positionspapiere aufmerksam zu machen und suchten den direkten Austausch mit dem Senat, wie zuletzt mit Frau Niewiedzial, Beauftragte für Integration und Migration des Senates von Berlin.

Mitglied werden und mehr Informationen unter: rundertisch.lfr-berlin.de

Literaturhinweise

Braun, K., & Dinkelaker, S. (2021): „Schutz für geflüchtete Frauen* im Spannungsfeld von besonderer Schutzbedürftigkeit und restriktiven Migrationspolitiken“, In Dinkelaker, S., Huke, N., Tietje, O. (Hg.) Nach der „Willkommenskultur“. Geflüchtete zwischen umkämpfter Teilhabe und zivilgesellschaftlicher Solidarität“, 65-88

Çalışkan, S. (2018) Warum Frauen fliehen: Fluchtursachen, Fluchtbedingungen und politische Perspektiven. In: Frauen und Flucht. Dossier der Heinrich Böll Stiftung: heimatkunde.boell.de/de/2018/03/08/warum-frauen-fliehen-ursachen-bedingungen-und-politische-perspektiven

Hadj Abdou, L. & Scheibelhofer, P. (2023): „Gender“, in Scharrer, T., Glorius, B., Kleist, O., Berlinhoff, M. (Hg.) Flucht- und Flüchtlingsforschung - Handbuch für Wissenschaft und Studium, 303-307

Hartmann, M. (2018): „Praxisbericht: Evaluation der Frauen-Gemeinschaftsunterkunft des Landes Giessen“, Philipps-Universität Marburg: Zentrum für Konfliktforschung.

Jesuthasan, J., Sönmez, E., Abels, I. et al. (2018): Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. BMC Med

Moran J.K., Jesuthasan J., Schalinski I., et al. (2023): Traumatic Life Events and Association With Depression, Anxiety, and Somatization Symptoms in Female Refugees. JAMA Netw Open. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2023.24511](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24511)

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

Rademacher, T. (2020): Weibliche Genitalverstümmelung im Asylverfahren – Problemstellungen und Hintergründe. In: Entscheiderbrief 7. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 4-6. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Behoerde/Informationszentrum/Entscheiderbrief/2020/entscheiderbrief-07-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Schmitz, A. (2023): „Vulnerabilität“, in Scharrer, T., Glorius, B., Kleist, O., Berlinhoff, M. (Hg.) Flucht- und Flüchtlingsforschung - Handbuch für Wissenschaft und Studium, 369-373

Schouler-Ocak, M. & Kurmeyer, C. (2017): Study on Female Refugees. Abschlussbericht. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. female-refugee-study.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/mentoring/Abschlussbericht_Financial_1.pdf

Servicestelle Gewaltschutz (2020): Dezentrale Beratungs- und Unterstützungsstruktur für Gewaltschutz in Flüchtlingsunterkünften (DeBUG). www.gewaltschutz-gu.de/projekte/debug

Suerbaum, M., (2023): „Frauen in Fluchtsituationen“, in Scharrer, T., Glorius, B., Kleist, O., Berlinhoff, M. (Hg.) Flucht- und Flüchtlingsforschung - Handbuch für Wissenschaft und Studium, 427-437

UNHCR (2023): Zahlen im Überblick. www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick

Aktuelle Zahlen

BAMF (2023): Das Bundesamt in Zahlen (BIZ): 2022.

www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtZahlen/bundesamt-in-zahlen-2022-asyl.pdf;jsessionid=B502E8B56664ECAE09EF531C48C2F4EF.internet272?__blob=publicationFile&v=9

BMFSFJ & UNICEF (2023): Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/mindeststandards-zum-schutz-von-gefluechteten-menschen-in-fluechtlingsunterkuenften-117474

BMI (2023): Pressemitteilung: Acht von zehn Schutzsuchenden kommen aus der Ukraine. www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2023/01/asylantraege2022.html

BPB (2023): Demografie von Asylsuchenden in Deutschland.

www.bpb.de/themen/migration-integration/zahlen-zu-asyl/265710/demografie-von-asylsuchenden-in-deutschland

Weiterführende Informationen

Im Jahre 2017 wurde an der Charité die bisher größte Studie zur psychosozialen Situation geflüchteter Frauen in Deutschland initiiert und koordiniert:

Schouler-Ocak, Meryam/ Kurmeyer, Christine/ Jesuthasan, Jenny/ Abels, Ingar/ Sonmez, Ekin/ Oertelt-Prigione, Sabine/ Zier, Ulrike/ Kimbel, Renate/ Wollny, Anja/ Krüger, Antje/ Gutermann, Anna/ Starck, Annabelle/ Richter, Knejinja (2017): Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Gefördert durch die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

In Zusammenarbeit mit der Heinrich Böll Stiftung kuratierten Jenny Jesuthasan und Ingar Abels ein Dossier über geflüchtete Frauen. Hier werden die Bedingungen in den Herkunftsländern, sowie die Erfahrungen auf der Flucht, aber auch die Aufnahmesituation in Deutschland und Europa, sowie die juristischen Rahmenbedingungen und die Gesundheitssituation thematisiert. Aufbauend auf den versammelten Beiträgen begibt sich der abschließende Teil des Dossiers schließlich auf die Suche nach erprobten Strategien der Selbstermächtigung. Das Dossier findet sich unter: heimatkunde.boell.de/dossier-frauen-und-flucht

Women in Exile and Friends e.V.: www.women-in-exile.net

Internationale Informationen zur Situation von geflüchteten Frauen finden sich unter: www.womensrefugeecommission.org

Bildnachweise

- © Charité | Wiebke Peitz | GB UK (Titel)
- © Charité | Agathe Menetrier | Spielecke für den Gesprächskreis (Seite 7)
- © Charité | Agathe Menetrier | Kinder spielen während einem Gesprächskreis in einer Gemeinschaftsunterkunft (Seite 7)
- © Charité | Aufklärungsmodell aus Stoff zur Erklärung von Menstruation und Fertilität (Seite 9)
- © Charité | Evaluationsbogen für einen Gesprächskreis in arabischer Sprache (Seite 10li.)
- © Charité | Agathe Menetrier | Spielecke für den Gesprächskreis (Seite 10re.)
- © Charité | Agathe Menetrier | Unterhaltungen nach einem Gesprächskreis in einer Gemeinschaftsunterkunft (Seite 11li.)
- © Privat | Agathe Menetrier (Seite 11re.)
- © Privat | Thomas Knorr (Seite 21)
- © Goldnetz | Angela Dovifat | „Behördendschungel“ (Seite 22)
- © Goldnetz | Franziska Meister | „Begleitung“ (Seite 23)
- © Goldnetz | Freia Königer | „Erschöpfung“ (Seite 24)
- © Goldnetz | Freia Königer | „Mütter und Töchter“ (Seite 25)
- © Goldnetz | Freia Königer | „Erleichterung“ (Seite 26li)
- © Goldnetz | Freia Königer | Angela Dovifat (Seite 26re)
- © BegeFrau | Flyer (Seite 27)
- © Frauenkrisentelefon | Homa Mossavi (Seite 29)
- © Frauenkrisentelefon | Homa Mossavi im Beratungsraum (Seite 30li)
- © Jeremy Knowles | Lisa Schenk (Seite 30re)
- © Ärzte der Welt e.V. (Seiten 31, 32)
- © Moving.clinic (Seiten 34, 35li.)
- © Privat | Beate Weingartner (Seite 35re.)
- © Privat | Marc Pestotnik (Seite 37)
- © SPORTBUNT-Vereine leben Vielfalt! | Das Sportbunt-Team (Seite 39)
- © SPORTBUNT-Vereine leben Vielfalt! | Bianca Diane Zierenberg-Williamson (Seite 40)
- © SPORTBUNT-Vereine leben Vielfalt! | Ghadeer Bouta (Seite 41)
- © ROSA e.V. | Hannah Toss (Seite 42, 43li)
- © Privat | Leonie Maier (Seite 44re)
- © Privat | Sybill Schulz (Seite 47)
- © Privat | Thi Minh Tam Ta (Seite 50)
- © Privat | Runder Tisch für geflüchtete Frauen (Seite 51)

Impressum

Herausgeberin

Zentrale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte | Charité – Universitätsmedizin Berlin | Charitéplatz 1 | 10117 Berlin | www.charite.de

V. i. S. d. P.

Dr. Christine Kurmeyer | Zentrale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte

Konzeption und Projektleitung

Dr. Christine Kurmeyer, Dr. Ingar Abels, Prof. Dr. Jalid Sehoul

Redaktion

Beate Weingartner, Dr. Ingar Abels, Dr. Agathe Menetrier

Mitarbeit im Lektorat

Hana Habtom, Naora Bruns

Grafische Konzeption

Geschäftsbereich Unternehmenskommunikation

Gestaltung

Silvia Arlt, Christine Voigts | Zentrale Mediendienstleitungen Charité

Druck

K+L DruckenPlus GmbH Berlin

