

Aus dem
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die Prävalenz von Symptomen der Depression, Angststörung und
somatoformen Störung bei geflüchteten Frauen in
Gemeinschaftsunterkünften in Mainz (RLP) und der Zusammenhang
zu soziodemographischen und fluchtspezifischen Merkmalen

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
vorgelegt von

Helena Katharina Eikenbusch
aus Bad Kreuznach

Mainz, 2020

Wissenschaftlicher

Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. U. Förstermann

1. Gutachter:

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. S. Letzel

2. Gutachter:

PD Dr. med. Dipl.-Psych. J. Wiltink

Tag der Promotion:

08.12.2020

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis	vi
1 Einleitung	1
2 Literaturdiskussion	3
2.1 Begriffsdefinitionen	3
2.2 Überblick über die Herkunftsländer	7
2.3 Aktuelle Situation von Geflüchteten in Deutschland	11
2.3.1 Asylverfahren	11
2.3.2 Medizinische Versorgung.....	13
2.3.3 Versorgungs- und Unterbringungssituation.....	16
2.4 Psychometrische Erhebungsinstrumente in interkulturellen Studien	18
2.5 Stand der Forschung zur psychischen Gesundheit geflüchteter Frauen	20
2.5.1 Psychische Gesundheit geflüchteter Frauen bzw. Geflüchteter	32
2.5.2 Prävalenz der Depression	35
2.5.3 Prävalenz der Angststörung.....	38
2.5.4 Prävalenz der somatoformen Störung.....	40
2.5.5 Einflussfaktoren auf die Prävalenz	41
2.6 Fragestellung.....	51
3 Material und Methoden	53
3.1 Datengrundlage: Female Refugee Study	53
3.2 Fragebogen und Durchführung.....	55
3.3 Variablen und Operationalisierung.....	57
3.3.1 Zielgrößen.....	61
3.3.2 Unabhängige Variablen	62
3.4 Statistische Methoden	66
4 Ergebnisse.....	70
4.1 Deskription des Studienkollektivs	70
4.2 Prävalenz von Symptomen einer psychischen Störung	74
4.3 Soziodemographische Merkmale.....	76
4.4 Fluchtspezifische Merkmale	79
4.5 Modelle zum Zusammenhang zwischen soziodemographischen und fluchtspezifischen Merkmalen und der Prävalenz für Symptome psychischer Störungen ..	82

5	Diskussion	85
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	85
5.2	Diskussion der Forschungsfragen.....	87
5.2.1	Prävalenz psychischer Symptome	87
	- Prävalenz für Symptome einer Depression	90
	- Prävalenz für Symptome einer Angststörung.....	93
	- Prävalenz für Symptome einer somatoformen Störung	96
	- Vergleich mit theoretischen Modelle zur psychischen Gesundheit von Migranten... 97	
5.2.2	Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und soziodemographischen Merkmalen.....	99
5.2.3	Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und fluchtspezifischen Merkmalen.....	108
5.2.4	Modelle zum Auftreten psychischer Symptome	112
5.3	Grenzen und Limitationen	114
5.4	Schlussfolgerungen und weiterer Forschungsbedarf	119
6	Zusammenfassung	133
7	Literaturverzeichnis	viii
8	Anhang	xxii
8.1	Kollektivbeschreibung, detaillierte Ausführung für ausgewählte Variablen.....	xxii
8.2	Symptombelastung und Herkunft in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus, n=92. xxiii	
8.3	Scores der Symptomskalen nach ausgewählten Variablen.	xxiv
8.4	Auswertung der Depressionsskala nach Herkunftsland, n=92.	xxv
8.5	Auswertung der Angstskala nach Herkunftsland, n=92.	xxvi
8.6	Auswertung der Somatisierungsskala nach Herkunftsland, n=92.	xxvi
8.7	Paarweise Korrelation zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen	xxvii
8.8	Lineare Regressionsmodelle, nicht-standardisierte Beta-Koeffizienten.....	xxix
8.9	Vergleich der Auswertungsmethoden der Scores nach Herkunftsland.	xxx
8.10	Regressionsdiagnostik.....	xxxix
	Danksagung	xxxiv
	Lebenslauf	xxxv

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Herkunftsländer im Vergleich zu Deutschland, Daten und Fakten.....	10
Tabelle 2: Übersichtsarbeiten zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten und geflüchteten Frauen.....	22
Tabelle 3: Studien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten und geflüchteten Frauen ..	25
Tabelle 4: Kollektivbeschreibung, soziodemographische Merkmale.....	71
Tabelle 5: Kollektivbeschreibung, fluchtspezifische Merkmale	73
Tabelle 6: Auswertung der psychometrischen Skalen.....	76
Tabelle 7: Scores der Symptomskalen nach soziodemographischen Merkmalen.....	78
Tabelle 8: Scores der Symptomskalen nach fluchtspezifischen Merkmalen	80
Tabelle 9: Multiple lineare Regressionsmodelle für die Zielgrößen: Score der Depressions- skala, der Angstskaala und der Somatisierungsskala	83

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AfA	Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AuftenthG	Aufenthaltsgesetz
BAfF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF	Bundesamt Migration und Flüchtlinge
BNE	Bruttonationaleinkommen
BSP	Bruttosozialprodukt
CI	Konfidenzintervall
DSM-IV	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders Version 4
EASY	Erstverteilung Asylsuchender
ECRE	(European Council for Refugees and Exiles)
EU	Europäische Union
EU-QoL	EUROHIS-Quality of Life 8-Item Index
EURODAC	European Dactyloscopy
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights
GHQ-12	General Health Questionnaire – 12
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSI	Global Severity Index der SCL
HDI	Human Development Index
HSCL-25	Hopkins Symptom Checklist - 25
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 10
IDP	Internally Displaced Person
ISCED	International Standard Classification of Education
JAMA	Journal of the American Medical Association
k.A.	keine Angabe
M	Mittelwert
N	Stichprobengröße
n	Größe einer Teilstichprobe

Abkürzungsverzeichnis

p	p-Wert
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTE	Potenziell traumatisierende Ereignisse
PTSS-10	Posttraumatic Symptom Scale-10, Kurzversion
SCL	Symptom Checklist 90 Revised
SD	Standardabweichung
U	Mann-Whitney U-Test
WHO	World Health Organisation
ZAE	Zentrale Aufnahmeeinrichtung

1 EINLEITUNG

Im Jahr 2016 wurden 722.370 Asylanträge in Deutschland gestellt (1). 34,3% dieser Asylanträge wurden von Frauen und Mädchen gestellt (1). Obwohl Frauen einen großen Anteil der Asylantragstellenden bilden, gibt es nur wenige Studien über die speziellen Bedürfnisse von geflüchteten Frauen¹ (2-4). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Prävalenzraten für Symptome psychischer Störungen² bei geflüchteten Frauen höher sind als bei geflüchteten Männern (5). Mehrere Studien zeigen, dass, unabhängig vom Geschlecht, Erfahrungen der Flucht bei Geflüchteten einen sehr großen Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Symptomen im Aufnahmeland haben (6). Ziel dieser Arbeit ist es, die Prävalenz von Symptomen einer Depression, Angststörung und somatoformen Störung sowie deren Zusammenhang mit soziodemographischen und fluchtspezifischen Risikofaktoren bei geflüchteten Frauen in Gemeinschaftsunterkünften in Mainz zu untersuchen.

Für eine gelingende Integration von Geflüchteten ist es essentiell psychische Störungen zu erkennen und zu behandeln (7), da die Integration mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit „stark erschwert sein dürfte“ (5). Die Untersuchung der Prävalenz von Symptomen psychischer Störungen ist somit wichtig, um den Behandlungsbedarf abschätzen und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen zu können.

Gleichzeitig gibt es nur wenige aktuelle Studien zur Prävalenz von Symptomen psychischer Störungen unter Geflüchteten in Deutschland (8). Betrachtet man die Studien in Deutschland (8) und Europa (9), finden sich unterschiedliche und schlecht vergleichbare Ergebnisse. Die Studien unterscheiden sich in den Rekrutierungsmethoden, dem Frauenanteil, den Messmethoden (z.B. Fragebögen vs. ärztliches Gutachten) und der diagnostischen Einteilung (z.B. Depression vs. affektive Störung). Es besteht Bedarf nach standardisierten Methoden und weiteren Studien (9), um die Prävalenz von Symptomen psychischer Störungen realistisch einschätzen zu können.

Die bisherigen Forschungsergebnisse zeigen, dass die psychische Gesundheit Geflüchteter u.a. mit soziodemografischen Faktoren, wie dem Lebensalter (10-12), der Herkunft (5), der Anzahl der Kinder (12), dem Familienstand (13) und der Bildung (13), zusammenhängt. Mit diesem

¹ Mit dem Begriff *geflüchtete Frauen* sind in dieser Arbeit Frauen betitelt, die ihre Heimat verlassen haben und nun in einem anderen Land aus humanitären Gründen Schutz suchen. Dies trifft auf Frauen mit folgendem juristischem Aufenthaltsstatus zu: Asylbewerberinnen, asylberechtigte Frauen, Frauen als Flüchtlinge mit Flüchtlingsstatus gemäß Genfer Konvention, Frauen als subsidiär Schutzberechtigte, Frauen mit Feststellung eines Abschiebungsverbotes, Frauen mit Ablehnung des Asylantrags (Duldung).

² Der Begriff der psychischen Erkrankung bzw. Krankheit wurde bewusst vermieden, stattdessen wird der wertneutralere Begriff der Störung verwendet.

Wissen lassen sich Risikogruppen identifizieren, für die angepasste Informations- und Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden können und psychische Störungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können.

Ebenso sind gerade die fluchtspezifischen Faktoren, wie die Unterbringungssituation, die Trennung von Kindern und die Situation im Aufnahmeland, hier insbesondere die Unterbringungssituation sowie die psychosoziale Unterstützung, von großer Bedeutung. Denn diese Faktoren lassen sich vor Ort zum Teil beeinflussen. Die Aufhebung der Residenzpflicht, die eine Trennung von der Familie zur Folge haben kann und der Zugang zu psychologischer Behandlung (7) zur Verarbeitung traumatischer Erlebnisse, sind nur einige Beispiele, wie man die Lebensbedingungen für Geflüchtete verbessern und so ihre psychische Gesundheit schützen kann.

Die Promotionsarbeit betrachtet gezielt geflüchtete Frauen, da diese Gruppe in den bisherigen Studien nicht repräsentativ vertreten ist. Die bisherige Forschung weist darauf hin, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz von Depressionen (14), Angststörungen (15) und somatoformen Störungen gibt (16, 17). In den aktuelleren Untersuchungen aus Deutschland über die psychische Gesundheit von Geflüchteten sind Frauen z.T. unterrepräsentiert und geschlechtsspezifische Prävalenzraten nicht angegeben (bspw. 5, 18). Zusätzliche Hinweise deuten darauf hin, dass geflüchtete Frauen als „vulnerable Gruppe“ (2), eher potentiell traumatisierende Ereignisse (PTE) erfahren und eine höhere Wahrscheinlichkeit haben psychische Störungen zu entwickeln als geflüchtete Männer (bspw. 14, 19, 20).

Die angestrebte Arbeit wird daher die Häufigkeiten von Symptomen einer Depression, Angststörung und somatoformen Störung unter geflüchteten Frauen in Mainz aus den Ländern mit einer hohen Bleibereichtsperspektive erfassen, d.h. Afghanistan, Eritrea, Iran, Somalia und Syrien. Diese Länder galten zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2016 als schwere Krisengebiete mit kriegerischen Auseinandersetzungen, Unterdrückung oder politischer Instabilität, weshalb für die geflüchtete Frauen aus diesen Ländern eine hohe Bleibeperspektive für Deutschland bestand. Es wurden geflüchtete Frauen befragt, die zum Befragungszeitpunkt in Gemeinschaftseinrichtungen der Stadt Mainz wohnten. Gleichzeitig wurde der Zusammenhang zu soziodemographischen und fluchtspezifischen Merkmalen untersucht. Ziel ist es Risikofaktoren für Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung zu identifizieren und herauszufinden, welche Bedingungen in der Lebenswelt von geflüchteten Frauen in Mainz bzw. bundesweit geändert werden könnten, um eine bessere psychische Gesundheit für geflüchtete Frauen und damit auch eine bessere Integration zu erreichen.

2 LITERATURDISKUSSION

2.1 BEGRIFFSDEFINITIONEN

Im folgenden Abschnitt werden wichtige Begriffe eingeführt und definiert. Die jeweilige Definition gilt für die gesamte vorliegende Arbeit. Zuerst werden Begriffe aus dem Themenbereich Flucht, anschließend aus dem Themenbereich der psychischen Erkrankungen definiert.

Migration ist definiert als die Verlegung des Lebensmittelpunktes über eine größere Entfernung und einen längeren Zeitraum (21). Dabei kann es sich um Migration innerhalb eines Landes handeln (Binnenmigration) oder um die Migration über Staatsgrenzen hinweg (internationale Migration) (21). Die Vereinten Nationen bezeichnen die Verlegung des Lebensmittelpunktes ab mindestens drei Monaten als Migration (22). Ein Migrant oder Migrantin ist eine Person, die sich im Migrationsprozess befindet, d.h. Personen, die gerade ihren Lebensmittelpunkt verlegen, dies planen oder gerade getan haben (21).

Der Begriff **Geflüchtete**³ bezeichnet Personen, die außerhalb ihres Landes aus humanitären Gründen Schutz suchen (23, 24). Das sind z.B. Personen, die vor Krieg, Hungerkatastrophen, Folter oder politischer Verfolgung fliehen. Zu Geflüchteten zählen somit Asylsuchende, Asylantragsteller und Asylantragstellerinnen, weibliche und männliche Flüchtlinge gemäß Genfer Flüchtlingskonvention, Asylberechtigte, subsidiär Schutzberechtigte, Geduldete und Personen mit abgelehntem Asylantrag, die sich noch im Aufnahmeland befinden (23). Auch alle weiblichen und männlichen Personen, die zu irgendeinem Zeitpunkt einer der genannten Gruppen angehörten, werden in dieser Arbeit unter dem Begriff Geflüchtete zusammengefasst. Die Bezeichnung geflüchtete Frauen wird in diesem Sinne für weibliche Geflüchtete verwendet.

Asylsuchende sind Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, in Deutschland Schutz suchen und sich bei einer staatlichen Stelle (Grenzbehörde, Polizei, Ausländerbehörde, Aufnahmeeinrichtung) als asylsuchend melden. Im weiteren Verlauf müssen Asylsuchende persönlich einen Asylantrag beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) stellen. Asylantragsteller bzw. Asylantragstellerinnen sind Personen, die in Deutschland bereits einen Asylantrag gestellt haben, der noch nicht entschieden ist.

³ Der Begriff der Schutzsuchenden ist synonym dazu und wird vom statistischen Bundesamt seit November 2017 verwendet.

Asylsuchende und Asylantragstellende werden in der Literatur auch Asylbewerber und Asylbewerberinnen genannt. In dieser Arbeit wird der Begriff Asylsuchende⁴, wenn nicht anders ausgewiesen, für Asylsuchende und Asylantragstellende verwendet. (25)

Der Asylantrag kann abgelehnt oder positiv entschieden werden. Bei einer positiven Entscheidung existieren in Deutschland vier mögliche Schutzformen: Flüchtlingsschutz, Asylberechtigung, subsidiärer Schutz und nationales Abschiebungsverbot (25). Diese vier Schutzformen werden im Folgenden kurz erläutert.

Der Begriff **Flüchtling**⁵ ist in der Genfer Flüchtlingskonvention festgehalten. Die Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 mit dem Protokoll von 1967 (26) ist bis heute eines der wichtigsten internationalen Instrumente für die Rechte von Flüchtlingen (27). In der Genfer Flüchtlingskonvention ist ein Flüchtling folgendermaßen definiert:

„[...] die infolge von Ereignissen, die vor dem 1. Januar 1951 eingetreten sind, und aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will.“ (26)

Die Genfer Flüchtlingskonvention bezieht sich nur auf Flüchtlinge, die aufgrund von Ereignissen vor dem 1. Januar 1951 ihr Land verlassen haben. Die Ergänzung durch das Protokoll von 1967 erweitert diese Definition durch Aufhebung der Datumsgrenze 1. Januar 1951. Neben der Definition eines Flüchtlings sind in der Genfer Flüchtlingskonvention Artikel über die Rechtsstellung eines Flüchtlings, die Wohlfahrt für einen Flüchtling und die Verwaltungsmaßnahmen zu finden. Insgesamt 145 Staaten sind der Genfer Flüchtlingskonvention und/ oder dem Protokoll von 1967 beigetreten, darunter Deutschland. (26)

⁴ Üblich ist von staatlicher Seite die Unterscheidung zwischen Asylsuchende (registriert, aber noch kein Asylantrag gestellt) und Asylantragstellende.

⁵ Mit dem Begriff Flüchtling sind in der vorliegenden Arbeit weibliche und männliche Personen gemeint. Aus Gründen der Leserlichkeit wird auf den Zusatz weiblich und männliche Flüchtlinge verzichtet. Da Flüchtling ein feststehender Begriff auf Grundlage der Genfer Konvention ist, wurde er nicht durch eine geschlechtsneutrale Form ersetzt.

Die Flüchtlingseigenschaft laut Genfer Flüchtlingskonvention ist im deutschen Asylgesetz Unterabschnitt 2 §3 verankert (28). Anerkannte Flüchtlinge erhalten in Deutschland zunächst eine dreijährige Aufenthaltserlaubnis. Personen mit anerkannter Flüchtlingseigenschaft laut Genfer Flüchtlingskonvention werden in dieser Arbeit Flüchtlinge⁶ genannt.

Die **Asylberechtigung** wird nach Artikel 16a des deutschen Grundgesetzes an politisch Verfolgte vergeben (29), die nicht unter den Flüchtlingsschutz fallen. Die Verfolgung muss von staatlichen oder staatsähnlichen Organen sein und die Person, darf nicht über einen Drittstaat eingereist sein. Dies trifft nur auf sehr wenige Personen zu, die in Deutschland Schutz suchen. Alle Asylberechtigten werden auch als Flüchtlinge anerkannt und erhalten zunächst eine dreijährige Aufenthaltserlaubnis. Personen mit Asylberechtigung werden in dieser Arbeit Asylberechtigte genannt. (30)

Subsidiärer Schutz wird nach §4 des AsylG an Personen vergeben, denen in ihrem „Herkunftsland ein ernsthafter Schaden“ droht (28) und die weder den Flüchtlingsschutz noch die Asylberechtigung erhalten, z.B. weil kein Verfolgungsgrund gemäß Genfer Flüchtlingskonvention wie z.B. die ethnische Zugehörigkeit vorliegt (30). Personen mit subsidiärem Schutz werden in dieser Arbeit als subsidiär Schutzberechtigte bezeichnet. Sie erhalten zunächst eine einjährige Aufenthaltserlaubnis.

Das **nationale Abschiebungsverbot** wird nach §60 Absatz 5 und 7 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) an Personen erteilt, die keine Aufenthaltserlaubnis bekommen haben, deren Leben oder Freiheit aber bei Abschiebung bedroht wäre (31). Ein Beispiel wäre eine schwere Krankheit, die im Herkunftsland nicht behandelt werden kann und sich bei Abschiebung stark verschlimmern würde (30). Personen unter nationalem Abschiebungsverbot werden in dieser Arbeit als Geduldete bezeichnet.

Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten psychischen Störungen und deren Symptome orientierend beschrieben:

Der Begriff der **Depression** entspricht in dieser Arbeit der psychiatrischen Diagnose der depressiven Episode (F32) nach *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Edition* (ICD-10). Sie gehört der Diagnosegruppe der affektiven Störungen (F3) an. Die Erkrankten berichten eine gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, verminderte Fähigkeit sich zu freuen, verminderte Aktivität, vermindertes Interesse und eine beeinträchtigte Konzentration. Weitere Symptome sind Müdigkeit, Appetitlosigkeit,

⁶ Andere übliche Begriffe in der Literatur sind Konventionsflüchtlinge oder Flüchtlinge gemäß Genfer Konvention.

Gewichtsverlust, Durch- und Einschlafprobleme. Außerdem treten fast immer ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen auf. Angststörungen sind eine häufige Komorbidität von Depressionen. Gleichzeitig ist eine Depression eine häufige Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Angststörung. 9% der deutschen Bevölkerung leiden an einer affektiven Störung (F3) (8% an einer Depression). Frauen leiden doppelt so häufig wie Männer an einer Depression. Außerdem ist die Depression die häufigste psychiatrische Erkrankung im höheren Lebensalter. (32-36)

Unter **Angststörungen** sind in dieser Arbeit die Diagnosegruppen phobischer Störungen (F40) und anderer Angststörungen (F41) zusammengefasst. Die häufigsten Angststörungen und ihre Hauptsymptome sind (33, 37):

- Panikstörung (F41.0) mit unvorhersehbaren Angstattacken, die nicht an eine bestimmte Situation gekoppelt sind
- Agoraphobie (F 40.0) mit Angstattacken, die an bestimmte Situationen gebunden sind, wie z.B. das Betreten von Plätzen
- generalisierte Angststörung (F 41.1) mit einem dauerhaften Zustand der Angst
- soziale Phobie (F40.01) mit Angst im Mittelpunkt zu stehen und sozial negativ bewertet zu werden
- spezifische isolierte Phobie (F 40.2) mit Angst vor einzelnen umschriebenen Situationen, z.B. Höhenangst

Bei einer Angststörung treten gemäß ICD-10, neben dem Gefühl der Angst, vegetative und psychische Symptome der Angst auf, wie z. B. Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Atemnot, Brustschmerz, Übelkeit, Schwindel, Angst vor Kontrollverlust. Weitere allgemeine Symptome sind Hitzewallungen oder Kälteschauer und Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle. Häufige Komorbiditäten der Angststörungen sind weitere Angststörungen, somatoforme Störungen und Depressionen. Die Angststörung ist eine Komorbidität von PTBS und Depressionen. 15 % der Bevölkerung leiden an einer Angststörung. Frauen leiden doppelt so häufig wie Männer unter einer Angststörung. (32-36)

Die **somatoforme Störung** (F45) beschreibt eine Gruppe von Erkrankungsbildern in der Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4 nach ICD-10). Zu den somatoformen Störungen gehören u.a. die Somatisierungsstörung (F45.0), die hypochondrische Störung (F45.2) und die somatoforme Schmerzstörung (F45.4). In dieser Arbeit wird der Begriff somatoforme Störung gemäß ICD-10 verwendet. Das gemeinsame Merkmal der somatoformen Störungen ist die Somatisierung, d.h. anhaltende

Körperbeschwerden ohne ausreichende organische Erklärung. Somatisierung kann ebenso bei z.B. einer Depression oder Angststörung auftreten. 4% der deutschen Allgemeinbevölkerung leiden an einer somatoformen Störung. Die Somatisierungsstörung tritt bei Frauen fünfmal so häufig auf, wie bei Männern. Die somatoforme Schmerzstörung tritt bei Frauen doppelt so häufig auf, wie bei Männern. (34-36)

Die **PTBS (posttraumatische Belastungsstörung)** ist nach ICD-10 als F43.1 kodiert und befindet sich in der Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Der Begriff der PTBS wird in dieser Arbeit gemäß ICD-10 verwendet. Notwendige Bedingung für die Diagnose der PTBS ist das Erleben oder die Zeugenschaft eines potenziell traumatisierenden Ereignisses (PTE). (32)

PTE (potenziell traumatisierende Ereignisse) sind

„[...] Situationen außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden. Die Situationen beinhalten eine vitale Bedrohung für den Betroffenen oder andere Menschen, er erfährt selbst eine schwere Verletzung oder eine Bedrohung seiner psychischen Integrität oder wird Zeuge eines solchen Geschehens“. (33)

Nach einem PTE kann nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand eine PTBS mit typischen Komorbiditäten, wie u.a. Depressionen, Angststörungen oder Somatisierungsstörungen auftreten. Männer berichten insgesamt häufiger als Frauen von einem PTE. Bestimmte Typen von PTE, wie z.B. sexuelle Gewalt, werden deutlich häufiger von Frauen als von Männern berichtet. (19, 32, 35)

Die Symptome der PTBS sind ein Wiedererinnern und -erleben des PTE, das Vermeidungsverhalten von Situationen, die dem PTE ähneln, eine erhöhte psychische Reagibilität, vegetative Symptome (u.a. Symptome der Angst) und anhaltend negative Veränderungen der Stimmung (depressive Symptome). Die Symptome treten innerhalb von sechs Monaten nach dem PTE bzw. nach Beendigung des PTE auf. Häufige komorbide psychische Erkrankungen sind u.a. Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen. 2% der deutschen Allgemeinbevölkerung leiden an einer PTBS (36). Frauen leiden doppelt so häufig an einer PTBS wie Männer. (32-35)

2.2 ÜBERBLICK ÜBER DIE HERKUNFTSLÄNDER

Die Befragten in der vorliegenden Untersuchung stammen aus den Ländern Afghanistan, Eritrea, Iran, Somalia und Syrien. Alle Länder sind seit Jahren Krisengebiete mit politischer

Instabilität, politischer Verfolgung, Menschenrechtsverletzungen oder Kriegen bzw. kriegsähnlichen Zuständen. (38, 39)

In **Afghanistan** hielt der bewaffnete Konflikt zwischen der Regierung und aufständischen Gruppen auch in den letzten Jahren weiter an. Es kam zu zahlreichen Menschenrechtsverletzungen, zahlreichen zivilen Opfern und geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Vor allem aus den von aufständischen Gruppen beherrschten Gebieten wurde in den letzten Jahren eine Zunahme von Gewalt gegen Frauen und Mädchen berichtet, wie z.B. Prügelattacken, Tötungen oder Säureanschläge. Im Jahr 2017 kam es laut *Amnesty International* u.a. zu Tötungen und Steinigungen von Frauen, die des Ehebruchs beschuldigt wurden. Ebenfalls 2017 wurden Mädchen durch bewaffnete Gruppen am Schulbesuch gehindert und Mädchenschulen für einige Tage geschlossen. Afghanen und Afghaninnen, die sich für Menschen- und Frauenrechte einsetzten, wurden bedroht, eingeschüchtert und in einem berichteten Fall durch die Polizei bei Demonstrationen erschossen. 2017 wurde von 2 Millionen Binnenvertriebenen in Afghanistan berichtet, die weder Zugang zu ausreichend Lebensmitteln, Trinkwasser und Wohnraum, noch eine ausreichende medizinische Versorgung hatten. (40, 41)

In den letzten Jahren kam es im **Iran** immer wieder zur Verletzung der Rechte auf Meinungs-, Vereinigungs- und Versammlungsfreiheit. Es wurde außerdem von Folter und Misshandlungen berichtet, z.B. im Rahmen von Verhören. Gerichtsverfahren waren laut *Amnesty International* in den letzten Jahren oft unfair. Richter verfügten nicht über eine ausreichende juristische Qualifikation, Gerichtsverfahren und einzelne Verfahren wurden innerhalb weniger Minuten entschieden. Die von Behörden festgelegten Strafen waren unmenschlich und erniedrigend, wie z.B. Auspeitschungen, Blendungen und Amputationen bei Verurteilung wegen Raubes. Frauen und Mädchen wurden regelmäßig Opfer von systematischer Diskriminierung. Geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen und Mädchen war nicht strafbar. Frauen wurden festgenommen, wenn ihr äußeres Erscheinungsbild nicht angemessen erschien, wie beispielsweise durch das Tragen enganliegender Kleidung oder sichtbarem Kopfhair. Verhütungsmittel und Informationen zur Verhütung wurden 2017 weiter eingeschränkt und waren zunehmend schwieriger zu bekommen. Die politische Teilhabe von Frauen war eingeschränkt und Frauen wurde die Kandidatur an der Präsidentschaftswahl 2017 verweigert. (42, 43)

Der bewaffnete Konflikt in **Syrien** setzte sich auch die letzten Jahre fort. Es kam immer wieder zu schweren Menschenrechtsverletzungen, an denen sowohl Regierungskräfte und ihre Verbündeten als auch bewaffnete oppositionelle Gruppen beteiligt waren (u.a. Islamischer

Staat). Es kam von Seiten der Regierung und ihrer Verbündeten zu wahllosen und gezielten Angriffen auf Krankenhäuser, Märkte und zivile Gebäude. Belagerungen durch Regierungskräfte schnitten im Jahr 2017 Hunderttausende Menschen von der Versorgung mit Lebensmitteln und medizinischer Versorgung ab. Von bewaffneten oppositionellen Gruppen sind neben wahllosen und gezielten Angriffen auf die Zivilbevölkerung, rechtswidrige Tötungen und Belagerungen mit Verweigerung humanitärer Hilfe bekannt. Bei Luftangriffen der internationalen Koalition unter Führung der USA wurde das humanitäre Völkerrecht verletzt und zahlreiche Zivilpersonen getötet. Zusätzlich waren 2017 Tausende Menschen ohne Anklage und Gerichtsverfahren inhaftiert. Inhaftierte wurden systematisch gefoltert und misshandelt. (44, 45)

In **Eritrea** waren in den letzten Jahren die Meinungs- und Religionsfreiheit stark eingeschränkt. Der Militärdienst war weiterhin verpflichtend für alle Eritreer und Eritreerinnen ab 18 Jahren und unbefristet, sodass der Militärdienst Jahre bis Jahrzehnte andauern konnte. Frauen sind im Militärdienst besonderen Gefahren, wie z.B. sexueller Versklavung und Folter ausgesetzt. Eritreern und Eritreerinnen zwischen fünf Jahren und 50 Jahren war bei drohender Inhaftierung weiterhin verboten das Land zu verlassen. Die Flucht in Nachbarländer war gefährlich, da an der Grenze zu Äthiopien ein Schießbefehl auf illegalen Grenzübertritt bestand und bei jedem Ausreiseversuch in andere Nachbarländer Haft ohne Anklageerhebung drohte. Es kam immer wieder zu willkürlichen Festnahmen und jahrelangen Inhaftierungen ohne Gerichtsverfahren von Regierungsgegnern und Journalisten. (46, 47)

In **Somalia** dauerte der bewaffnete Konflikt zwischen Regierungstruppen und der Gruppe Al-Shabab an. Es kam zu schweren Menschenrechtsverletzungen, völkerrechtlichen Verbrechen, Zwangsrekrutierung von Kindern (es wurde von Tausenden Kindersoldaten ausgegangen), Folter, willkürlichen Tötungen, sexueller Gewalt bis zu Vergewaltigungen. Bewaffnete Gruppen, u.a. Al-Shabab, verübten gezielte Anschläge auf Zivilisten. Es gab 2016 über 1 Millionen Binnenvertriebene und über 1 Millionen Geflüchtete in den Nachbarländern von Somalia. Vor allem Binnenvertriebenen leiden an einer unsicheren Ernährungssituation. Millionen Menschen waren 2016 auf Lebensmittelhilfe angewiesen. Das Recht auf freie Meinungsäußerung war stark eingeschränkt, Journalisten wurden getötet oder inhaftiert. In den von Al-Shabab kontrollierten Gebieten war die Nutzung des Internets verboten. (48, 49)

Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick in Zahlen über in die vorliegende Untersuchung eingeschlossene Herkunftsländer im Vergleich zu Deutschland. In der Tabelle sind Zahlen zusammengefasst, die die Lebensbedingungen der in dieser Arbeit befragten geflüchteten Frauen vor ihrer Flucht veranschaulichen. Die aufgelisteten Kennzahlen zu u.a.

der medizinischen Versorgung, der wirtschaftlichen Situation und der Bildung zeigen teilweise große Unterschiede zu Deutschland. Beispielsweise zeigen die Zahlen, dass es in Afghanistan, Eritrea und Somalia schwer bis unmöglich sein muss bei Krankheit einen Arzt bzw. Ärztin zu finden und eine adäquate medizinische Behandlung zu erhalten, was sich auch in einer geringeren Lebenserwartung widerspiegelt. Einen groben Vergleich der Länder untereinander ermöglicht der Rangplatz der Länder im Human Development Index (HDI).

„Der Human Development Index (HDI) ist eine Messzahl für den Entwicklungsstand eines Landes und setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Lebenserwartung, Ausbildung und Kaufkraft. Dabei bleiben jedoch die sozialen Disparitäten und Einkommensunterschiede, die es in den Ländern gibt, weitgehend unberücksichtigt, auch unterscheidet der HDI nicht zwischen Städten und ländlichen Gebieten.“ (50)

Tabelle 1: Herkunftsländer im Vergleich zu Deutschland, Daten und Fakten (51, 52).

	Afghanistan	Eritrea	Iran	Somalia	Syrien	Deutschland
BIP je Einwohner/-in in US\$	570	980	5.290	k.A.	2.807	44.769
Lebenserwartung bei Geburt (Frauen) in Jahren	65,0	67,3	77,1	58,0	77,1	83,1
Ärztedichte je 1000 Einwohner	0,3	0,1	1,5	0,0	1,5	4,2
Krankenhausbetten je 1000 Einwohner/-innen	0,5	0,7	1,5	0,9	1,5	8,3
Bevölkerung unter 15 Jahren in %	43,9	42,8	23,7	46,5	37,4	13,1
Öffentliche Gesamtausgaben für Bildung in % des BIP	3,2	2,1	3,4	k.A.	5,1	4,9
Alphabetisierungsquote unter Frauen	18	55	80	k.A.	79	100
Studierende je 100.000 Einwohner/-innen	802	246	5417	k.A.	3784	3645
Erwerbstätigenquote in %	49,5	76,2	38,4	43,4	34,8	58,2
Human Development Index als Rang von 188 Staaten	169	179	69	k.A.	149	4

k.A. = keine Angabe; Lbg. = Lebendgeborene;

2.3 AKTUELLE SITUATION VON GEFLÜCHTETEN IN DEUTSCHLAND

Im folgenden Kapitel wird die Situation Geflüchteter in Deutschland beschrieben. Zunächst folgt ein kurzer Überblick über das Asylverfahren, dann über die medizinische Versorgung und zum Schluss über die allgemeine Versorgungs- und Unterbringungssituation von Geflüchteten in Deutschland. Zu jedem Unterkapitel werden erst die gesetzlichen Regelungen beschrieben und anschließend Praxisberichte von Nichtregierungsorganisationen wiedergegeben.

2.3.1 Asylverfahren

Das Recht auf humanitären Schutz ist auf unterschiedlichen Ebenen geregelt, u.a. im deutschen Grundgesetz (29), im Asylgesetz (AsylG) (28), durch die Genfer Flüchtlingskonvention und das New Yorker Protokoll von 1967 (26) und in der Dublin-Vereinbarung(53).

Alle Asylsuchenden, die in Deutschland ankommen, müssen sich bei einer staatlichen Stelle melden und registrieren. Die Registrierung als Asylsuchender kann an der Grenze, an einem Flughafen oder im Inland geschehen. Die möglichen Stellen für eine Registrierung sind Sicherheitsbehörden (z.B. die Polizei), eine Ausländerbehörde, eine Aufnahmeeinrichtung oder ein Ankunftszentrum. Bei der Registrierung werden Fingerabdrücke, Lichtbild und persönliche Daten gespeichert und ein Ankunftsnachweis ausgestellt, der als ein offizielles Dokument gilt. Anschließend erfolgt ggf. die Erstverteilung der Asylsuchenden (EASY). (25, 54)

Die Erstverteilung erfolgt nach einer jährlich neu ermittelten Verteilungsquote für jedes Bundesland, dem Königsteiner Schlüssel, der berechnet wird aus den Steuereinnahmen (2/3) und der Bevölkerungszahl (1/3) eines Bundeslandes. Damit werden die Asylsuchenden den einzelnen Bundesländern zugewiesen. Der Königsteiner Schlüssel für Rheinland-Pfalz (RLP) im Jahr 2016 lag bei 4,83710%, d.h. RLP nahm 4,83710% der Asylsuchenden in Deutschland auf. Im Jahr 2016 wurden 17.682 Asylanträge in RLP gestellt. Davon 34,3% von weiblichen Asylantragstellenden. Die fünf häufigsten Herkunftsländer von Asylantragstellenden in RLP im Jahr 2016 waren Afghanistan, Eritrea, Iran, Somalia und Syrien. (1, 54, 55)

Nach erfolgter Registrierung werden die Asylsuchenden in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen. In RLP existierten zum Befragungszeitpunkt fünf Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende (AfA) bzw. Zweigstellen in: Trier⁷, Hermeskeil, Kusel, Ingelheim und Speyer. (25, 56)

Der nächste Schritt ist die persönliche Antragstellung für Asyl bei einer Stelle des BAMF. Dann wird geprüft ob ein anderer europäischer Staat für den Asylantrag zuständig ist. Dies geschieht

⁷ Bis Sommer 2015 war die AfA Trier die einzige AfA in RLP und für 700 Personen ausgelegt.

über das System European Dactyloscopy (EURODAC), in dem die Fingerabdrücke aller Asylsuchenden registriert sind, die sich in einem der Dublin-Staaten (EU-Staaten, Island, Lichtenstein, Norwegen, Schweiz) registriert haben oder in einem der Dublin-Staaten zu irgendeinem Zeitpunkt ein Visum erhalten haben. Hat der oder die Asylantragstellende sich bereits in einem anderen Dublin-Staat registriert oder zu irgendeinem Zeitpunkt ein Visum erhalten (z.B. ein kurzzeitiges Visum vor mehreren Jahren), ist dieser Staat für das Asylverfahren zuständig und der Antragsteller oder die Antragstellende kann an diesen Staat übergeben werden (Dublin-Verfahren). (25, 57)

Ist Deutschland für das Asylverfahren verantwortlich, wird der Asylantrag durch das BAMF geprüft. Der Antragsteller oder die Antragstellerin wird hierbei zu einer persönlichen Anhörung eingeladen, bei der ein Dolmetscher oder Dolmetscherin zur Verfügung gestellt wird. Das Ziel der Anhörungen ist es, möglichst umfassende Informationen zu den individuellen Fluchtgründen zu erfahren. Die zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des BAMF entscheiden anhand des Anhörungsprotokolls und vorgelegter Unterlagen über den Asylantrag. Die möglichen Entscheidungen sind: Asylberechtigung, Flüchtlingsschutz nach Genfer Flüchtlingskonvention, subsidiärer Schutz, Abschiebungsverbot oder Ablehnung des Asylantrags. Gegen die Entscheidung kann geklagt werden. Wird ein Antrag abgelehnt, besteht die Möglichkeit, die behördliche Entscheidung durch das zuständige Verwaltungsgericht überprüfen zu lassen. Nach der Entscheidung über den Asylantrag hat der Antragsteller entweder ein Aufenthaltsrecht oder die Ausreisepflicht. (25, 57)

Laut § 47 des AsylG (28) sollte der Aufenthalt in einer AfA in Deutschland zum Zeitpunkt der Befragung maximal sechs Monate betragen. Mit einer Gesetzesänderung im August 2019 wurde der maximale Aufenthalt in einer AfA in Deutschland auf 18 Monate verlängert (58). Die Verlängerung der maximalen Aufenthaltsdauer von Asylsuchenden in einer AfA wird von NGOs kritisiert (59). Ausgenommen von der Begrenzung der Aufenthaltsdauer sind Asylsuchende aus sicheren Herkunftsstaaten⁸, welche im AsylG in Anlage II festgelegt sind (28), und in Artikel 16a des GG (29) als Staaten definiert werden. Sichere Herkunftsstaaten sind Staaten in denen weder politische Verfolgung noch erniedrigende Bestrafung oder Behandlung droht (29). Asylsuchende aus sicheren Herkunftsstaaten sind verpflichtet für die gesamte Dauer des Asylverfahrens in der AfA zu bleiben. Alle anderen Asylsuchenden werden nach maximal 18 Monaten (zum Zeitpunkt der Befragung nach maximal 6 Monaten) in einer AfA den Kommunen des jeweiligen Bundeslandes zugeteilt und dort in

⁸ Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Ghana, Kosovo, Mazedonien, ehemalige jugoslawische Republik, Montenegro, Senegal, Serbien (Stand 2016 bis 2019).

Gemeinschaftsunterkünften oder dezentral in Wohnungen untergebracht. Die Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens soll stattfinden, solange sich der oder die Asylsuchende noch in einer AfA befindet, wo jeweils eine Zweigstelle des BAMF ist. Tatsächlich geschah das 2015 laut ECRE sehr selten. Denn das BAMF kam laut ECRE im Jahr 2015 wegen eines rasanten Anstiegs der Asylsuchen stark in Verzug mit der Aufnahme der Asylanträge. (60)

So wurden 2016 insgesamt 722.370 Asylanträge aufgenommen, jedoch für den gleichen Zeitraum lediglich 321.371 Zugänge von Asylsuchenden in Deutschland registriert (61). Die meisten Asylanträge wurden von Asylsuchenden gestellt, die schon 2015 in Deutschland angekommen und registriert worden waren, aber aufgrund fehlender Kapazitäten auf die Antragstellung warten mussten. Die durchschnittliche Wartezeit von der Asylantragstellung bis zur Anhörung betrug laut einer Pressemitteilung der Bundesregierung (62) im Jahr 2015 durchschnittlich 3,9 Monate. Von der Anhörung bis zu einer Entscheidung über den Asylantrag dauerte es durchschnittlich 4,2 Monate.

2.3.2 Medizinische Versorgung

Direkt zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland erhalten Asylsuchende eine medizinische Erstuntersuchung zu der jeder Asylsuchende laut Asylgesetz §62 (28) verpflichtet ist. Sie ist nicht auf die individualmedizinische Versorgung ausgerichtet, sondern dient laut Robert-Koch-Institut (63) der frühestmöglichen Erkennung und Behandlung übertragbarer Krankheiten, damit die Ausbreitung, z.B. in Gemeinschaftsunterkünften, verhindert werden kann.

Die medizinische Versorgung ist für die 15 Monate ab Registrierung als Asylsuchender durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt (64). Anschließend gelten die Leistungen des Sozialgesetzbuches V, was dem Leistungsspektrum der GKV entspricht (65). Der Umfang einer individualmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden ist festgelegt durch §§4 und 6 des AsylbLG (64). In §4 Absatz 1 des AsylbLG ist festgelegt, dass eine ärztliche Behandlung bei akuter Erkrankung und Schmerzzuständen zu gewähren ist. Außerdem sind laut §4 Absatz 2 des AsylbLG (64) „werdenden Müttern und Wöchnerinnen [...] ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren“.

Bis Juli 2017, d.h. zum Befragungszeitpunkt, benötigten Geflüchtete, wie u.a. Asylsuchende, in Mainz für eine ärztliche Konsultation einen Krankenschein, der quartalsweise vom Sozialamt neu ausgestellt wurde und die Kostenübernahme für einen Arztbesuch sicherte. Am 29. März 2017 beschloss die Stadt Mainz die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete in Mainz einzuführen. Sie wurde am 1.07.2017 eingeführt und gleicht einer Versichertenkarte gesetzlich krankenversicherter Personen. (66)

Der Kostenträger für eine medizinische oder psychologische Behandlung bleibt aber nach wie vor das Land RLP und der Leistungsumfang bleibt gemäß §4 des AsylbLG eingeschränkt (64). Neben der Stadt Mainz haben in RLP auch die Stadt Trier (zum 01.01.2017) und der Landkreis Kusel (zum 01.07.2017) eine elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete eingeführt (67).

Mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete in Mainz wurden nach Einschätzung der Stadtverwaltung Mainz bürokratische Hürden abgebaut, wie z.B. die quartalsweise Ausstellung von Krankenscheinen und der damit verbundene Gang zum Amt. Die medizinische und psychologische Versorgung von Asylsuchenden in RLP bleibt jedoch durch AsylbLG (64) §§4 und 6 eingeschränkt. (68)

Weiterhin *können* gemäß §6 des AsylbLG (64) Absatz 1 sonstige Leistungen gewährt werden, „wenn sie [...] zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich“ sind. Zu diesen zählt beispielsweise die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln. Diese *Kann*-Formulierung hat zur Folge, dass das Gewähren dieser Leistungen im Ermessensspielraum der Behörden liegt und besonders die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln von fachfremdem Personal entschieden wird (69). In §6 Absatz 2 (64) werden ferner Personen mit besonderen Bedürfnissen erwähnt, denen eine „erforderliche medizinische und sonstige Hilfe gewährt“ wird. Zu diesen Personen zählen beispielsweise „unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“ (64).

Laut Artikel 22 der EU-Richtlinie 2013/33 (70) zur Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, gelten u.a. Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Schwangere und Menschen mit psychischen Störungen ebenfalls als Personen mit besonderen Bedürfnissen bzw. als schutzbedürftige Personen. Diese Personen haben laut dieser Richtlinie einen Anspruch auf die erforderliche medizinische Hilfe, auch wenn dies über den Leistungsumfang des AsylbLG hinaus geht. Die Frist, um die EU-Richtlinie in nationales Recht umzusetzen, ist im Juli 2015 abgelaufen. Damit gilt die EU-Richtlinie 2013/33 in Deutschland wie nationales Recht und ist richtlinienkonform umzusetzen. Das bedeutet Schutzbedürftige, wie Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Schwangere oder Menschen mit psychischen Störungen oder Menschen die Gewalt erlitten haben, haben Anspruch auf die für sie erforderliche medizinische und psychologische Betreuung. Gleichzeitig haben die Behörden seit Juli 2015, dem Ablauf der Umsetzungsfrist, keinen Ermessensspielraum zur Gewährung der medizinischen und psychologischen Betreuung mehr. (70, 71)

Ein Bericht der EU zur Aufnahme von weiblichen Geflüchteten in Deutschland (57) und deren medizinischer Versorgung in Deutschland stellt dar, dass der Zugang zu medizinischer und psychologischer Versorgung für Geflüchtete sehr schwierig ist. Ein großes Problem sind die fehlenden Kapazitäten an ärztlichem und Pflegepersonal, sowie an Dolmetschern und psychologischer Unterstützung. Das medizinische Personal muss aufgrund fehlender Kostendeckung meistens auf freiwilliger Basis arbeiten und ist daher nicht immer verfügbar. Zusätzlich gibt es v.a. zu wenige Psychologen und für die Therapie notwendige Dolmetscher, um den Bedarf zu decken.

Laut Versorgungsbericht der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) (69) heißt es, dass die PSZ oft die einzigen Einrichtungen sind, an die sich Geflüchtete wenden können, wenn sie psychosoziale Unterstützung benötigen. In RLP existiert ein PSZ in Mayen, eines in Altenkirchen, eines in Ludwigshafen, eines in Mainz, eines in Trier und seit 2017 eines in Kaiserslautern (72-74). Die PSZ bieten Beratung und Behandlung für psychologische und psychosoziale Probleme an (69). Laut der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (75) und der Arbeitsgemeinschaft der PSZ (69) konnten im Jahr 2014 schätzungsweise nur 4% der psychisch erkrankten Geflüchteten in Deutschland durch die PSZ versorgt werden.

Insgesamt scheint der Zugang zu medizinischer und psychologischer Versorgung für Asylsuchende und Asylantragstellende in Deutschland schwierig zu sein. Der Arztbesuch ist mit bürokratischen Hürden verbunden, wie z.B. dem quartalsweise ausgestellten Krankenschein, der beim Arztbesuch mitunter zu Stigmatisierung führt. Mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (erst nach dem Befragungszeitpunkt) ist der Arztbesuch sicherlich einfacher geworden. Dennoch sind die medizinischen und psychologischen Leistungen nach §6 des AsylbLG eingeschränkt. Laut *Bundesweiter Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF)* wird §6 „üblicherweise (...) sehr eng ausgelegt“ (69). Gerade die psychosoziale Versorgung bleibt weit hinter dem eigentlichen Bedarf zurück. Durch Inkrafttreten der EU-Richtlinie im Jahr 2015 müsste sich die medizinische und psychologische Versorgung zumindest für Schutzbedürftige verbessert haben. Persönlich berichtete Erfahrungen von einer Mitarbeiterin einer Beratungsstelle für Geflüchtete, legen nahe, dass in Einzelfällen nicht nach gültiger EU-Richtlinie 2013/33 entschieden wurde, sondern nach Rechtslage vor Inkrafttreten der EU-Richtlinie. Das heißt die Kostenübernahme für eine erforderliche medizinische oder psychologische Behandlung wurde versagt, obwohl sie laut EU-Richtlinie hätte bewilligt werden müssen.

2.3.3 Versorgungs- und Unterbringungssituation

Die Unterbringung von Asylsuchenden während des Asylverfahrens ist u.a. in der EU-Richtlinie 2013/33 in Artikel 22 festgelegt. Dort heißt es, dass eine Unterbringung bereitgestellt und ein angemessener Lebensstandard gewährleistet sein muss. Die Mitgliedsstaaten der EU sind bei der Unterbringung dazu verpflichtet „geschlechts- und altersspezifische Aspekte sowie die Situation von schutzbedürftigen Personen“ zu berücksichtigen. „Übergriffe und geschlechtsbezogene Gewalt“ muss durch geeignete Maßnahmen verhindert werden. (70)

Die Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland ist im AsylbLG festgelegt. Haben die Asylsuchenden eigenes Vermögen, sind sie verpflichtet dieses für ihren Lebensunterhalt zu verwenden. Dann erst greift das AsylbLG. Die bereitgestellten Leistungen setzen sich aus finanziellen Leistungen und Sachleistungen zusammen. Sind die Asylsuchenden in einer AfA ist das jeweilige Bundesland für alle Leistungen verantwortlich. Sobald die Asylsuchenden einer Kommune zugeteilt sind, ist die Kommune für alle Leistungen verantwortlich. Der Umzug eines oder einer Asylsuchenden ist nur mit behördlicher Genehmigung möglich. Die monatliche finanzielle Hilfe für einen Erwachsenen in einer Unterkunft für Asylsuchende (z.B. Gemeinschaftsunterkunft) beträgt 135€, für einen Erwachsenen außerhalb einer Unterkunft 351€ (Stand: 31.12.2016). Bei Asylsuchenden in einer Unterkunft müssen zusätzlich zu der finanziellen Hilfe ausreichende Mengen an Essen, Kleidung, Heizung und Hygieneprodukten bereitgestellt werden. Bei Asylsuchenden außerhalb einer Unterkunft müssen zusätzlich die Kosten für eine Wohnung, Heizung und Haushaltsinventar bereitgestellt werden. Im März 2015 wurden die Leistungen auf 90% der üblichen Sozialleistungen in Deutschland angehoben. Es ist den Behörden möglich die Sachleistungen bei u.a. fehlender Kooperation zu kürzen. (60)

Laut einer Untersuchung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge wohnten im Jahr 2016 48% der Geflüchteten in Deutschland in Gemeinschaftsunterkünften. In RLP wohnten im Jahr 2016 lediglich 22% der Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. In RLP existierten zum Zeitpunkt der Befragung keine einheitlichen Standards für die Ausstattung der Unterkünfte oder einheitliche Regelungen für die Dauer des Aufenthalts in den Unterkünften. Dies lag jeweils im Ermessen der Kommune. (76)

Es gab zum Befragungszeitpunkt und gibt nach wie vor keine deutschlandweit einheitlichen Standards für die Unterbringung in den Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende (AfA), Gemeinschafts- und dezentralen Unterkünften für Geflüchtete in Deutschland. Jede Kommune regelt die Unterbringung unterschiedlich. So kann es passieren, dass die AfA und Gemeinschaftsunterkünfte oft in abgelegenen und isolierten Gegenden liegen. Wohnungen oder Appartement wurden oft als heruntergekommen und abgelegen beschrieben. In den

Unterkünften, in denen die Bewohner mit Essen versorgt werden, existieren häufig keine Kochgelegenheiten. (60)

Aus Gemeinschaftsunterkünften, in denen fertig abgepacktes Essen gereicht wird, gibt es Berichte über eine schlechte Essensqualität. Aus einigen AfA und Gemeinschaftsunterkünften wurde berichtet, dass Kinder keine geeigneten Räume zum Spielen haben. In einigen Unterkünften muss man sich beim Verlassen des Geländes an- und abmelden und Gäste sind nur zu den Besuchszeiten und nicht über Nacht erlaubt. (77, 78)

Zum Zeitpunkt der Befragung der geflüchteten Frauen für die vorliegende Arbeit (2016/2017) war die Aufenthaltsdauer in einer AfA oder Gemeinschaftsunterkunft auf maximal 6 Monate begrenzt. Asylsuchende aus einem sicheren Herkunftsland waren jedoch verpflichtet für die gesamte Dauer des Asylverfahrens in der für sie zuständigen AfA zu bleiben, was auch einen möglichen Einspruch gegen eine Entscheidung des BAMF einschließt. Aktuell (2020) ist die Aufenthaltsdauer in einer AfA auf 18 Monate begrenzt. Für einige Gruppen unter den Asylsuchenden besteht die Pflicht bis zu ihrer Ausreise bzw. dauerhaft in einer AfA zu bleiben, dazu zählen Asylantragsteller mit *einfach unbegründeter Ablehnung* oder Verletzung der Mitwirkungspflicht und Geduldete, die verdächtigt werden falsche Angaben zu machen. (79)

Daraus kann sich ein Aufenthalt von mehreren Jahren in einer AfA ergeben. Die Aufenthaltsdauer in einer AfA oder Gemeinschaftsunterkunft hängt u.a. von der lokalen Behörde und den Wohnmarktverhältnissen ab. Zudem erschwert die Wohnungsmarktsituation mit hohen Mietpreisen gerade in Städten eine geeignete Wohnung außerhalb der Gemeinschaftsunterkunft zu finden. Das verlängert den Aufenthalt in Gemeinschaftsunterkünften ebenso. (60)

Laut *Case Study Germany* der EU von 2016 sind viele Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland überfüllt. Als Folge der Überfüllung kann es schwieriger sein Diskriminierung unter den Asylsuchenden zu erkennen und schutzbedürftige Personen zu schützen. Zusätzlich kann die Mischung aus Langeweile und Stress in den Unterkünften zu Gewalt führen. Platzmangel und fehlende Privatsphäre durch die Überfüllung der Unterkünfte können sexuelle Gewalt an weiblichen Bewohnerinnen begünstigen. Sexuelle Gewaltanwendung wurde nicht nur von männlichen Asylsuchenden, sondern auch von Mitarbeitern der Unterkünfte berichtet. Gerade alleinstehende Frauen ohne Familie und Kinder sind besonders gefährdet Opfer von sexueller Gewalt zu werden. Sie sind als eine Minderheit unter den Asylsuchenden besonders benachteiligt und sexueller Gewalt ausgeliefert. (57)

Insgesamt ist die Unterbringung von Geflüchteten in Deutschland nicht einheitlich geregelt und kann sich von Kommune zu Kommune unterscheiden. Die Aufenthaltsdauer in einer AfA oder Gemeinschaftsunterkünften kann mitunter Jahre betragen. Die Unterbringungssituation in den Unterkünften ist mitunter durch Überbelegung, fehlende Privatsphäre, fehlende Rückzugsorte sowie mangelnde Gelegenheit vertraute Speisen in der Küche selbst zuzubereiten gekennzeichnet. Vulnerable Gruppen, wie geflüchtete Frauen und Kinder, sind dadurch erhöhten Risiken, wie z.B. sexueller Gewalt, ausgesetzt und schwer vor diesen zu schützen. Die Unterbringungssituation in AfA und Gemeinschaftsunterkünften stellt wahrscheinlich für viele Geflüchtete eine starke Belastung dar.

2.4 PSYCHOMETRISCHE ERHEBUNGSINSTRUMENTE IN INTERKULTURELLEN STUDIEN

Interkulturelle Studien stellen eine besondere Herausforderung hinsichtlich der Notwendigkeit kultursensitiver psychometrischer Erhebungsinstrumente dar (80). Insbesondere wenn, wie in der vorliegenden Untersuchung ein psychometrisches Instrument zur Befragung einer Studienpopulation von geflüchteten Frauen aus fünf verschiedenen Herkunftsländern von zwei Kontinenten verwendet werden soll. Daher soll an dieser Stelle mit Bezug auf Siefen et al. (80) auf die besonderen Erfordernisse interkultureller Studien hingewiesen werden.

Es ist davon auszugehen, dass psychische Vulnerabilität, die Belastung durch psychische Symptome, die Symptome an sich und die Formulierung von psychischen Symptomen von der Herkunftsgesellschaft abhängen und sich zwischen Kulturen unterscheiden (80). Die DSM-IV weist im Gegensatz zum ICD explizit daraufhin, dass eine psychische Diagnose erst nach Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds des Patienten gestellt werden sollte (81). Es ist laut Paniagua (81) wichtig kulturgebundene und kulturabhängige Symptome zu erkennen und zu berücksichtigen. Ein Beispiel für kulturabhängige Symptome von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind Halluzinationen während religiöser Zeremonien, die außerhalb der Türkei als psychotische Symptome fehlinterpretiert werden könnten (82). Einige psychische Symptome werden außerdem kulturabhängig verschiedenen Organsystemen zugeordnet. Im deutschen ist bspw. Liebeskummer mit Herzschmerz assoziiert, in anderen Kulturen mit Leberschmerzen (82).

Bisher beschränkte sich die Adaptation von psychometrischen Erhebungsinstrumenten meist auf die deutsche Übersetzung und kulturelle Anpassung von englischen Versionen für die deutschsprachige Bevölkerung (80). Validierte Adaptationen von psychometrischen Erhebungsinstrumenten fehlen für nicht-westliche Länder bzw. Kulturen (80). Die Adaption

eines psychometrischen Erhebungsinstruments an eine Kultur kann Jahre an Forschungsarbeit benötigen und ist daher im Rahmen einer einzelnen Studie kaum umsetzbar.

Eine weitere Herausforderung in interkulturellen Studien ist die Stichprobengewinnung. Die Art der Rekrutierung hat erhebliche Auswirkungen auf die soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmale der Stichprobe (80). Bspw. könnte eine Befragungsstudie die ausschließlich um Frauen als Teilnehmerinnen wirbt, in einigen Kulturen unseriös wirken und vor einer Teilnahme abschrecken. Sodass Teilnehmerinnen aus bestimmten Ländern unterrepräsentiert sind.

Eine Fehlerquelle in interkulturellen Studien kann die falsche Zuordnung von gefundenen Unterschieden zur ethnokulturellen Herkunft statt zu Gruppenunterschieden in der Stichprobe sein (80), bspw. könnte eine starke Ausprägung psychischer Symptome fälschlicherweise dem Herkunftsland, statt den potenziell traumatisierenden Ereignissen in diesem Land zugeordnet werden.

Zu den methodischen Problemen zählen Bias und Äquivalenz in den Ergebnissen bei fehlender oder nicht ausreichender kultureller Adaptation eines Instruments (80). So könnte eine Konstrukt Bias auftreten, wenn es die psychische Störung in einer anderen Kultur nicht oder nicht in dieser Form gibt. Item Bias könnte durch fehlerhafte Übersetzung oder missverständlichen Formulierungen entstehen. Zum Beispiel kann die korrekte Übersetzung einer Frage, die jedoch in dieser Form in einigen Kulturen als unhöflich gilt, wie die Frage nach einer nicht-ehelichen Beziehung, zu gar keinen oder falschen Antworten führen.

Die Äquivalenz setzt voraus, dass ein Fragebogen in unterschiedlichen Kulturen das gleiche misst. Ohne kulturelle Anpassung eines Instruments ist es möglich, dass je nach kulturellem Hintergrund eine psychische Störung nicht oder nur teilweise erfasst wird (80). Da sich die Symptome psychischer Erkrankungen kulturspezifisch darstellen können (81).

Zur Übersetzung eines Instruments sollten zwei unabhängigen Dolmetschergruppen das entsprechende Instrument so lange übersetzen und rückübersetzen, bis das Original und die rückübersetzte Version sinngemäß gleich sind (80). Diese Methode ist v.a. für selten gesprochene Sprachen schwer durchführbar und insgesamt sehr zeit- und kostenintensiv.

Zusätzlich können kulturell unterschiedliche Antworttendenzen zu einer Verzerrung innerhalb einer interkulturellen Untersuchung führen (80). Möglicherweise werden Symptome psychischer Störungen in einigen Kulturen eher verschwiegen oder eher als somatische

Beschwerden ausgedrückt, als in anderen. Das würde die Symptomlast psychischer Störungen fälschlicherweise senken.

Die Vertrautheit mit der Art der Datenerhebung spielt ebenso eine große Rolle (80). Haben die Befragten noch nie einen längeren Fragebogen ausgefüllt, sind sie möglicherweise überfordert und beantworten Fragen falsch oder gar nicht. Eine weitere Herausforderung könnte die Likert-Skala darstellen, die dann u.U. falsch verstanden oder nicht beantwortet wird. Das könnte die Anzahl auswertbarer Antworten verkleinern und zu falschen Erkenntnissen führen.

2.5 STAND DER FORSCHUNG ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT GEFLÜCHTETER FRAUEN

Um den Stand der Forschung abzubilden werden die wichtigsten Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit von geflüchteten Frauen und den Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit dargestellt. Nicht immer existiert Literatur, die sich explizit auf geflüchtete Frauen bezieht. Daher werden im Folgenden auch Studien dargestellt, die Geflüchtete, Migranten oder die Allgemeinbevölkerung untersuchen.

Zu beachten ist, dass an einigen Stellen in dieser Arbeit von **psychischen Störungen** und an anderen Stellen von **Symptomen einer psychischen Störung** die Rede ist. Der Grund dafür ist, dass in einigen Studien Diagnosen gestellt wurden (z.B. durch klinische Interviews), dann werden die Begriffe *Depression*, *Angststörung* oder *somatoforme Störung* verwendet bzw. von psychischen Störungen berichtet. In anderen Studien wurden lediglich Symptome einer psychischen Störung erhoben (z.B. durch standardisierte Fragebögen, mit denen keine Diagnose gestellt werden kann), dann wird der Ausdruck *Symptome einer Depression* bzw. *Angststörung*, *somatoformen Störung* verwendet bzw. von Symptomen einer psychischen Störung berichtet. Diese Begriffe werden der Erhebungsmethode in der jeweiligen Studie entsprechend verwendet.

Die meisten Übersichtsarbeiten und Studien (siehe Tabelle 2 und 3) untersuchen neben der Depression, Angststörung und somatoformen Störung auch die PTBS, als eine sehr häufige Störung unter Geflüchteten (83) und als Komorbidität der Depression, Angststörung und somatoformen Störung (32). Die vorliegende Arbeit beschränkt sich jedoch auf die Untersuchung der Prävalenz von Symptomen psychischer Störungen zu denen bisher wenige und heterogene Erkenntnisse vorliegen (Depression, Angststörung und somatoformen Störung) (83). Der Vollständigkeit halber sind die Studienergebnisse zur PTBS in den untenstehenden Tabellen (Tabelle 2 und 3) jedoch aufgeführt.

Alle in diesem Kapitel aufgeführten Übersichtsarbeiten und Studien zur Gesundheit von Geflüchteten finden sich aufgelistet mit den wichtigsten Merkmalen und alphabetisch geordnet nach Erstautor in den folgenden Tabellen, aufgeteilt nach Übersichtsarbeiten (siehe Tabelle 2) und Studien (siehe Tabelle 3). Aus diesem Grund wird auf eine genaue Beschreibung der jeweiligen Übersichtsarbeit bzw. Studie im Fließtext verzichtet.

In den untenstehenden Tabellen (siehe Tabelle 2 und 3) wird deutlich wie heterogen die Forschungsergebnisse zur Gesundheit von geflüchteten Frauen bzw. Geflüchteten sind (siehe Tabelle 2 und 3). Die Studienpopulationen unterscheiden sich stark in ihrer Zusammensetzung durch z.B. Herkunft und Aufenthaltsdauer. Die Einschlusskriterien unterscheiden sich, so werden u.a. Asylsuchende, in anderen Untersuchungen Menschen, die Angebote für Asylsuchende in Anspruch nehmen oder Menschen, die einen ausländischen Namen haben eingeschlossen. Die Rekrutierungsmethoden differieren von schriftlicher Information mit Flyern bis hin zu mehrmaligen Hausbesuchen, um Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen zu gewinnen. Die psychische Gesundheit wird anhand standardisierter klinischer Interviews oder anhand psychometrischer Erhebungsinstrumente erhoben. Ebenso variieren die Ergebnisse zur Prävalenz psychischer Störungen bzw. Symptome psychischer Störungen unter geflüchteten Frauen bzw. Geflüchteten sehr stark, wie in den untenstehenden Tabellen erkennbar ist. Die einzelnen Studienergebnisse lassen sich daher nur mit Einschränkungen vergleichen. Das erschwert es einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung in diesem Gebiet zu bekommen.

Tabelle 2: Übersichtsarbeiten zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten und geflüchteten Frauen.

Erstautor (Jahr)	Verweisnummer	Land*	Inhalt	Stichproben- größe	Einschlusskriterien	Ergebnisse
Bozorgmehr (2016)		DEU	systematische Übersichtsarbeit über Forschung zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden	52 Artikel	Studie empirisch, Asylsuchende oder Flüchtlinge in Deutschland als differenzierbare Studienpopulationen angegeben, ein Gesundheits- oder Versorgungsparameter als Zielgröße, auf Deutsch oder Englisch	B. sieht "internationale Erkenntnis bestätigt, dass Lebens- und Unterbringungssituation als psychisch belastend" erlebt wird. - vorhandene Studien ohne externe Validität, oft nur für eine Region aussagekräftig. - Studien sehr heterogen und nicht vergleichbar.
Fazel et al. (2005)		AUS, CAN, ITA, NZL, NOR, GBR, USA	Metaanalyse interviewbasierter Umfragestudien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten	6734 Untersuchte (49,0% weiblich)	Publikationen von 1966-2002, N ≥ 200, Ausschluss bei Diagnose aufgrund Selbstbeurteilungsskala oder Untersuchungen mit Flüchtlingen, die an eine Klinik verwiesen wurden	5% haben eine schwere Depression, 4% haben eine generalisierte Angststörung, 9% leiden an einer psychischen Erkrankung
Hollifield et al. (2002)		weltweit	kritische Übersichtsarbeit zu den Erfassungsmethoden von Trauma und Gesundheitszustand bei Flüchtlingen	183 Studien	Ausschluss von: Reviews, theoretischen/ deskriptiven Studien, Studien zu Infektionskrankheiten, Studien nicht primär zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten	183 Artikel mit 125 verschiedenen Messinstrumenten, 12 Messinstrumente wurden entwickelt und getestet in Flüchtlingspopulationen und in 22% der Artikel benutzt, 8 Instrumente wurden in Nicht-Flüchtlingspopulationen entwickelt, anschließend dafür getestet (HSCL-25, SCL) und in 19% der Artikel benutzt. Um Trauma und Gesundheit unter Flüchtlingen genau zu messen und um eine Entwicklung von Messinstrumenten zu ermöglichen, fehlen theoretische Definitionen für z.B. Flüchtling.

Literaturdiskussion

Kien et al. (2018)	EU	Systematische Übersichtsarbeit zur Prävalenz von Symptomen psychischer Störungen bei jungen Geflüchteten in europäischen Staaten	47 Studien	Publikationen 1990-2017, Geflüchtete bis zum 21. Lebensjahr, Ausschluss: Studien, die Selbstbeurteilungsskalen ohne berichtete psychometrische Eigenschaften verwendeten, Rekrutierung über psychiatrische Klinik	Symptome einer PTBS: 19,0-52,7%, Symptome Depression: 10,3-32,8%, Symptome Angststörung: 8,7-31,6% Sehr heterogene Evidenzlage
Lindert et al. (2008)	DEU	nicht-systematische Übersichtsarbeit über die Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund	Keine Angabe	Keine Angabe	Migranten haben im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung keine erhöhte psychosoziale Morbidität; Migrantengruppen mit besonderen Belastungen, wie z.B. Frauen, haben u.U. höhere psychosoziale Morbidität; keine repräsentativen Daten, keine Längsschnittstudien zur psychischen Gesundheit von Migranten in Deutschland vorhanden und benötigt
Lindert et al. (2009)	weltweit	systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse zu Depression und Angst bei Arbeitsmigranten und Flüchtlingen	24 051 Untersuchte, 35 Studien	auf Englisch, zwischen 1990 und 2007 publiziert, verfügbar auf Pubmed, Datenerhebung durch strukturiertes Interview, Ausschluss: keine echten Forschungsberichte, Editorials, Fallstudien, Übersichtsarbeiten	Prävalenz der Depression bei Geflüchteten 44%, bei Arbeitsmigranten 20%; Prävalenz der Angst bei Geflüchteten 40%, Arbeitsmigranten 21%; Prävalenz der PTBS bei Geflüchteten 36%
Lindert et al. (2017)	weltweit	systematische Übersichtsarbeit zu Angst, Depression und PTBS bei Geflüchteten	15 Studien	Artikel seit 2009, nicht in psychiatrischen Einrichtungen Lebende, maximal 5 Jahre Aufenthalt im Aufnahmeland, Zufallsstichprobe mit > 100 Befragten	berichtete Prävalenzraten der Depression: 11-54% (Durchschnitt: 35%), PTBS: 5-71%, Angststörung: 19-50%
Morina et al. (2018)	weltweit	Systematische Übersichtsarbeit zu psychiatrischen Störungen bei Geflüchteten	38 Studien	Publikationen 1980-2018, Studie durchgeführt in Konfliktgebieten, Geflüchtete in Entwicklungs- und Schwellenländern, Diagnose im klinischen Interview gestellt oder Symptome mit psychometrischen Erhebungsinstrumenten erfasst	Symptome PTBS 3–88%, Symptome Depression 5–80%, Symptome Angststörungen 1–81%, nur 12 Artikel berichten über andere psychische Störungen

Literaturdiskussion

Porter et Haslam (2005)	weltweit	Metaanalyse zu fluchtspezifischen Faktoren, die mit der psychischen Gesundheit von Geflüchteten assoziiert sind	56 Artikel (67 294 Untersuchte)	auf Englisch, Untersuchung einer Gruppe von Geflüchteten und mindestens einer nicht-geflüchteten Kontrollgruppe, berichtet min. 1 Einschätzung zum Zusammenhang zwischen Zwangsmigration und psychischer Gesundheit	Weibliche Geflüchtete haben schlechtere psychische Gesundheit; jüngere Geflüchtete haben eine größere Resilienz; hoher Bildungsgrad und ein hoher sozioökonomischer Status vor der Flucht sind mit einer schlechteren psychischen Gesundheit assoziiert; Geflüchtete aus Europa wiesen die schlechteste psychische Gesundheit auf; 3 wichtigste Faktoren: materielle Möglichkeiten, Kulturelles Kapital vor der Flucht, Distanz zum Fluchtgebiet; Geflüchtete mit größerem zeitlichen Abstand zur Flucht, zeigten eine bessere psychische Gesundheit;
Rousseau et Frounfelker (2019)	Länder mit hohem Einkommensniveau	Nicht-systematische Übersichtsarbeit zu psychischen Störungen bei Geflüchteten, Migranten, Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus	Keine Angabe	Keine Angabe	Untergruppen in der Gruppe von Migranten haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten oder Persistieren psychischer Störungen; Risikofaktoren sind im Herkunftsland, auf der Flucht und im Aufnahmeland zu finden; protektive Faktoren sind Familie, Freunde, Integration, Zugang zu Bildung und Arbeit; Migranten nutzen psychosoziale Versorgung weniger, als benötigt; psychosoziale Versorgung braucht: einfacher Zugang, kulturelle Anpassung von Angeboten, Beachtung sozialer Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit.

* Ländercodes nach ISO-3166

Tabelle 3: Studien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten und geflüchteten Frauen.

Erstautor (Jahr)	Verweisnr.	Land*	Herkunft	Stichprobe (Frauenanteil)	Untersuchungseinheit	Rekrutierungsmethode	Datenerhebung	Erhebungsinstrumente**	psychische Erkrankung	Depression	Angststörung	Somatoforme Störung	PTBS
Beutel et al. (2016)		DEU	v.a. TUR, POL	1582 (50,9%)	Migranten der 1. Generation	Teilnehmende an der Gutenberg Health Study mit Migrationshintergrund, Migranten der 1. Generation	schriftliche Befragung auf Deutsch	PHQ-8,-9, GAD-7	-	(Symptome einer Depression: 10,1%)	(Symptome einer generalisierten Angststörung: 9,5%)	-	-
Bogic et al. (2012)		DEU, ITA, GBR	YUCS	854 (51,3%)	Geflüchtete	über staatliche Register und Schneeballsystem	multizentrisch, mündliche Befragung in Muttersprache	MINI	54,9%	(affektive Störung 43,4%)	(Panikstörung 10,0%, generalisierte Angststörung 8,7%)	1,2%	33,1%
Chaudhry et al. (2011)		GBR	PAK	487 (100%)	pakistanische Frauen	Patientinnen von 4 Hausärzten in Central-Manchester mit pakistanisch-muslimischen Namen	schriftliche Befragung in Englisch & Urdu, anschließend klinisches Interview	SRQ, SCAN	-	31,1%	-	-	-
Dalgard et Thapa (2017)		NOR	westliche und nicht-westliche Länder	2507 (Frauenanteil unbekannt)	Menschen mit Migrationshintergrund, wohnhaft in Oslo	Befragung im Rahmen der Oslo Health Study von 2000 bis 2001	schriftliche Befragung in der Muttersprache	HSCL-10 und eigener sozialer Index	(Erkenntnisse: Soziale Integration ist bei männlichen Migranten positiv mit psychischer Gesundheit assoziiert, bei weiblichen Migrantinnen jedoch nicht; Grund könnte sein, dass die soziale Rolle einer westlichen Frau eine große Herausforderung für Frauen aus anderen Kulturen darstellt.)				
De Jong et al. (2003)		DZA, ETH, KHM, PSE	DZA, ETH, KHM, PSE	3048 (Frauen unterrepräsentiert)	post-conflict-communities (Geflüchtete, Migranten, Einheimische)	Zufallsstichprobe vor Ort durch lokale Partner	mündliche Befragung in der Muttersprache	CIDI	DZA: 60,5%, ETH: 23,6%, KHM: 53,4%, PSE: 29,1%	DZA: 22,7%, ETH: 5,2%, KHM: 11,5%, PSE: 9,4%	DZA: 37,2%, ETH: 9,6%, KHM: 40%, PSE: 13,5%	DZA: 8,3%, ETH: 2,7%, KHM: 1,6%, PSE: 5,3%	DZA: 37,4%, ETH: 15,8%, KHM: 28,4%, PSE: 17,8%

Literaturdiskussion

Erstautor (Jahr)	Land*	Herkunft	Stichprobe (Frauenanteil)	Untersuchungseinheit	Rekrutierungsmethode	Datenerhebung	Erhebungsinstrumente**	psychische Erkrankung	Depression	Angststörung	Somatoforme Störung	PTBS
Führer et al. (2016)	DEU	verschiedene, nicht näher bezeichnet	214 (11,2%)	Asylsuchende in Halle der Sprachen Arabisch, Farsi/Dari, Französisch, Hindi, Englisch	in Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende, durch direktes Ansprechen an der Zimmertür	schriftliche Befragung auf Arabisch, Farsi/Dari, Französisch, Hindi, Englisch (mündlich bei Bedarf)	HSCL-25, HTQ	-	(Symptome einer Depression: 54,7%)	(Symptome einer Angststörung: 40,2%)	(37,8% berichten von Schmerzen)	(Symptome der PTBS: 18,2%)
Georgiadou et al. (2017)	DEU	Arabisch sprechende Länder	56 (-)	Arabisch sprechende Asylsuchende	über drei Gemeinschaftsunterkünfte in Erlangen	schriftliche Befragung auf Arabisch	ETI, PHQ-9, GAD-7	(PTE gaben 80,4% an)	(Symptome einer moderaten bis schweren Depression 35,7%)	(Symptome einer schweren Angststörung 26,8%)	-	(Symptome einer PTBS 35,7%)
Georgiadou et al. (2018)	DEU	SYR	200 (-)	Syrische Asylberechtigte in Erlangen	Registerbasiert über Job-Center	Schriftliche Befragung auf Arabisch in einem Gruppenraum (max. 15 Personen)	ETI; PHQ-9, GAD-7	(Symptome mind. einer der drei Störungen: 30,5%)	(Symptome einer Depression: 14,5%)	(Symptome einer Angststörung: 13,5%)	-	(Symptome einer PTBS: 11,4%)
Gerritsen et al. (2006)	NLD	AFG, IRN, SOM	410 (42,0%)	Asylsuchende und Flüchtlinge in NLD	über Aufnahmezentren für Asylsuchende, über Melderegister	schriftliche Befragung mit Dolmetscher	HTQ, HSCL-25	-	(Symptome einer Depression/Angststörung: 55,6%)	(Symptome einer Depression/Angststörung: 55,6%)	-	(Symptome einer PTBS: 20,6%)
Guajardo et al. (2017)	AUS	IRQ	550 (51,8%)	Flüchtlinge mit Aufenthalts erlaubnis	über Refugee Health Service, Adult Migrant English Program	schriftliche Befragung, Dolmetscher vor Ort	K10	(Ergebnisse: psychische Belastung ist assoziiert mit der Aufenthaltsdauer, ein längerer Aufenthalt ist mit größerer psychischer Belastung assoziiert. Kurze Aufenthaltsdauer 0,55 Monate: 31,4% stark psychisch belastet. Lange Aufenthaltsdauer 58,5 Monate: 39,7% stark psychisch belastet.)				
Hapke et al. (2010)	DEU	-	22.050	deutsche Wohnbevölkerung,	Zufallsstichprobe Privathaushalte mit Festnetzanschluss	telefonische Befragung im Rahmen der GEDA-Studie	MHI-5	(erhebliche psychische Beeinträchtigung 10,5%, unterdurchschnittliche psychische Gesundheit 27,6%)				

Literaturdiskussion

Erstautor (Jahr)	Land*	Herkunft	Stichprobe (Frauenanteil)	Untersuchungseinheit	Rekrutierungsmethode	Datenerhebung	Erhebungsinstrumente**	psychische Erkrankung	Depression	Angststörung	Somatoforme Störung	PTBS
Heeren et al. (2014)	CHE	Asien, Europa, Afrika	65 (41,5%)	Asylsuchende	über das nationale Register der Schweiz	schriftliches Interview in Muttersprache	HTQ, HSCL-25, PDS	(psychische Symptome: 84,6%)	(Symptome der Depression: 63,1%)	-	-	(Symptome der PTBS: 54%)
Hocking et al. (2015)	AUS	LKA, PAK, ZWE, IRQ, AFG, u.a.	131 (16,0%)	Asylsuchende, Flüchtlinge	über Asylumsucher Resource Centre (NGO) in Melbourne	schriftliche Befragung in der Landessprache (bei Bedarf: einzelne Instrumente in der Muttersprache, Befragung mündlich mit Dolmetscher)	HTQ, HSCL-25, PERI-D	-	61,1%	-	-	52,1%
Jaranson et al. (2004)	USA	v.a. SOM, KEN	1134 (46,7%)	Geflüchtete der Volksgruppe Oromo und Somali	über Mitglieder gemeindenaher Organisationen, typische Treffpunkte, Schneeballverf.	schriftliche Befragung in Muttersprache, bei Bedarf mündliche Befragung	PCL-C, eigener Fragebogen	-	-	-	-	(Symptome einer PTBS: 12,9%)
Kaltenbach et al. (2018)	DEU	Balkan, Naher Osten, West-Afrika, Russland	57 (60%)	Asylsuchende, Flüchtlinge nach Genfer Konvention	Über Studienmitarbeiter in Unterkünften für Geflüchtete	Mehrere telefonische und persönliche Interviews innerhalb eines Jahres	RHS-13, PSS-I, PCL-5, PHQ-9	(Symptome PTBS: 32-24%, keine signifikante Änderung im zeitl. Verlauf)	(Symptome Depression: 16-27%, keine signifikante Veränderung im zeitl. Verlauf)	-	-	-
Keller et al. (2006)	USA	54 Länder	225 (38,8%)	geflüchtete Folteropfer in Behandlung	Teilnahme an einem Programm für Folteropfer	mündlich und schriftlich auf Englisch, bei Bedarf Dolmetscher; Patientenakten, unstrukturierten narrativen Befragungen,	HTQ, HSCL-25	-	(Symptome einer Depression: 84,5%)	(Symptome einer Angststörung: 81,1%)	-	-

Literaturdiskussion

Erstautor (Jahr)	Land*	Herkunft	Stichprobe (Frauenanteil)	Untersuchungseinheit	Rekrutierungsmethode	Datenerhebung	Erhebungsinstrumente**	psychische Erkrankung	Depression	Angststörung	Somatoforme Störung	PTBS
Kröger et al. (2015)	DEU	Balkan, Naher Osten, Afrika	280 (11,8%)	Asylsuchende der Landesaufnahmestelle Niedersachsen	im Gebäude des Sozialdienstes, Flyer bei Registrierung, Aufsuchen in Unterkunft	mündliche Abfrage der verwendeten Instrumente mit Dolmetscher	PDS-8, PHQ-9	-	(Symptome Depression: 42,1%, davon mittelschwere D.: 25,4%, schwere D.: 8,6%)	-	-	(Symptome der PTBS: 23,6%)
Laban et al. (2004)	NLD	IRQ	294 (35,4%)	Asylsuchende	registerbasiert über staatliche Agentur für die Aufnahme von Asylsuchenden	schriftliche und mündliche Befragung in Muttersprache	Teile des CIDI, HTQ	54,4%	34,7%	(inkl. Zwangsstörung 22,4%)	9,2%	36,7%
Leiler et al. (2019)	SWE	AFG, ERI, IRN, IRQ, SOM, SYR,	510 (26,6%)	Asylsuchende (AS), Asylberechtigte (AB)	wohnhafte in staatlichen Gemeinschaftsunterkünften, per Post	Schriftliche Befragung in Muttersprache, vor Ort oder online	PHQ-9, GAD-7, PC-PTSD,	(Symptome Depression und Angststörung: 48,8%)	(Symptome Depression: 38,8%; AS 42,2%, AB 30,1)	(Symptome Angststörung: 48,3%; AS 55,9%, AB 29,4%)	-	-
Niklowski G. (2012)	DEU	u.a. IRQ, IRN, AFG, RUS	283 (44,2%)	Asylsuchende Landesaufnahmestelle, Zirndorf, Bayern	Zufallsstichprobe aus Zugangslisten des Amtsarztes, -ärztin und Klienten der psychiatrischen Gutachterstelle (55,8%)	mündlich mit Hilfe von Dolmetschern	strukturiertes klinisches Interview durch Arzt/Ärztin	44,8% der randomisierten (RZ), 78,5% der Selbstzuwiesener (SZ)	29,1% SZ, 12,5% RZ, insgesamt bei 21,9% eine affektive Störung festgestellt	10,5% SZ, 3,6% RZ	0,6% sonstige somatoforme Störung	29% SZ, 39,3% RZ
Pernice et Brook (1996)	NZL	LAO, VNM, KHM, pazif. Inseln	186	Geflüchtete, Migranten	über Gemeindeeinrichtungen und Kirchen	mündliche Befragung mit Dolmetscher	HSCL-25	(Erkenntnisse: keine euphorische Periode nach Ankunft im Aufnahmeland feststellbar, generell keine symptomfreien Phasen feststellbar)				
Rask et al. (2016)	FIN	RUS, SOM, (KUR), FIN	1296 (100%)*	Geflüchtete, mindestens seit einem Jahr in Finnland	über nationales Bevölkerungsregister	schriftliche Befragung, bei Bedarf mündliche Befragung	HSCL-25, SCL		(Symptome Depression RUS: 22,9%, SOM: 12,9%, KUR: 49,7%)	(Symptome Angststörung RUS: 23,0%, SOM: 8,4%, KUR: 42,7%)	(Symptome somatoforme Störung RUS: 20,8%, SOM: 16,6%, KUR: 39,7%)	

Literaturdiskussion

Erstautor (Jahr)	Land*	Herkunft	Stichprobe (Frauenanteil)	Untersuchungseinheit	Rekrutierungsmethode	Datenerhebung	Erhebungsinstrumente**	psychische Erkrankung	Depression	Angststörung	Somatiforme Störung	PTBS
Richter et al. (2015)	DEU	u.a. IRQ, IRN, AFG, RUS	283 (44,2%)	Asylsuchende der Landesaufnahmestelle Zirndorf, Bayern	Zufallsstichprobe aus Zuganglisten des Amtsarztes/der Amtsärztin, Klienten psych. Gutachterstelle	Mündlich durch Ärzte bzw. Ärztinnen mit Hilfe von Dolmetschern	strukturiertes klinisches Interview	63,3%	21,9%	-	-	32,2%
Ritsner et Ponizovsky (1999)	ISR	SUHH	2318 (58,7%)	Migranten, Allgemeinbevölkerung	über typische Dienstleister für Geflüchtete, von Tür zu Tür in der Nachbarschaft Geflüchteter	schriftliche Befragung in der Muttersprache	Talbieh Brief Distress Inventory	(Erkenntnisse: Migranten mit signifikant höherer psychischer Belastung als einheimische Bevölkerung, Phase erhöhter psychischer Belastung bis 27 Monate nach Ankunft, Phase sinkender psychischer Belastung von 27 bis 60 Monate nach Ankunft erkennbar)				
Roberts et al. (2006)	USA	SOM, (KEN, ETH)	458 (100%)	Geflüchtete Frauen der Oromo und Somali	populationsbasierte Querschnitts- und Umfragestudie	schriftliche Befragung, bei Bedarf Dolmetscher	PCL-C	(Erkenntnisse: Hohe Rate an Trauma- und Foltererfahrung und Assoziation zu physischen, sozialen und psychologischen Problemen; Frauen mit großen Familien signifikant höhere Anzahl an berichteten Traumata und Folter; Frauen mit mehr Trauma- und Foltererfahrung älter, mehr familiäre Verantwortung, weniger Schulbildung und geringere Englischkenntnisse)				
Rousseau et al. (2001)	CAN	Lateinamerika, Afrika	113 (62,0-68,0%)	Flüchtlinge, getrennt von Partnern und Kindern	über Organisationen für Migranten, Schneeballsystem	mündliche Befragung auf Französisch, Englisch oder Spanisch	SCL	(Erkenntnisse: Familie hat eine zentrale Rolle und beeinflusst die Nachwirkung eines Traumas, Familie kann zusätzlich belasten, jedoch auch in Not eine Ressource darstellen)				
Ryan et al. (2008)	IRL	38 Länder	162 (43,0%)	Asylsuchende, Flüchtlinge	über Organisationen und öffentliche Treffpunkte von Migranten, Schneeballsystem	mündlich in der Landessprache	SCL	(starke psychische Belastung 46,0%; Risikofaktoren für psychische Belastung: weibliches Geschlecht, unsicherer legaler Status, Abhängigkeit von Sozialhilfe, Trennung von den Kindern, Erfahrungen von Diskriminierung und Postmigrationsstress.)				
Schouler-Ocak et al. (2017)	DEU	AFG, ERI, IRN, IRQ, SOM, SYR	639 (100%)	geflüchtete Frauen in Gemeinschaftsunterkünften	über Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge	multizentrisch, schriftl. Befragung, Fokusgruppeninterviews in der Muttersprache	HTQ, HSCL-25, SCL	-	-	-	-	-

Literaturdiskussion

Erstautor (Jahr)	Land*	Herkunft	Stichprobe (Frauenanteil)	Untersuchungseinheit	Rekrutierungsmethode	Datenerhebung	Erhebungsinstrumente**	psychische Erkrankung	Depression	Angststörung	Somatiforme Störung	PTBS
Sieberer et al. (2010)	DEU	18 Länder	62 (43,1%)	psychiatrische Gutachten im Rahmen von Asylfolgeverfahren	psychiatrischen Gutachten zwischen 1998 und 2006 erstellt, in Abteilung Sozialpsychiatrie & Psychotherapie	Retrospektive qualitative und quantitative Auswertung psychiatrischer Gutachten	-	-	59,8%	-	-	74,1%
Sperlich et al. (2011)	DEU	-	3129 (100%)	Frauen mit und ohne Kinder	zufällige Auswahl aus einem Pool befragungsbereiter Haushalte (Health Care Access Panel)	schriftliche Befragung auf Deutsch	Hospital Anxiety and Depression Scale	(Erkenntnisse: Kein linearer Zusammenhang zwischen Müttergesundheit und Kinderzahl, Frauen mit zwei Kindern am gesündesten.)				
Stöbel-Richter et al. (2009)	DEU	-	581 (100%)	Frauen mit und ohne Kinder	Zufallsstichprobe von Haushalten und je zufällige Auswahl einer Bewohnerin	mündliche Befragung auf Deutsch	GAD-2, PHQ-2	(Erkenntnisse: für psychische Belastung spielen Alter und Anzahl der Kinder oder Partnerschaft keine Rolle)				
Sundquist et al. (2000)	SWE	IRN, CHL, TUR, POL	1980 (53,5%)	Migranten	im Rahmen einer nationalen Studie zu Gesundheit & Wohlbefinden von Migranten	mündliche Befragung mit Dolmetscher	GHQ-12	(psychische Belastung: 14,9% - 33,4% der Männer, 21,1% - 38,6% der Frauen)				
Sundquist et al. (2005)	SWE	BIH	120 (100%)	Geflüchtete Frauen	über Melderegister	mündliche Befragung in Muttersprache	HSCL-25, PTSS-10	(altersabhängige psychische Belastung: 61,6% - 80,9%)	(altersabhängige Symptome einer Depression: 57,5% - 76,6%)	(altersabhängige Angststörung: 53,4% - 78,7%)	-	(altersabhängige Symptome einer PTBS: 28,3%)

Literaturdiskussion

Van Ommern et al. (2001)	NPL	BTN	810 (22,5% - 25,5%)	Geflüchtete, Folteropfer	Register von körperlich gefolterten bhutanischen Geflüchteten in Camps in Nepal	mündlich in der Muttersprache	CIDI	Gefolterte: 74,4%; nicht-Gefolterte: 48,0%	G: 7,6%; N-G: 5,1%	G: 6,2%; N-G: 5,6%	G: 51,0%; N-G: 27,6%	G: 43,1%; N-G: 4,1%
Winkler et al. (2019)	DEU	Weltweit	650 (25,2%)	Geflüchtete	Über 9 Berliner Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete	Mündliche Befragung in persönlichem Interview	HTQ, HSCL-25, SCL	(Symptome mindestens einer psychischen Störung: 74,6%)	(Symptome Depression: 61,3%)	(Symptome Angststörung: 52,3%)	(Symptome Somatisierung: 47,8%)	(Symptome PTSD: 41,7%)

* Ländercodes nach ISO-3166 ** in alphabetischer Reihenfolge: BDI-Beck's Depression Inventory, CIDI-Composite International Diagnostic Interview, ETI-Essener Trauma-Inventory, GAD-Generalized Anxiety Diagnostic Scale, GHQ-General Health Questionnaire, K10-Kessler Psychological Distress Scale, MHI-Mental Health Inventory, MINI-Mini International Neuropsychiatric Interview, PCL-5 Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5, PCL-C-PTSD Checklist Civilian Version, PC-PTSD – Primary Care PTSD Screen, PDS-Posttraumatic Diagnostic Scale, PERI-D- Psychiatric Epidemiology Research Interview Demoralisation Scale, PHQ-Patient Health Questionnaire, PMLDC-Postmigration Living Difficulties Checklist, PSS-I PTSD Symptom Scale -Interview Version, PTSS-Posttraumatic Symptom Scale, RHS-13 Refugee Health Screener, SCAN-Schedule für Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SRQ-Self Reporting Questionnaire.

2.5.1 Psychische Gesundheit geflüchteter Frauen bzw. Geflüchteter

In der Literatur finden sich zahlreiche Studien, die zeigen, dass Geflüchtete eine schlechtere psychische Gesundheit haben (z.B. häufiger die Symptome psychischer Störungen, häufiger die Diagnose einer psychischen Störung, höhere durchschnittliche Scores bei psychometrischen Erhebungsinstrumenten), als die Allgemeinbevölkerung (10, 13, 84-88). Die meisten Studien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten untersuchen die Prävalenz bzw. Symptome von zwei bis drei psychischen Störungen (v.a. PTBS, Depression, Angststörung) und wurden lediglich in einem Aufnahmeland durchgeführt (6, 12, 86). Nur wenige Studien berichten über die allgemeine psychische Gesundheit von Geflüchteten und wurden gleichzeitig international durchgeführt.

An dieser Stelle werden beispielhaft zwei Übersichtsarbeiten aufgeführt, die in ihrer Studiauswahl bezüglich Studienpopulation (Geflüchtete, ab 18 Jahren) am ehesten zur in der vorliegenden Arbeit untersuchten Studienpopulation passen. In den Tabellen 2 und 3 sind weitere Übersichtsarbeiten aufgelistet. Übersichtsarbeiten ausschließlich zur psychischen Gesundheit von geflüchteten Frauen existieren aktuell noch nicht.

Übersichtsarbeiten, wie die von Lindert et al. (83), beschränken sich ebenso wie viele Studien (siehe Tabelle 2 und 3) oft auf einzelne psychische Störungen (z.B. PTBS, Depression, Angststörung). Lindert et al. (83) untersuchten in ihrer Übersichtsarbeit Studien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten weltweit. Ausgeschlossen waren Studien mit kleinen Stichproben ($n < 100$), Studien mit Teilnehmende aus psychiatrischen Einrichtungen und Teilnehmenden, die sich länger als fünf Jahre im Aufnahmeland befanden. Lindert et al. (83) berichten, dass die Prävalenzen für Symptome einer Depression zwischen 11% und 54% lagen, für Symptome einer PTBS zwischen 5% und 71% und für Symptome einer Angststörung zwischen 19% und 50%. Diese Ergebnisse unterstreichen nochmals die heterogene Studienlage zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten weltweit, wie schon in obenstehender Tabelle deutlich wird.

Fazel et al. (89) berichten in ihrer Übersichtsarbeit zu Studien weltweit auch die Prävalenz für mindestens eine psychische Störung. Fazel et al. schlossen Studien aus, die ihre Diagnose anhand von Selbstbeurteilungsskalen stellten oder weniger als 200 Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen einschlossen. Daher berichten Fazel et al. die Prävalenz für psychische Störungen statt lediglich die Symptome einer psychischen Störung, wie Lindert et al. (83). Fazel et al. berichten, dass bei 9% der Geflüchteten in den untersuchten Studien mindestens eine psychische Störung vorlag. Dieses Ergebnis ist im Vergleich mit anderen Übersichtsarbeiten

und Studien (siehe Tabelle 2 und 3) auffällig niedrig. Fazel et al. (89) vermuten, dass ihre restriktive Studienauswahl (mind. 200 Studienteilnehmende, keine Selbstbeurteilungsskalen) eine Rolle spielt und damit qualitativ schlechte Studien herausgefiltert wurden.

Im Folgenden sind einige Studienergebnisse zur psychischen Gesundheit von geflüchteten Frauen bzw. Geflüchteten in Europa und Deutschland beispielhaft aufgeführt (siehe Tabelle 3 für einen detaillierten Überblick).

Bogic et al. (13) untersuchten in Deutschland, Italien und Großbritannien Geflüchtete aus dem ehemaligen Jugoslawien (N= 854). Bogic et al. stellten eine Prävalenz für mindestens eine psychische Störung zwischen 42% in Italien und 68% in Deutschland fest. Bogic et al. kamen zu dem Schluss, dass die psychische Gesundheit von Geflüchteten u.a. von den Bedingungen im Aufnahmeland abhängt.

Ryan et al. (90) untersuchten in Irland Geflüchtete aus 38 verschiedenen Ländern (N=162). Sie benutzten standardisierte Fragebögen für ihre mündliche Befragung, ggf. wurden Familienmitglieder zum Dolmetschen herangezogen. Ryan et al. stellten Prävalenzen von 46% für Symptome einer deutlichen psychischen Belastung⁹ (z.B. Unruhezustände, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen) mit der *Symptom-Checklist 90-Revised* (SCL) fest. Die Ergebnisse deuten laut Ryan et al. an, dass Asylsuchende eine Hochrisikogruppe für psychische Belastung sind.

Andere nationale Studien in Europa untersuchen lediglich Geflüchtete aus einem bestimmten Herkunftsland.

So stellten Laban et al. (91) in den Niederlanden unter Geflüchteten aus dem Irak bei 55% eine psychische Störung fest (N=294). Die Rekrutierung fand über nationale Register statt und die Diagnose wurde in dieser Studie anhand eines klinisch strukturierten Interviews (CIDI) gestellt. Zu beachten ist, dass Laban et al. nur Teile des CIDI benutzten und dadurch nicht alle psychischen Störungen erfassen konnten¹⁰.

Eine Studie aus Finnland von Mölsä et al. (86), die ihre Befragten auch registerbasiert rekrutierte, untersuchte Somalier ab einem Alter von 50 Jahren (N=128). Die Befragung fand mündlich statt und unter Verwendung standardisierter Erhebungsinstrumente, wie dem *General Health Questionnaire – 12* (GHQ-12) und der SCL. Mölsä et al. stellten bei 85% der Somalier

⁹ Psychische Belastung durch (z.B. Flucht, Trennung von Familienmitgliedern) kann zu psychischen Symptomen und psychischen Störungen führen.

¹⁰ Laban et al. konnten mit ihrer Auswahl aus dem CIDI folgende Diagnosen stellen: somatoforme Störungen, Angststörungen, Depressionen, Alkoholabhängigkeit und- missbrauch, Zwangsstörungen und PTBS.

Symptome einer deutlichen psychischen Belastung fest. Mölsä et al. zogen u.a. das Fazit, dass Geflüchtete aus afrikanischen Kulturen ihre psychische Belastung auf andere und komplexe Weise ausdrücken.

Beispielhaft ist eine **deutsche Studie** (siehe Tabelle 3) von Richter et al. (18) aufgeführt, die Asylsuchende (N=283) in der Landesaufnahmestelle für Asylsuchende in Zirndorf (Bayern) untersuchte. Die Rekrutierung einer Teilpopulation fand registerbasiert und über eine psychiatrische Gutachterstelle in der Landesaufnahmestelle statt. Zur Diagnosestellung führten Ärzte bzw. Ärztinnen mit Hilfe von Dolmetschern ein strukturiertes klinisches Interview. Die Hauptherkunftsländer waren in dieser Studienpopulation Irak, Russland und Afghanistan. Richter et al. stellten bei insgesamt 63% der Befragten eine psychische Störung fest. In der anderen Teilpopulation, die registerbasiert und zufällig rekrutiert wurde (Teilstichprobengröße n=125), wurden bei 45% der Befragten eine psychische Störung festgestellt.

Nachdem Studien beschrieben wurden, die Geflüchtete (Männer und Frauen) hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen untersucht haben, werden nun Studien und Erkenntnisse beschrieben, die sich ausschließlich auf geflüchtete Frauen beziehen.

Allgemein anerkannt ist ein Einfluss des **Geschlechts** auf die psychische Gesundheit. Laut Robert-Koch-Institut fühlen sich gesunde deutsche Frauen (13%) signifikant häufiger psychisch belastet als Männer (8%) (92). Laut einer Metaanalyse von Porter et Haslam (93), die 55 Studien weltweit (mit 22.221 Flüchtlingen nach Genfer Konvention und 45.073 Geflüchteten inklusive Binnenflüchtlinge, Asylsuchende und Staatenlose), weisen weibliche Geflüchtete eine schlechtere psychische Gesundheit als männliche Geflüchtete auf. Es gibt Unterschiede in der psychischen Belastung und Vulnerabilität zwischen Männern und Frauen. Die psychische Gesundheit von geflüchteten Frauen wird jedoch kaum untersucht.

Einige wenige Studien berichten ihre Ergebnisse geschlechtsspezifisch. So berichten Ryan et al. in ihrer Studie unter Geflüchteten in Irland (N=162), dass 51% der Frauen Symptome einer psychischen Belastung hatten.

Eine Studie von Sundquist et al. (10) in Schweden untersuchte ausschließlich geflüchtete Frauen: Sundquist et al. (10) untersuchten geflüchtete Frauen, die wegen des Bürgerkriegs in Bosnien in den Jahren 1992 bis 1996 aus Bosnien nach Schweden geflüchtet waren (N=120). Die Befragten hielten sich zum Zeitpunkt der Befragung seit 3 bis 4 Jahre in Schweden auf. Die Rekrutierung fand über das schwedische Melderegister statt und die Befragung wurde von zwei in Bosnien geborenen Ärztinnen durchgeführt. Zur Erhebung von Symptomen wurden die HSC-25 und die *Posttraumatic Symptom Scale – 10* (PTSS-10) verwendet. Symptome einer

psychischen Belastung konnten bei 62% in der Gruppe der 19 bis 41-Jährigen bzw. bei 81% in der Gruppe der 42 bis 59-Jährigen festgestellt werden. Die Prävalenz für Symptome einer psychischen Belastung war unter den bosnischen Frauen signifikant höher, als die Prävalenz unter schwedischen Frauen.

In **Deutschland** existieren bis jetzt keine Studien, die die Prävalenz von psychischen Störungen unter geflüchteten Frauen untersucht haben. In Deutschland gibt es bisher allein die *Study on Female Refugees* (94) als Studie, die psychische Symptome unter geflüchteten Frauen aus ganz Deutschland untersucht hat (N=639). Auf der Datengrundlage der *Study on Female Refugees* am Standort Mainz wird auch die vorliegende Arbeit verfasst. Im Abschlussbericht dieser Studie wurden lediglich einzelne Symptome von psychischer Belastung berichtet. Zum Beispiel gaben 52% der geflüchteten Frauen an, zurzeit eine Neigung zum Weinen zu haben. Es wurden keine Prävalenzen für Symptome einer bestimmten psychischen Störung berichtet.

Insgesamt liegen Prävalenzen für psychische Störungen bzw. Belastungen unter Geflüchteten weltweit zwischen 9% und 85% (86, 89). Diese Prävalenzen liegen damit auch weit über der Prävalenz für eine psychische Belastung bei deutschen Frauen (laut Robert-Koch-Institut 13% (92)). Es gibt keine repräsentativen Studien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Europa oder Deutschland. Die meisten Studienpopulationen sind mit wenigen hundert Untersuchten klein (18, 91). Zugleich untersuchen die vorhandenen Studien oft nur ausgewählte Störungsbilder (13, 95), berichten Prävalenzen nicht geschlechtsspezifisch (13, 83) und schließen meistens Geflüchtete aus ausgewählten Herkunftsländern ein (86, 91). So gibt es keine Erkenntnisse zur allgemeinen psychischen Gesundheit von Geflüchteten. Problematisch sind ebenfalls die uneinheitlichen Erhebungsmethoden zwischen den Studien (86, 91) und die meistens fehlende kulturelle Anpassung von Erhebungsinstrumenten (96). Das erschwert zusätzlich die Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. Es fehlen somit wissenschaftliche Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit von geflüchteten Frauen und Geflüchteten weltweit, aber auch in Deutschland.

2.5.2 Prävalenz der Depression

Laut WHO leiden weltweit ungefähr 300 Millionen Menschen an einer Depression (97). In der Literatur finden sich unter Geflüchteten Prävalenzen für eine Depression oder für Symptome einer Depression zwischen 5% (98) und 85% (17). Zunächst werden die Erkenntnisse aus Übersichtsarbeiten und Metaanalysen dargestellt. Dann folgen Studien weltweit, Studien aus

Europa und schließlich Studien aus Deutschland zur Prävalenz der Depression. Abschließend werden Studien zu geflüchteten Frauen beschrieben.

Fazel et al. (89) berichten in ihrer **Übersichtsarbeit und Metaanalyse** eine Prävalenz bei Geflüchteten von 9% für eine schwere Depression. Die von Fazel et al. berichteten Prävalenzen sind im Vergleich sehr niedrig (N=7000). Eine Übersichtsarbeit von Lindert et al. (83) aus dem Jahr 2017 untersuchte ebenfalls fast 7000 Geflüchtete aus 15 Studien. Die Prävalenz für eine Depression lag in dieser Studie im Mittel bei 35%. Eine ältere Metaanalyse von Lindert et al. (99) von 2009 stellten für die Gruppe der Geflüchteten eine Prävalenz von 44% für eine Depression fest. Lindert et al. schlossen in ihre Analyse insgesamt 35 Studien und über 24 000 Untersuchte ein. Eine Untersuchung unter Geflüchteten in Entwicklungs- und Schwellenländern von Morina et al. stellte Prävalenzen für Symptome einer Depression zwischen 5% und 80% fest (98).

Beispiele für Studien **weltweit** zur Depression bei Geflüchteten sind folgende Studien. De Jong et al. (100) untersuchten in ihrer internationalen Studie *post-conflict communities* in Algerien, Äthiopien, Kambodscha und Palästina (N=3048). Sie stellten Prävalenzen für eine Depression zwischen 5% und 23% fest. Hocking et al. (101), die Geflüchtete in Australien befragten, berichten von einer deutlich höheren Prävalenz für Symptome einer schweren Depression (61%, N=131), als De Jong et al. oder Fazel et al..

Zwei weitere Studien untersuchten die psychische Gesundheit von Folteropfern. Keller et al. (17) untersuchten Folteropfer, die in die USA geflohen waren und an einem Behandlungsprogramm für Folteropfer teilnahmen. Sie fanden eine Prävalenz für Symptome einer Depression von 85% (N=225). Van Ommeren et al. (102) untersuchten bhutanische Geflüchtete in Nepal, die gefoltert worden waren, und verglichen sie mit einer Kontrollgruppe aus nicht gefolterten bhutanischen Geflüchteten. Van Ommeren et al. stellten eine Prävalenz für eine affektive Störung von 8% (3% mit einer schweren Depression) unter den gefolterten und 5% unter den nicht gefolterten Geflüchteten fest (N=810). Folteropfer stellen eine besonders vulnerable Gruppe unter Geflüchteten dar und es ist davon auszugehen, dass sie häufiger an Symptomen psychischer Störungen leiden, als nicht gefolterte Geflüchtete.

Folgende Studien untersuchten die Häufigkeit einer Depression unter Geflüchteten in **Europa**. Eine Studie aus Finnland von Mölsa et al. (86) untersuchte somalische Geflüchtete (N=128). Die Aufenthaltsdauer der Befragten in dieser Studie lag zwischen 1 und 19 Jahren. Mölsa et al. fanden eine Prävalenz von 21% für Symptome einer mittelschweren bis schweren Depression.

Zwei Studien aus den Niederlanden befragten Asylsuchende, die zufällig und registerbasiert ausgewählt worden waren. Gerritsen et al. (103) untersuchten Asylsuchende und Flüchtlinge in den Niederlanden, die aus Afghanistan, Iran und Somalia kamen und sich seit durchschnittlich 4 Jahren bzw. 9 Jahren in den Niederlanden aufhielten (N=410). Sie fanden eine Prävalenz für Symptome einer Depression bei Asylsuchenden von 62% und bei Flüchtlingen von 29%. Laban et al. (91) stellten unter irakischen Asylsuchenden, die sich im Mittel seit 1,7 Jahren in den Niederlanden aufhielten, eine Prävalenz für eine Depression von 35% (N=410). Eine Studie aus der Schweiz von Heeren et al. (84) berichtet bei Asylsuchenden eine Prävalenz für Symptome einer Depression von 85% (N=65).

Es gibt wenige Studien aus **Deutschland**. Eine Studie aus Mainz von Beutel et al. (104), die die psychische Gesundheit von Migranten in Mainz untersuchte, stellte unter Migranten der ersten Generation (N=1582) bei 10% Symptome einer Depression fest. Die häufigsten Herkunftsländer waren in dieser Studie die Türkei und Polen. Eine Studie in der Landesaufnahmestelle in Niedersachsen von Kröger et al. (5) fand bei 42% der Asylsuchenden Symptome einer leichten Depression, bei 25% einer mittelschweren, und bei 9% einer schweren (N=280). Eine Studie aus einer Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern berichtet niedrigere Prävalenzen. Richter et al. (18) stellten bei 22% der Asylsuchenden die Diagnose einer affektiven Störung, der eine Depression neben anderen Diagnosen angehört (N=283). Eine Studie von Sieberer et al. (105) analysierte retrospektiv psychiatrische Gutachten, die mehrheitlich von Verwaltungsgerichten im Rahmen von Asylfolgeverfahren angefordert worden waren. Diese Studie umfasst eine relativ kleine Stichprobengröße (N=62) und stellte eine Prävalenz für eine Depression oder eine rezidivierende depressive Störung (F32 nach ICD-10) von 60% fest. Georgiadou et al. (106) hingegen untersuchten Asylberechtigte aus Syrien (N=200) und stellen bei 14,5% Symptome einer Depression fest.

Studien, die über die Prävalenz der Depression bei **geflüchteten Frauen** berichten, gibt es kaum. Eine Studie aus Großbritannien von Chaudhry et al. (107) untersuchte pakistanische Frauen (N=487). Es handelte sich dabei um Migrantinnen, die sich zum Teil seit Jahrzehnten in Großbritannien aufhielten. In dieser Studie wurden die pakistanischen Frauen in einem halbstrukturierten klinischen Interview befragt. Chaudhry et al. stellten fest, dass 31% der Untersuchten eine Depression hatten. Morof et al. (108) untersuchten in Uganda geflüchtete Frauen aus Somalia und dem Kongo (N=117). Die Frauen hielten sich im Durchschnitt seit 3 Jahren in Uganda auf. Morof et al. stellten durch schriftliche Befragung bei 92% der Frauen Symptome einer Depression fest. Eine Studie unter geflüchteten Frauen in Europa von Sundquist et al. (10) untersuchte bosnische geflüchtete Frauen in Schweden (N=120). Sie

hielten sich seit 3-4 Jahren in Schweden auf. Sundquist et al. stellten durch schriftliche Befragung bei 58-77% Symptome einer Depression fest.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die berichteten Prävalenzraten für eine Depression bzw. für Symptome einer Depression allein in den hier beschriebenen Studien weit gestreut sind und von 5% (102) bis 92% (108) reichen. Gleichzeitig ist ein Vergleich der Ergebnisse nicht möglich. Denn die methodischen Unterschiede und die Unterschiede in den Flüchtlingspopulationen sind sehr groß. Zu diesem Schluss kommen auch Lindert et al. (83). So werden Diagnosen in einigen Studien anhand klinischer strukturierter Interviews gestellt (91) in anderen Studien anhand von Fragebögen, die Symptome einer Depression abfragen (103). Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Validierung der Erhebungsmethoden für verschiedene Kulturen, was Hollifield et al. in ihrer kritischen Übersichtsarbeit feststellten (96). Schwierig ist zusätzlich eine fehlende einheitliche Definition der Untersuchten. So werden in einigen Studien Geflüchtete, ein anderes Mal Asylsuchende oder Flüchtlinge untersucht. Es gibt außerdem nur sehr wenige Studien zur Depression unter geflüchteten Frauen (10, 108) und keine Studie in Deutschland, die die Prävalenz der Depression oder für Symptome einer Depression bei geflüchteten Frauen untersucht hat¹¹.

2.5.3 Prävalenz der Angststörung

Im Folgenden werden die Erkenntnisse zur Häufigkeit der Angststörung unter Geflüchteten beschrieben. Dabei werden erst die Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten und Metaanalysen dargestellt, dann Ergebnisse aus Studien weltweit, aus Europa und schließlich aus Deutschland. Abschließend werden die Erkenntnisse zur Angststörung unter geflüchteten Frauen dargestellt.

In der Literatur finden sich bei Geflüchteten Prävalenzen für eine Angststörung oder für Symptome einer Angststörung zwischen 4% (89) und 81% (17). Fazel et al. (89) berichten in ihrer **Übersichtsarbeit** und Metaanalyse eine Prävalenz von 4% für die generalisierte Angststörung bei Geflüchteten (N=6743). Lindert et al. (83) berichten in ihrer Übersichtsarbeit, dass die Prävalenzen für Angst in der Literatur zwischen 19% und 50% schwanken (N=6769). Morina et al. (98) stellten in ihrer Übersichtsarbeit zu Symptomen von Angststörungen unter Geflüchteten in Entwicklungs- und Schwellenländern eine enorme Bandbreite an berichteten Prävalenzen fest: In den untersuchten Studien wurden Prävalenzen für Symptome einer Angststörung zwischen 1-81% angegeben.

¹¹ Die *Female Refugee Study* hat Erhebungsinstrumente für die Depression verwendet, jedoch wurden dazu bisher keine Ergebnisse veröffentlicht.

Eine **internationale** Studie von de Jong et al. (100) untersuchte die Prävalenz von Angststörungen in *post-conflict communities* in Algerien, Äthiopien, Kambodscha und Palästina (N=3048). De Jong et al. fanden Prävalenzen für eine Angststörung zwischen 10% und 37% heraus. Keller et al. (17) untersuchten in den USA geflüchtete Folteropfer, die an einem Therapieprogramm für Folteropfer teilnahmen (N=225). Keller et al. stellten eine Prävalenz von 81% für Symptome der Angst fest.

Einige Studien zur Prävalenz von Angststörungen unter Geflüchteten aus **Europa** sind im Folgenden dargestellt. Laban et al. (91) berichten eine Prävalenz von 22% für Angststörungen unter irakischen Asylsuchenden (N=294) in den Niederlanden. Gerritsen et al. (103) untersuchten Flüchtlinge und Asylsuchende (N=410) in den Niederlanden. Gerritsen et al. berichten eine Prävalenz für Symptome einer Angststörung von 41% bei Asylsuchenden und 28% bei Flüchtlingen. Heeren et al. (84) berichten eine deutlich höhere Prävalenz von 63% für Symptome der Angst unter Asylsuchenden (N=65) in der Schweiz. In zwei Studien über Geflüchtete aus Bosnien im Rahmen der Jugoslawienkriege fanden sich bei Bogic et al. (13) eine Prävalenz für eine Angststörung von 44% (N=854) und bei Sundquist et al. (10) eine Prävalenz für Symptome der Angst von 53% (N=120).

In einer Studie aus **Deutschland** von Beutel et al. (104) wurden Symptome der generalisierten Angststörung unter Migranten der ersten Generation (N=1582) mit einem Fragebogen abgefragt. Bei 10% wurden Symptome der Angststörung festgestellt. Zu beachten ist hierbei, dass die untersuchten Migranten hauptsächlich aus der Türkei und Polen stammten und seit vielen Jahren in Deutschland lebten. Richter et al. (18) stellten bei ihrer Studie unter Asylsuchenden (N=283) in einer Landesaufnahmestelle in Bayern bei 34% eine Diagnose aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4 nach ICD-10). Darunter fallen u.a. die PTBS und die Angststörungen. Eine genauere Differenzierung wurde auch im Abschlussbericht dieser Studie von Niklewski (109) nicht angegeben¹².

Es existieren nur sehr wenige Studien, die Angststörungen bei geflüchteten **Frauen** untersuchten. Sundquist et al. (10) führten eine Studie mittels Hopkins-Symptom-Checklist unter geflüchteten bosnischen Frauen in Schweden durch. Sie fanden je nach Alter bei 53% bis 79% der untersuchten Frauen Symptome einer Angststörung (N=120). In Deutschland gibt es laut Robert-Koch-Institut (110) wenige repräsentative Zahlen zur Prävalenz von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenz für eine generalisierte

¹² Richter et al. und Niklewski et al. publizierten über dieselbe Studie. Der Abschlussbericht stammt von Niklewski et al.

Angststörung bei Patientinnen in der Allgemeinarztpraxis wird laut Hoyer et Wittchen bei 6% angegeben (N=20 000) (111). Es existieren keine Zahlen zur Prävalenz der Angststörung unter geflüchteten Frauen in Deutschland.

Insgesamt gibt es wenige Studien, die die Angststörung oder Symptome der Angst untersuchen. Die Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten, wie die von Morina et al. (98), zeigen, dass die Studienergebnisse zur Häufigkeit von Angststörungen bzw. Symptomen der Angst unter Geflüchteten sehr breit gestreut sind (1-81%). Die Studien, die es gibt, unterscheiden sich deutlich in den Methoden und der Studienpopulation. In den beschriebenen Studien ist einmal die Prävalenz der generalisierten Angststörung (104), ein anderes Mal die Prävalenz von Angststörungen (6) und ein anderes Mal die Prävalenz von Symptomen der Angst (103) angegeben. Zusätzlich unterscheiden sich die Studienpopulationen durch verschiedene Aufnahme- und Herkunftsländer. Für Geflüchtete in Deutschland existieren keine Erkenntnisse über die Prävalenz von Angststörungen.

2.5.4 Prävalenz der somatoformen Störung

Im Folgenden werden die Erkenntnisse zur Prävalenz der somatoformen Störung berichtet. Es gibt insgesamt wenige Studien, die sich mit der somatoformen Störung unter Migranten oder Geflüchteten beschäftigen. Die Literatur berichtet von Prävalenzen für eine somatoforme Störung bzw. für Symptome der somatoformen Störung bei Geflüchteten zwischen 1% (13) und 9% (91).

Eine **internationale** Studie von de Jong et al. (100), die *post-conflict communities* in Algerien, Äthiopien, Kambodscha und Palästina untersuchte, fand Prävalenzen für eine somatoforme Störung zwischen 2% und 8% (N=3048). Bogic et al. (13) fanden unter bosnischen Geflüchteten eine Prävalenz der somatoformen Störung von 1% (N=854). Es wurden in dieser Studie Geflüchtete in Deutschland, Italien und Großbritannien ca. 3-4 Jahre nach ihrer Flucht untersucht.

Eine andere Studie von van Ommeren et al. in **Nepal** untersuchte bhutanische Geflüchtete (N=810). Sie stellten bei 51% der gefolterten und bei 28% der nicht gefolterten Geflüchteten eine anhaltende Schmerzstörung (F45.4) fest. Die anhaltende Schmerzstörung befindet sich in der Diagnosegruppe der somatoformen Störung (F45).

Laban et al. (91) untersuchten irakische Asylsuchende in den Niederlanden. Laban et al. stellten eine Prävalenz von 9% für somatoforme Störungen fest (N=294).

Es gibt in **Deutschland** kaum Studien zur somatoformen Störung unter Geflüchteten, aber einige Studien zu Somatisierung unter Migranten. Eine Studie von Glaesmer et al. (112) untersuchte in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe Symptome der somatoformen Störung. Glaesmer et al. stellten bei 4% der Allgemeinbevölkerung und bei 5% der Migranten Symptome einer somatoformen Störung fest (N=2510). Morawa et al. (113) berichten, dass 24% der untersuchten türkischen Migranten starke Symptome der Somatisierung zeigten (N=335). In einer Studie von Niklewski et al. (109) und Richter et al. (18) in einer Landesaufnahmestelle für Asylsuchende in Bayern wurde bei lediglich 1% der Asylsuchenden eine somatoforme Störung festgestellt (N=283). Winkler et al. (114) stellten in ihrer Untersuchung in Gemeinschaftsunterkünften in Berlin bei 47,8% der Geflüchteten Symptome der Somatisierung fest (N=650).

Eine Studie von Rask et al. hat sich mit Symptomen einer somatoformen Störung u.a. bei geflüchteten **Frauen** beschäftigt. Rask et al. (115) untersuchten Migranten aus Russland, Somalia und Kurdistan, die in Finnland lebten. Rask et al. stellten Symptome einer Somatisierung bei 17% bis 40% der weiblichen Migranten fest (n=1296). Die niedrigste Prävalenz hatte die Gruppe der somalischen Migranten. Rask et al. fanden dies erstaunlich und vermuten, dass die starke Stigmatisierung von psychischen Störungen in Somalia dazu geführt haben könnte, dass psychische Symptome eher nicht berichtet wurden.

Insgesamt liegen zur somatoformen Störung unter Geflüchteten nur wenige Daten vor. Die Prävalenzen für eine somatoforme Störung liegen nach bisher verfügbaren Daten zwischen 1% (13) und 47,8% (114). Die vorhandenen Studien weisen große methodische Unterschiede und heterogene Studienpopulationen auf. Keine der Studien beschäftigt sich ausschließlich mit der somatoformen Störung bei geflüchteten Frauen. Zusammenfassend besteht ein dringender Bedarf an Untersuchungen zur somatoformen Störung weltweit, in Deutschland und unter geflüchteten Frauen.

2.5.5 Einflussfaktoren auf die Prävalenz

In diesem Abschnitt wird der aktuelle Forschungsstand zu relevanten Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten vorgestellt. Dabei wird vor allem auf den Zusammenhang zu Symptomen der Depression, Angststörung und somatoformen Störung eingegangen. Alle erwähnten Studien sind in den Tabellen 2 und 3 aufgelistet und daher im Fließtext nur teilweise beschrieben. Die Einflussfaktoren teilen sich auf in soziodemographische Einfluss-/ Risikofaktoren und fluchtspezifische Einfluss-/

Risikofaktoren. Sie werden in dieser Reihenfolge besprochen: Alter, Herkunftsland, Bildung, Aufenthaltsdauer und Kinderzahl als soziodemographische Faktoren und eine Trennung von den Kindern, potenziell traumatisierende Erlebnisse (PTE), negative Erfahrungen während und nach der Flucht und die Unterbringungssituation als fluchtspezifische Faktoren. Die soziodemographischen Faktoren nicht oder nur langfristig veränderbar. Die fluchtspezifischen Faktoren sind potenziell kurzfristig veränderbar. Zuerst werden die aktuellen Forschungsergebnisse zu soziodemographischen Faktoren dargestellt.

Zum Einflussfaktor **Alter** findet sich bei der Literaturrecherche, dass in der deutschen Allgemeinbevölkerung „Depressionen [...] ferner die häufigste psychische Erkrankung im Alter [sind, ...]“ (116). Eine Übersichtsarbeit von Porter et Haslam (93) mit über 67 000 eingeschlossenen Untersuchten konnte zeigen, dass jüngere Geflüchtete (< 65 Jahren) eine bessere psychische Gesundheit aufweisen, als ältere Geflüchtete (\geq 65 Jahren). Jaranson et al. (11) kamen bei ihrer Studie in den USA unter Geflüchteten der Oromo und Somali (N=1134) zum dem Schluss, dass ein hohes Alter bei Verlassen des Heimatlandes mit mehr psychischen Problemen assoziiert ist.

Folgende Studien unter (geflüchteten) Frauen konnten unter Geflüchteten einen Zusammenhang zwischen Alter und Auftreten einer psychischen Erkrankung zeigen: Chaudhry et al. (107) stellten in einer prospektiven Studie unter pakistanischen Frauen in Großbritannien fest, dass depressive Störungen mit einem höheren Alter (> 50 Jahre) assoziiert sind (N=487). Ebenso kamen Sundquist et al. (10) (N=120) zu dem Schluss, dass ältere Frauen (42-59 Jahre) eher an psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen, psychischem Stress oder PTBS leiden, als Frauen im Alter von 19-41 Jahre. Auch Robertson et al. (12) kamen in ihrer Studie unter geflüchteten Frauen der Oromo und Somali (N=458) zu dem Ergebnis, dass ein höheres Alter mit mehr PTE und dazugehörigen Problemen einhergeht. Chung et al. (117) beobachteten bei jüngeren syrischen Geflüchteten - im Vergleich zu syrischen Geflüchteten mittleren Alters und ab 45 Jahren – zwar keine Unterschiede in der Prävalenz von PTBS, aber eine größerer Resilienz gegenüber psychischen Störungen mit geringerer Traumazentralität und weniger Symptomen psychischer Komorbiditäten.

Robertson et al. (12) vermuten, dass ältere Frauen in ihrem Heimatland eher isoliert und ein leichtes Ziel für Gewalt sind. Möglicherweise trauen sich ältere Frauen eine Flucht aufgrund physischer Schwäche und familiärer Verpflichtungen im Heimatland nicht zu und fliehen daher erst sehr spät. Das wiederum führt dazu, dass ältere geflüchtete Frauen mit schlechteren Ressourcen im Aufnahmeland ankommen. Robertson et al. vermuten weiter, dass ältere Frauen eher familiäre Verpflichtungen haben. Diese könnten laut Robertson et al. ältere Frauen eher

als jüngere Frauen davon abhalten, Sprachkurse zu besuchen oder ein soziales Netzwerk aufzubauen. (12)

Es gibt wenige Studien in Deutschland, die den Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und dem Alter der Geflüchteten bzw. geflüchteten Frauen untersuchen. Richter et al. (18) berichten in ihrer Studie über die psychische Gesundheit von Asylsuchenden in Bayern ohne das Alter der Befragten als Einflussgröße zu betrachten. Und Kröger et al. (5) beschreiben das Alter ihrer Studienpopulation (Asylsuchende in Niedersachsen), untersuchen jedoch nicht den Zusammenhang zur psychischen Gesundheit.

Zum Einflussfaktor **Herkunft** ist folgendes bekannt: Laut Machleidt et al. (118) existieren bei psychischen Erkrankungen kulturspezifische Symptome. So können sich psychische Erkrankungen in Verlauf und Symptomatik in Abhängigkeit vom kulturellen Hintergrund bzw. der Herkunft unterscheiden. Außerdem ist laut Machleidt et al. die weltweite und kulturübergreifende Gültigkeit der ICD-10 nicht gewährleistet, da sie vor allem im westlichen Kulturkreis entwickelt wurde. Machleidt et al. zufolge sind festgestellte herkunftsspezifische Unterschiede in der Prävalenz somit kritisch zu betrachten.

De Jong et al. (100) stellten in ihrer internationalen Studie in *post-conflict communities* fest, dass die Prävalenzen für psychische Störungen je nach Herkunftsland stark schwanken (N=3048). Für affektive Störungen bewegte sich die Prävalenz zwischen 22,7% (Algerien) und 5,2% (Äthiopien), für Angststörungen zwischen 37,2% (Algerien) und 9,6% (Äthiopien), und für eine somatoforme Störung zwischen 8,3% (Algerien) und 2,7% (Äthiopien). Bei Gerritsen et al. (103), die Geflüchtete in den Niederlanden untersuchten (N=410), ergaben sich OR (Odds Ratio) für Symptome der PTBS für das Herkunftsland Afghanistan von 3,08 im Vergleich zu Somalia (OR=1) und für Iran von 18,46. Die OR für Symptome einer Depression/Angststörung lagen im Vergleich zu Somalia (OR=1) für Afghanistan bei 2,89 und für Iran bei 11,11.

Andere Studien hingegen konnten keine Assoziation zwischen dem Herkunftsland und der Prävalenz für psychische Symptome feststellen. Bei Hocking et al. (101) zeigten sich unter Geflüchteten in Australien keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz für psychische Symptome zwischen den Herkunftsländern (N=131).

In Studien in Deutschland zu Asylsuchenden in Landesaufnahmestellen wurden erhebliche Unterschiede in der Prävalenz der psychischen Störungen zwischen den Herkunftsländern festgestellt. Bei Kröger et al. (5) schwankten die Prävalenzen für Symptome einer psychischen Erkrankung zwischen 16,1% für die Herkunftsregion Balkan und 28,1% für die Herkunftsregion Nordafrika (N=280). Niklewski et al. (109) und Richter et al. (18) haben ihre

gemeinsamen Ergebnisse unter Asylsuchenden in Bayern nicht nach Herkunftsländern aufgeschlüsselt.

Die meisten Studien stellten erhebliche Unterschiede in der psychischen Gesundheit von Geflüchteten zwischen den Herkunftsländern fest. Vor allem Geflüchtete aus Nordafrika und dem Nahen Osten scheinen stärker psychisch belastet zu sein, als Geflüchtete aus Ostafrika und dem Balkan (100, 103). Gleichzeitig existieren wenige Studien in Europa, die den Einflussfaktor Herkunft untersuchen. In Deutschland gibt es keine Studien zum Einfluss der Herkunft auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten.

Allgemein anerkannt ist der positive Zusammenhang zwischen **Bildung** und psychischer Gesundheit (119). In der Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell 2010* (N=22.050) wurde ein eindeutiger positiver Zusammenhang festgestellt: „Je höher der Bildungsstatus, desto höher der Anteil von Menschen mit mindestens durchschnittlicher psychischer Gesundheit“ (119). Ein niedriger Bildungsstatus ist in Deutschland laut aktueller Literaturrecherche ein Risikofaktor für das Ausbilden einer PTBS (32, 35).

Die nur sehr begrenzt vorliegenden Forschungsarbeiten zum Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit bei Geflüchteten zeigen unterschiedlichste Ergebnisse: Bogic et al. (13) konnten in ihrer internationalen Untersuchung unter bosnischen Geflüchteten (N=854) eine Assoziation zwischen einem niedrigen Bildungsstand und einer schlechteren psychischen Gesundheit, d.h. einer höheren Prävalenz einer Depression/ Angststörung feststellen. Porter et Haslam (93) berichten in ihrer Metaanalyse mit über 67 000 eingeschlossenen Geflüchteten jedoch einen negativen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand vor der Flucht und der psychischen Gesundheit. Ein höherer Bildungsstand vor der Flucht, ging mit schlechterer Gesundheit nach der Flucht einher. Porter et Haslam vermuten, dass der mit der Flucht verbundene Statusverlust die psychische Gesundheit mehr negativ beeinflusst hat, als der positive Effekt im Aufnahmeland (z.B. keine bewaffneten Konflikte, bessere psychosoziale Versorgung) das ausgleichen könnten.

Sundquist et al. (10) konnten in ihrer Studie unter geflüchteten Frauen (N=120) keinen Zusammenhang zwischen der Bildung und Symptomen einer PTBS, Depression oder Angststörung feststellen.

Die Studienergebnisse zum Zusammenhang von Bildung und psychischer Gesundheit unter Geflüchteten sind insgesamt widersprüchlich. Gleichzeitig existieren keine Untersuchungen dazu unter Geflüchteten in Deutschland.

Es finden sich in der Literatur einige wenige Studien zur psychischen Gesundheit im **zeitlichen Verlauf** nach Ankunft im Aufnahmeland. Sluzki (120) entwarf 1979 ein Modell zum Prozess der Migration. Er schreibt, dass es eine euphorische Phase direkt nach der Migration gibt. Nach ungefähr sechs Monaten beginnt Sluzki zufolge eine Phase der psychischen Krise, in der u.a. die eigenen Traditionen und Identität in Frage gestellt werden, es möglicherweise zur Anpassung der eigenen Werte und Regeln kommt, die in zu starkem Gegensatz zur Kultur im Aufnahmeland stehen. Sluzki beschreibt diese Phase gerade für Familien aus Herausforderung, da die Familienmitglieder diesen Prozess unterschiedlich schnell durchleben, ihre Werte verschieden anpassen und sich feste Rollen innerhalb der Familie ändern.

Pernice et Brook (121) stellten in ihrer Studie unter Geflüchteten in Neuseeland keine solche euphorische Phase ohne psychische Belastung fest. Sie fanden auch keine Unterschiede zwischen Geflüchteten, die seit maximal sechs Monaten in Neuseeland waren, und Geflüchteten, die sich zwischen sechs Monaten und sechs Jahren dort aufhielten. Lediglich die Prävalenz für eine Depression, war bei Geflüchteten mit über sechs Jahren Aufenthalt in Neuseeland leicht gesenkt.

Ritsner et Ponizovsky (122) fanden in Israel unter Geflüchteten aus der ehemaligen Sowjetunion ebenso keine euphorische Periode oder eine Zeit ohne psychische Belastung direkt nach Ankunft. Sie konnten jedoch in ihrer longitudinalen Studie unter Geflüchteten in Israel zeigen, dass das Level an psychischer Belastung zu Beginn ansteigt, in den ersten 27 Monaten nach Ankunft seinen Höhepunkt findet und anschließend wieder absinkt. Nach 60 Monaten sind die niedrigsten Level an psychischer Belastung feststellbar. Dieser Verlauf zeigte sich bei beiden Geschlechtern.

Insgesamt sind die Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit im zeitlichen Verlauf nach der Flucht unterschiedlich und nicht eindeutig. Die vorhandenen Studien sind nicht repräsentativ und wurden alle außerhalb Europas durchgeführt.

Einen Zusammenhang zwischen der **Kinderzahl** und der Gesundheit von Müttern konnten Sperlich et al. (123) für deutsche Mütter zeigen. In die Untersuchung eingeschlossen waren 3129 Frauen. Es wurde kein linearer Zusammenhang festgestellt. Tendenziell weisen die Ergebnisse von Sperlich et al. eher darauf hin, dass Mütter mit zwei Kindern im Vergleich zu Müttern mit einem oder drei Kindern gesünder sind. Eine andere Studie in Deutschland mit über 500 Frauen, kam jedoch zu dem Schluss, dass Mütter mit zwei Kindern die geringste Lebenszufriedenheit haben (124). Auch hier fand sich kein linearer Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der Kinderzahl.

Es gibt sehr wenige Studien zum Zusammenhang der Kinderzahl und der psychischen Müttergesundheit bei geflüchteten Frauen. Eine Studie von Robertson et al. (12) unter geflüchteten somalischen Frauen in Minnesota (USA) konnte im Hinblick auf die Kinderzahl zeigen, dass die Prävalenz für Symptome der PTBS assoziiert ist mit einer hohen Kinderzahl (N=458). Frauen mit > 6 Kindern, hatten eine höhere Prävalenz von PTBS-Symptomen, als Frauen mit \leq 6 Kindern. Außerdem war die Kinderzahl mit allen anderen in der Studie untersuchten Faktoren (Analphabetismus, Elternschaft, allein lebend, Bildungsniveau unter *High School*-Niveau, Ehemann abwesend und keine Englischkenntnisse) assoziiert. Robertson et al. sind der Meinung, dass familiäre Verpflichtungen ältere Frauen mit großen Familien davon abhalten u.a. ein unterstützendes soziale Netzwerk zu pflegen oder in Sprachkurse zu gehen. Für Robertson et al. scheinen Kinder außerdem ein zusätzlicher Risikofaktor für psychische und soziale Probleme zu sein.

Es gibt keine Studien unter geflüchteten Frauen in Deutschland, die den Einfluss der Kinderzahl auf die psychische Gesundheit untersuchen.

Die bisher beschriebenen Merkmale sind soziodemographische Faktoren, die nicht oder nur langfristig veränderbar sind. Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen **fluchtspezifischen Faktoren** und der psychischen Gesundheit dargestellt (Trennung von den Kindern, potenziell traumatisierende Erlebnisse (PTE), negative Erfahrungen während und nach der Flucht, Unterbringungssituation im Aufnahmeland). Diese Faktoren sind potenziell kurzfristig veränderbar, z.B. durch Psychotherapie oder Gesetzesänderungen bezüglich Familienzusammenführung, Residenzpflicht und Unterbringungsbedingungen. Das stellt ein erhebliches Verbesserungspotential in der Lebenswelt Geflüchteter in Deutschland dar.

Eine **Trennung von den Kindern** kann als ein Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit gewertet werden. Denn neben der Kinderzahl spielt auch die Tatsache, ob die Frauen ohne ihre Kinder geflohen sind oder getrennt von ihren Kindern leben, eine wichtige Rolle. Es existieren zu diesem Thema kaum Studien unter Geflüchteten. Eine Untersuchung von Rousseau et al. (125) in Kanada hat gezeigt, dass bei afrikanischen Geflüchteten eine signifikante Korrelation zwischen der Trennung von der Familie und psychischer Belastung besteht (N=113). Rousseau et al. stellten fest, dass sich fast alle Geflüchteten, die getrennt von ihren Kindern waren, eine Familienzusammenführung wünschten und dass die Trennung von den Kindern als sehr belastend erlebt wurde. Dies galt auch für Kinder über 18 Jahren, für die ein Familiennachzug nicht in Frage kommt (126).

Eine europäische Studie von Ryan et al. (90) kam bei einer Untersuchung unter Geflüchteten in Irland ebenfalls zu dem Schluss, dass eine Trennung von den eigenen Kindern ein Risikofaktor für psychische Belastung ist (N=232). Laban et al. (6) stellten unter irakischen Asylsuchenden fest (N=294), dass ein Leben getrennt von den eigenen minderjährigen Kindern mit einer oder mehreren psychiatrischen Erkrankungen einhergeht. Ein Leben getrennt von den volljährigen Kindern war bei Laban et al. assoziiert mit somatoformen Störungen.

Insgesamt zeigen die Untersuchungen, dass bei einer Trennung von den eigenen Kindern, unbeachtet des Alters der Kinder, eine erhöhte Prävalenz an psychischen Symptomen zu erwarten ist.

Bezüglich der **Anzahl an potenziell traumatisierenden Ereignissen (PTE)** ist zu erwarten, dass mehr PTE mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergehen. Robertson et al. (12) erhoben die Anzahl an PTE in ihrer Studie. Es wurden 57 mögliche Konflikt-assoziierte traumatische Erlebnisse abgefragt. Sie stellten in ihrer Studie unter geflüchteten Frauen der Oromo und Somali (N=458) in den USA eine unerwartet hohe Anzahl an PTE fest. Die durchschnittliche Anzahl an berichteten PTE unter den geflüchteten Frauen betrug 22 (SD 10,7). Eine höhere Anzahl an berichteten PTE war mäßig bis stark assoziiert mit größeren sozialen, psychologischen und physischen Problemen ($p < 0,001$). Eine höhere Anzahl an berichteten PTE war außerdem assoziiert mit den Merkmalen höheres Alter, Analphabetismus, Bildungsniveau unter High-School Niveau, abwesender Ehepartner, Kindererziehung und allein lebend zur Zeit des Interviews. Hocking et al. (101) stellten in ihrer Studie in Australien unter Asylbewerbern (n=98) und Flüchtlingen (n=33) eine durchschnittliche Anzahl an berichteten PTE von 12,8 fest. Sie identifizierten eine höhere Anzahl an PTE als einen von mehreren Risikofaktoren für die Ausbildung einer psychischen Symptomatik.

Folgende Studien aus Europa untersuchten ebenfalls die Anzahl der PTE. Gerritsen et al. (103) kamen in ihrer Studie unter Asylbewerbern und Flüchtlingen in den Niederlanden zu ähnlichen Ergebnissen (N=479). Eine höhere Anzahl an PTE war assoziiert mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand und Symptomen einer PTBS, Depression und Angststörung. Heeren et al. (84) untersuchten in ihrer Studie u.a. Asylbewerber (n=65) in der Schweiz. In der Gruppe der Asylbewerber wurden durchschnittlich 8,4 PTE berichtet. Von allen möglichen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit zeigten laut Heeren et al. nur die Anzahl an PTE, die soziale Erwünschtheit, Ressourcen nach der Flucht¹³ und der Aufenthaltsstatus einen

¹³ In dieser Studie definiert als Arbeitszufriedenheit, soziale Kontakte außerhalb der Familie, soziale Kontakte mit Schweizer Staatsbürgern, Freizeitaktivitäten, Konsumieren von Nachrichten und Deutschkenntnisse.

Zusammenhang zur psychischen Gesundheit. Die Anzahl unterschiedlicher PTE ist laut Heeren et al. als ein prädiktiver Faktor für eine PTBS und klinische relevante Symptome einer Depression und einer Angststörung zu sehen.

Untersuchungen dazu unter Asylsuchenden in Deutschland wurden von Kröger et al. und Richter et al. durchgeführt. Kröger et al. (5) fanden heraus, dass 92% der Befragten von mindestens einem PTE berichteten (N=280). Die durchschnittliche Anzahl an PTE lag bei 3. Richter et al. (18) geben keine durchschnittliche Anzahl an PTE an (N=283). Sie sagen, dass 28% der Befragten von persönlich erlebten gewalttätigen Angriffen berichteten, 24% vom Tod einer wichtigen Bezugsperson und 22% vom Aufenthalt in einem Kriegsgebiet.

Insgesamt zeigen die Studienergebnisse, dass eine größere Anzahl an PTE mit mehr psychischen Symptomen einhergeht. Die Angaben zur durchschnittlichen Anzahl an PTE sind sehr heterogen. Zum Zusammenhang zwischen der Anzahl der PTE und der psychischen Gesundheit bei geflüchteten Frauen wurden keine Studien gefunden.

Bezüglich der **Art der PTE** findet sich in aktueller Literatur (32), dass das Risiko für eine PTBS u.a. von der Art des PTE abhängt. Intendierte Traumata (d.h. *man-made-disaster*) gehen mit einem höheren Risiko für eine PTBS einher. Genauso gehen wiederholte und langfristige Traumata mit einem höheren Risiko für eine PTBS einher, als einmalige oder kurzfristige PTE. Das Risiko für eine PTBS beträgt nach Vergewaltigung 55-80%, nach Kriegseinsätzen ca. 35%, nach Unfällen ca. 8% und nach Naturkatastrophen ca. 5%. (32)

Sundquist et al. (87) kamen in ihrer Studie in Schweden zu dem Schluss, dass PTE wie Gewalterfahrung vor der Flucht keinen signifikanten Einfluss auf die psychische Belastung von Migranten hatte (N=1980).

Keller et al. (17) stellten in ihrer Studie über den Gesundheitszustand geflüchteter Folteropfer fest (N=225), dass die Ausprägung von Symptomen einer Angststörung, Depression und PTBS signifikant mit einigen PTE korreliert ist. Mehr Symptome einer PTBS, Angststörung und Depression wiesen Befragte auf, die vergewaltigt worden waren, die Todesdrohungen erhalten hatten, oder die Zeuge von Gewaltanwendung geworden waren.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse wie zu erwarten war, dass von PTE vor allem Gewalterfahrungen mit einer schlechteren psychischen Gesundheit bei Geflüchteten assoziiert sind. Gleichzeitig unterscheiden sich die bisherigen Studien stark in der Einteilung der PTE und Auswahl der untersuchten PTE. Es wurden keine Studien gefunden, die sich im Besonderen mit PTE bei geflüchteten Frauen beschäftigen.

Der Einfluss **belastende Erfahrungen während der Flucht** auf die psychische Gesundheit ist bisher kaum untersucht worden. In den wenigsten Untersuchungen werden die Erfahrungen während der Flucht als ein getrenntes Merkmal untersucht. Es gibt zwei Publikationen im Auftrag des Europäischen Parlaments, die die bisherigen Erkenntnisse zur Aufnahme von geflüchteten Frauen in Deutschland (57) und der Integration von geflüchteten Frauen in der Europäischen Union (EU) (2) zusammenfassen. In der erstgenannten Publikation (57) wird über die Flucht von Frauen allgemein gesagt, dass sie auf der Reise Gewalt und Missbrauch durch Schmuggler, andere Flüchtende, Staatsangestellte und Personal in den Aufnahmeeinrichtungen ausgesetzt sind. Die zweitgenannte Publikation (2) berichtet ähnliches, sie geht davon aus, dass Frauen auf der Flucht vermehrt Gewalt ausgesetzt sind. Es wurden keine weiteren Studien gefunden, die negative Erfahrungen während der Flucht als eigenständigen Faktor untersuchen.

Es ist wissenschaftlich anerkannt, dass u.a. die Lebensumstände, wie z.B. die Arbeitsbedingungen und die Unterbringungssituation, die Gesundheit beeinflussen (127). Zum Einfluss **belastender Erfahrungen nach der Flucht** (wie der Asylprozess, die Lebensumstände im Aufnahmeland, Diskriminierung im Aufnahmeland) auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten existieren nur wenige Untersuchungen. Im Folgenden sind die wichtigsten Erkenntnisse dargestellt.

Eine weltweite Metaanalyse von Porter et Haslam (93), die über 67.000 Untersuchte einschloss, analysierte Studien zu Geflüchteten, Binnenflüchtlingen und Staatenlosen. Porter et Haslam stellten fest, dass das Recht zu arbeiten, Zugang zu Beschäftigung und der Erhalt des sozioökonomischen Status einen positiven Zusammenhang zu einer besseren psychischen Gesundheit hatten. Porter et Haslam schlussfolgern, dass psychische Krankheit unter Geflüchteten keine unvermeidliche Reaktion auf erlebte PTE ist, sondern von Faktoren im Aufnahmeland abhängt, die verändert werden können.

Eine systematische Übersichtsarbeit von Bozorgmehr et al. (8) kommt zum dem Schluss, dass es nur wenige Studien zum Einfluss von sozialem Wohlbefinden und sozialen Faktoren auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland gibt. Bozorgmehr et al. schlossen 52 Publikationen zur psychischen Gesundheit von Geflüchtete in Deutschland in ihre Untersuchung ein. Diese Studien bestätigen Bozorgmehr et al. zufolge die „internationale Erkenntnis, dass die Lebens- und Unterbringungssituation während des Asylverfahrens als psychisch belastend erfahren wird“. Bozorgmehr et al. fanden keine Studien, die versuchten einen kausalen Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland und sozialem Wohlbefinden bzw. sozialen Faktoren nachzuweisen.

Ryan et al. (90) untersuchten in ihrer prospektiven Studie das psychische Belastungsniveau und die Prädiktoren für psychische Belastung bei Asylsuchenden und Flüchtlingen in Irland. Risikofaktoren für psychische Belastung sind laut Ryan et al. u.a. ein weibliches Geschlecht, ein unsicherer legaler Status, Abhängigkeit von Sozialhilfe und Erfahrungen von Diskriminierung.

Hocking et al. (101) identifizierten in ihrer Studie in Australien fünf Faktoren, die die Vulnerabilität von Asylsuchenden und Flüchtlingen für psychische Symptome erhöhen: ein unsicherer legaler Status, (eine höhere Anzahl von PTE), eine erhöhte Anzahl an Ablehnungen des Asylantrags, Arbeitslosigkeit und keine gesicherte Gesundheitsversorgung. Der Erhalt einer Arbeitserlaubnis und einer subventionierten Gesundheitsversorgung verbesserte den psychischen Gesundheitszustand in dieser Stichprobe bei Hocking et al. deutlich.

Laban et al. (6) untersuchten in den Niederlanden unter irakischen Asylbewerbern die Postmigrationsschwierigkeiten und den Einfluss dieser auf die häufigsten psychischen Erkrankungen (N=294). Postmigrationsschwierigkeiten in den Bereichen Familienangelegenheiten, Diskriminierung, Asylverfahren, sozioökonomische Lebensbedingungen und berufliche Angelegenheiten, waren signifikant assoziiert mit psychischer Erkrankung. Laban et al. stellten fest, dass ein langes Asylverfahren, Trennung von Familien und kein Recht zu arbeiten den stärksten Zusammenhang zu Psychopathologien hat.

Eine Studie von Sundquist et al. (87) unter Migranten in Schweden (N=1980), stellte fest, dass Faktoren, wie ökonomische Schwierigkeiten im Aufnahmeland und fehlende Sprachkenntnisse in der Landessprache einen größeren Einfluss auf die psychische Gesundheit von Migranten haben, als Gewalterfahrung vor der Flucht. Sundquist et al. empfehlen daher, dass medizinisches Personal und Psychiater neben Gewalterfahrung vor der Flucht auch andere Risikofaktoren für psychische Krankheit in Betracht ziehen sollten.

Eine Studie von Sundquist et al. (10) in Schweden unter geflüchteten Frauen aus Bosnien (N=120), stellte fest, dass Frauen mit einem schlechten sozialen Netzwerk ein höheres Risiko für psychische Symptome hatten. Außerdem hatten geflüchtete Frauen mit ökonomischen Schwierigkeiten ein höheres Risiko für Symptome einer Depression.

Insgesamt zeigen die genannten Untersuchungen, dass negative Erfahrungen nach der Flucht mit einer deutlichen psychischen Belastung einhergehen. Gerade die Lebensumstände im Aufnahmeland scheinen einen wichtigen Einfluss auf die psychische Gesundheit zu haben. Die Studien unterscheiden sich jedoch deutlich in den untersuchten Faktoren und ihren Studienpopulationen und sind schwer vergleichbar.

2.6 FRAGESTELLUNG

Ziel dieser Untersuchung ist es die Häufigkeiten von Symptomen einer Depression, Angststörung und somatoformen Störung unter geflüchteten Frauen in Mainz aus Ländern mit einer hohen Bleibereichtsperspektive zu erfassen, d.h. Afghanistan, Eritrea, Iran, Somalia und Syrien. Diese Länder galten zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2016 als schwere Krisengebiete mit kriegerischen Auseinandersetzungen, Unterdrückung oder politischer Instabilität, weshalb für die geflüchteten Frauen aus diesen Ländern eine hohe Bleibeperspektive für Deutschland bestand. Gleichzeitig wird der Zusammenhang zu soziodemographischen und fluchtspezifischen Merkmalen untersucht. Ziel ist es Risikofaktoren für Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung zu identifizieren und herauszufinden, welche Bedingungen in der Lebenswelt von geflüchteten Frauen in Mainz bzw. bundesweit geändert werden könnten, um eine bessere psychische Gesundheit für geflüchtete Frauen und damit auch eine bessere Integration zu erreichen.

Anhand der aktuellen Literatur wurden Merkmale in der Lebenswelt von geflüchteten Frauen ausgewählt, deren Zusammenhang zu Symptomen psychischer Störungen in dieser Arbeit untersucht werden sollen. Von den ausgewählten Merkmalen ist am ehesten ein Einfluss auf die psychische Gesundheit geflüchteter Frauen zu erwarten und somit auch die Möglichkeit aus den Ergebnissen dieser Untersuchung Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Es wurden folgenden Forschungsfragen ¹⁴ formuliert:

1. Wie hoch ist die Prävalenz für klinisch relevante Symptome einer Depression, Angststörung und somatoformen Störung bei geflüchteten Frauen in Mainz und Umgebung?
2. Deuten die Daten darauf hin, dass soziodemographische Faktoren, wie ein hohes Alter, eine hohe Bildung oder eine hohe Kinderzahl mit höheren Prävalenzen für Symptome einer Depression, Angststörung und somatoformen Störung einhergehen?
3. Deuten die Daten darauf hin, dass fluchtspezifische Faktoren, wie eine hohe Anzahl an PTE, eine Trennung von den Kindern, belastende Erfahrungen in Deutschland oder eine geringe Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation mit höheren Prävalenzen für Symptome einer Depression, Angststörung und somatoformen Störung einhergehen?

¹⁴ Aufgrund der kleinen Fallzahl (N=92) sind hier Forschungsfragen und keine Forschungshypothesen formuliert.

4. Deuten die Daten darauf hin, dass das Auftreten psychischer Symptome durch leicht abzufragende Merkmale, wie Alter, Bildung, Herkunft und Kinderzahl, ebenso gut beschrieben werden kann, wie mit der zusätzlichen und möglicherweise traumatisierenden Abfrage der Anzahl an PTE?

Ziel dieser Arbeit ist es, die Prävalenz von klinisch relevanten psychischen Symptomen unter geflüchteten Frauen zu erfassen und relevante Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von geflüchteten Frauen zu identifizieren. Dies soll helfen Risikogruppen zu erkennen und die Gesundheit sowie den Lebensraum von geflüchteten Frauen in Deutschland zu verbessern.

3 MATERIAL UND METHODEN

Zuerst werden das Studiendesign und die Studienpopulation beschrieben. Dann folgt eine kurze Ausführung zum verwendeten Fragebogen und zur Durchführung der Befragung. Anschließend werden die Variablen und ihre Operationalisierung dargestellt.

3.1 DATENGRUNDLAGE: FEMALE REFUGEE STUDY

Die verwendeten Daten wurden im Rahmen der *Female Refugee Study* der Beauftragten des Bundesministeriums für Migration, Flüchtlinge und Integration, Staatsministerin Aydan Özoğuz, erhoben. Die *Female Refugee Study* ist eine deutschlandweite multizentrische Befragungs- und Querschnittsstudie. Sie untersucht die psychosoziale Situation von geflüchteten Frauen in Gemeinschaftsunterkünften. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Oktober 2016 bis Januar 2017.

An dieser Studie beteiligten sich die fünf Universitätskliniken bzw. Institute folgender Bundesländer mit den Standorten/ Städten: Rheinland-Pfalz mit Standort Mainz, Mecklenburg-Vorpommern mit Standort Rostock, Berlin, Bayern mit Standort Nürnberg und Hessen mit Standort Frankfurt. Die jeweiligen Kooperationspartner waren Prof. Dr. Letzel in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Kimbel und Frau Zier aus dem Institut¹⁵ der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock, das St. Hedwig-Krankenhaus Berlin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité (Studienzentrale), das Institut für Psychologie, Bereich Klinische Psychologie & Psychotherapie der Johann Goethe-Universität Frankfurt und die Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie des Klinikums Nürnberg.

Jede teilnehmende Einrichtung sollte 100 geflüchtete Frauen anhand eines Fragebogens zu ihrer Lebenssituation, Gesundheit und psychosozialen Versorgung schriftlich befragen. Der standortübergreifende Fragebogen wurde von der Studienzentrale in Kooperation mit allen teilnehmenden Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungen erstellt. Jede Einrichtung hatte die Möglichkeit der bundesweiten Befragung einen standortspezifischen Schwerpunkt hinzuzufügen, der sich in Mainz auf die gesundheitliche Versorgung geflüchteter Frauen bezog.

¹⁵ Im Folgenden *Institut* genannt.

Als epidemiologische Studie war die durchgeführte Untersuchung auf das positive Votum der Ethikkommission der jeweiligen Bundesländer angewiesen. Die Studiendesigns wurden in jedem Bundesland der jeweils zuständigen Ethikkommission vorgelegt und bewilligt. Die *Female Refugee Study* (Arbeitstitel: Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland) ist unter der Nummer 837.316.16 (10635) bei der Ethikkommission der *Landesärztekammer RLP* registriert und wurde am 19.09.2016 bewilligt. Am 22.09.16 gab das Amt für Soziale Leistungen der Stadtverwaltung Mainz, als Betreiber der Gemeinschaftsunterkünfte in Mainz, seine Zustimmung zu der Studie und ermöglichte somit die Kontaktaufnahme mit den geflüchteten Frauen in den Gemeinschaftseinrichtungen. Das rheinland-pfälzische Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz gab als Betreiber der Erstaufnahmeeinrichtung in Ingelheim am 09.08.16 seine Zustimmung zur Befragung von Frauen in dieser Einrichtung.

Im Oktober 2016 trafen die Einschlusskriterien (weiblich, volljährig, Herkunft aus Ländern mit hoher Bleiberechtperspektive) auf insgesamt 332 geflüchtete Frauen in Mainz und Umgebung (Ingelheim) zu. Es konnten 92 Frauen für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Einschlusskriterien für die Studie waren:

- Weibliches Geschlecht
- Volljährigkeit (mindestens 18 Jahre alt)
- Herkunft aus Ländern mit hoher Bleiberechtperspektive (Afghanistan, Eritrea, Irak¹⁶, Iran, Somalia und Syrien) (128)
- Ausreichende kognitive Fähigkeiten zur Befragung (die Fähigkeit des Lesens und Schreibens waren keine Voraussetzungen)
- Ausreichende Kenntnisse in einer der Studiensprachen (Arabisch, Dari/Farsi, Somali, Tigrinya)
- Anzutreffen in einer Gemeinschaftsunterkunft oder Erstaufnahmeeinrichtung für Geflüchtete in Mainz und Umgebung (Ingelheim)
- Unterschriebene Zustimmungserklärung zur Studienteilnahme

¹⁶ Da die Außenstellen des BAMF in RLP nicht für das Herkunftsland Irak zuständig sind, werden in RLP keine Geflüchteten aus dem Irak zugeteilt (128). Dementsprechend konnten am Standort Mainz auch keine geflüchteten Frauen aus dem Irak für die Befragung rekrutiert werden.

3.2 FRAGEBOGEN UND DURCHFÜHRUNG

Nach einer kurzen Beschreibung der verwendeten Fragebögen (Erhebungsinstrumente) und ihrer kultursensitiven Übersetzung in die Sprachen der Studienteilnehmerinnen folgt eine Beschreibung des Aufgabenbereichs der im Forschungsprojekt eingesetzten wissenschaftlichen Hilfskräfte und den Herausforderungen, die mit dieser Tätigkeit verbunden waren. Daran schließt sich die genaue Beschreibung der Durchführung der schriftlichen Befragung und der Dateneingabe an.

Der standortübergreifende Fragebogen, der in einem mehrstufigen Verfahren mit allen beteiligten Instituten entwickelt wurde, bestand aus geschlossenen (quantitativen) und offenen (qualitativen) Fragen. Abgefragt wurden hierbei soziobiographische Daten (bspw. Alter, Herkunftsland, Anzahl der Kinder), die Lebensqualität, Symptome der Depression, der Angst, aber auch körperliche Symptome. Ferner das Erleben potenziell traumatisierender Ereignisse, die Fluchtgründe, Fluchterfahrungen, Erfahrungen nach der Ankunft in Deutschland, sowie körperliche und seelische Belastungen und Wünsche für die Zukunft. Wie zuvor erläutert ergänzte das Institut der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz den Fragebogen um weitere 23 Fragen. Diese bezogen sich auf den medizinischen/psychologischen Versorgungsbedarf, Zugangsmöglichkeiten und Wartezeiten für einen Arzt-/Therapeutentermin (insbesondere der Gynäkologie) und den Behandlungsverlauf (falls erfolgt). Weitere Fragen bezogen sich auf den Ausgang bzw. die Entscheidung des Asylverfahrens, die aktuelle Unterbringungssituation, die Teilnahme an einem Integrationskurs, soziale Kontakte, Inanspruchnahme von Hilfe und Fragen zur Kontrollüberzeugung.

Die Übersetzung des Fragebogens in die Sprachen Arabisch, Farsi, Somali und Tigrinya erfolgte durch Hin- und Rückübersetzung (*back-translation* Methode) - ein übliches Verfahren in mehrsprachigen Studien (129). Dabei wird der übersetzte Fragebogen durch eine andere Person wieder zurückübersetzt und anschließend mit dem Original verglichen (129).

Die für die Befragung der geflüchteten Frauen notwendigen wissenschaftlichen Hilfskräfte waren bilingual, sprachen sowohl Deutsch als auch die Sprache ihres Herkunftslandes bzw. dem ihrer Eltern flüssig. Sie studierten zum Befragungszeitpunkt an der Universität Mainz und waren ausschließlich weiblich. Das sollte kulturell unterschiedliche Gewohnheiten im Umgang mit dem anderen Geschlecht nicht zum Problem für die Befragung machen. Die Hilfskräfte wurden ausführlich zum Umgang mit den Erhebungsinstrumenten und der Befragungssituation geschult. Ein Schwerpunkt der Schulung und Betreuung der Mitarbeiterinnen betraf den

Umgang mit Notfällen unter der Befragung und den Umgang mit belastenden Erfahrungen, die ihnen im Laufe der Befragungen von den Frauen berichtet wurden. Für akut auftretende, einer medizinischen Intervention bedürftige, psychische Belastungssituationen war die psychotherapeutische Ambulanz kurzfristig erreichbar. Für die Mitarbeiterinnen waren sowohl regelmäßige Supervisionsangebote vorhanden als auch die Möglichkeit jederzeit mit einer der Studienleiterinnen nach einer belastenden Befragung in Kontakt zu treten.

Im Folgenden wird die Rekrutierung von Teilnehmerinnen und die Durchführung der Befragung beschrieben. In allen Gemeinschaftsunterkünften in Mainz und in der AfA in Ingelheim wurde zur Teilnahme an der *Female Refugee Study* eingeladen. Durch Aushänge in den Unterkünften und die darin angekündigten Informationsveranstaltungen wurde auf die Studie aufmerksam gemacht. Zusätzlich machten die Sozialarbeiter und Hilfskräfte mündlich auf die Studie aufmerksam. Die Informationsveranstaltungen mit den Studienleiterinnen und den wissenschaftlichen Hilfskräften als Dolmetscher fanden sehr unterschiedlichen Anklang. Während es in den größten Unterkünften sehr schwer war interessierte Frauen zur Teilnahme an den Informationsveranstaltungen zu gewinnen, war es in kleineren Unterkünften durchaus leichter. Nach den Informationsveranstaltungen wurden Termine (frühestens 24h nach der Informationsveranstaltung zur ausreichenden Bedenkzeit) für die Befragung ausgemacht. Die Befragungen fanden in der Regel in der jeweiligen Gemeinschaftsunterkunft. In Ausnahmefällen auch im Institut, wenn es keinen geeigneten Raum zur Befragung in der Unterkunft gab. Die schriftliche Befragung fand in einem für Dritte nicht zugänglichen, störungsfreien Raum statt, in dem nur die Teilnehmerin und die wissenschaftliche Hilfskraft anwesend waren.

Bei einigen Befragungen waren Familienmitglieder anwesend, dies führte nicht zum Ausschluss aus der Studie, wurde im Befragungsprotokoll jedoch festgehalten. Die Teilnehmerinnen füllten den Fragebogen entweder selbst oder mit Hilfe der Hilfskräfte aus. Waren die Teilnehmerinnen Analphabetinnen wurden ihnen die Fragen vorgelesen und ihre jeweiligen Antworten von der Hilfskraft dokumentiert. Die Befragung dauerte im Regelfall 90 Minuten. Störungen bei der Befragung wurden protokolliert. Nach der Befragung wurden die ausgefüllten Fragebögen in einem geschlossenen Umschlag einer der Studienleiterinnen im Institut übergeben. Die Fragen mit Mehrfachauswahl zum Ankreuzen wurden mit der Technik des *Optimal Mark Recognition* (OMR) digital erfasst und als Datensatz auf den Rechnern des Institutes gespeichert. Die Freitextangaben wurden im Institut von den Hilfskräften ins Deutsche übersetzt und in den Datensatz eingefügt.

Um den befragten Frauen eine nachträgliche Teilnahmeverweigerung an der Studie zu ermöglichen, mussten die Daten mit einem Code personalisiert werden. Die formale Anonymität der Daten wurde gewahrt, indem eine strenge Trennung der Namensliste mit den zugehörigen Codes von den restlichen Daten erfolgte. Zusätzlich sind die Namen der Teilnehmerinnen und ihre zugehörigen Codes im Institut in einem abgeschlossenen Schrank vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt.

3.3 VARIABLEN UND OPERATIONALISIERUNG

In diesem Kapitel werden zuerst die psychometrischen Erhebungsinstrumente und anschließend die damit erhobenen Zielgrößen beschrieben. Danach werden die unabhängigen Variablen und ihre Operationalisierung beschrieben.

Es sind mehrere psychometrische Erhebungsinstrumente in den Fragebogen eingearbeitet. Für die vorliegende Arbeit relevante Instrumente sind die *Hopkins-Symptom Checklist* (HSCL-25) (130-132), die Skala 1 der *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL) (133), die *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS) (134), das *Harvard Trauma Questionnaire* (135) und der *EUROHIS-Quality of Life 8-Item Index* (EU-QoL) (136). Sie werden in gleicher Reihenfolge im folgenden Text beschrieben.

Das Instrument **HSCL-25** dient der Erfassung von Symptomen einer Depression und Angststörung. Die ersten Versionen der HSCL-25 gehen zurück auf die Arbeiten von Parloff et al. (137, 138). Parloff et al. waren Angehörige der John Hopkins-Universität und entwickelten Anfang der 1950er ein Instrument zur Messung von Psychotherapieeffekten (138). Die englische Version der HSCL-25¹⁷ wurde zum ersten Mal 1980 von Hesbacher et al. (139) eingesetzt, um ambulante Patienten mit psychischen Erkrankungen symptom-basiert zu identifizieren (121). Die HSCL-25 fragt Symptome einer Depression (15 Items)¹⁸ und einer Angststörung (10 Items)¹⁹ in den letzten 7 Tagen mit einer 4-stufigen Likert-Skala ab (138). Die Likert-Skala reicht von *überhaupt nicht*, was dem Zahlenwert 1 entspricht, bis *stark* (=4). Außerdem eignet sich die HSCL-25 auch dazu Symptome einer psychischen Belastung festzustellen. Glaesmer et al. (130) führten eine Evaluation der HSCL-25 in der deutschen Bevölkerung durch. Sie stellten Mittelwerte für die deutsche Bevölkerung von 1,29 (SD=0,34) für die Items der Angst, 1,30 (SD=0,42) für die Items Depression und 1,29 (SD=0,37) für die globale psychische Belastung fest (alle 25 Items). Glaesmer et al. kritisierten die Trennschärfe

¹⁷ Es gibt mehrere Versionen der HSCL (z.B. HSCL-90, HSCL-72, HSCL-58).

¹⁸ Im Folgenden Depressionsskala genannt.

¹⁹ Im Folgende Angstskala genannt.

der HSCL-25 zwischen Symptomen einer Depression und einer Angst und stellten Korrelationen zwischen den Skalen von 0,78 fest.

Inzwischen wurde die HSCL-25 bereits in mehrere Sprachen übersetzt und vor allem in interkulturellen Studien eingesetzt (96). In einer kritischen Übersichtsarbeit (96) zu psychometrischen Erhebungsinstrumenten bei Geflüchteten wurde zur HSCL-25 festgestellt, dass sie zwar nicht für die Anwendung bei Geflüchteten entwickelt wurde, aber inzwischen unter Geflüchteten getestet wurde und eine sehr gute Validität und Reliabilität aufweist. Für die Länder Afghanistan, Iran, Irak, Eritrea, Somalia und Syrien existieren keine validierten Versionen der HSCL-25 (131, 140, 141).

Zur Auswertung der HSCL-25 werden die drei Scores (= Mittelwerte aus den Antworten) berechnet, T-transformiert und mit Normtabellen verglichen (138). In interkulturellen Studien ist jedoch die Anwendung eines Grenzwertes auf den errechneten Score üblich (96). Am geläufigsten ist der Grenzwert 1,75 (131, 138, 142). Mollica et al. (131) kamen in einer Untersuchung der indochinesischen Version der HSCL-25 zu dem Ergebnis, dass die Sensitivität und Spezifität für den Grenzwert 1,75 bei jeweils 0,88 und 0,73 liegen. Daneben findet sich in der Literatur auch der Grenzwert 1,55 (132). Gleichzeitig zeigten Ventevogel et al. (142) mit ihrer Evaluation der HSCL-25 in der afghanischen Bevölkerung, dass sich die Grenzwerte kultur- und geschlechtsabhängig stark unterscheiden. Sie schlugen für afghanische Befragte die Grenzwerte 2,25 für Frauen und 1,50 für Männer vor. Eine Studie von Lee et al. (143) untersuchte die Validität der HSCL-25 unter schwangeren Frauen in einer Frauenklinik in Tansania. Lee et al. fanden in ihrer Studienpopulation für die Depressionsskala einen durchschnittlichen Score von 1,15 ($\pm 0,30$) und für die Angstskala einen durchschnittlichen Score von 1,16 ($\pm 0,26$). Kulturell angepasst und validiert sind ausschließlich die kambodschanische, vietnamesische, laotische und indochinesische Version der HSCL-25 (131, 140).

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Grenzwert 1,75 angewendet, da in der Studienpopulation von einer hohen Grundbelastung auszugehen war. Es sollte außerdem zu keiner Überschätzung der Symptomlast kommen, jedoch auch nicht zu einer Unterschätzung. Insgesamt ist ein einheitlicher Grenzwert unzufriedenstellend, jedoch existiert nicht für jedes Land ein spezifischer Grenzwert.

Das psychometrische Erhebungsinstrument **SCL** (Symptom Checklist 90-Revised) ist in dieser Arbeit ein Maß für die somatoforme Störung. Die SCL hat sich ursprünglich, wie die HSCL-25 auch, aus einem Erhebungsinstrument von Parloff et al. zur Messung von

Psychotherapieeffekten entwickelt (138). Seit 1973 existiert die SCL in ihrer heutigen Form von Derogatis et al. mit 90 Items (144). Die Skala 1 der SCL (12 Items)²⁰ fragt Symptome der Somatisierung in den letzten 7 Tagen mit einer 5-stufigen Likert-Skala ab (145). Die Likert-Skala reicht von *überhaupt nicht*, was dem Zahlenwert 0 entspricht, bis *sehr stark* (=4). Skala 1 umfasst zwölf Items, die „einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen beschreiben“ (146). Diese abgefragten Symptome treten typischerweise bei einer somatoformen Störung auf (32). In einer deutschen Validierungsstudie zur SCL von Schmitz et al. (147), lag der mittlere Score von Skala 1 in der Kontrollgruppe bei 0,35 (SD=0,30) und unter psychosomatischen Patienten bei 1,09 (SD=0,77).

Bei der Normierung der SCL für die deutsche Bevölkerung kamen Hessel et al. (148) zu dem Schluss, dass die SCL eine gute Reliabilität für die Globalwerte (u.a. GSI) zur psychischen Symptombelastung besitzt. Jedoch gibt es laut Hessel et al. (148) keine ausreichende Validität für die Abgrenzung einzelner Symptombereiche durch Auswertung einzelner Skalen. In dem oben bereits erwähnten Review von Hollifield et al. (96) zu psychometrischen Erhebungsinstrumenten bei Geflüchteten wurde auch die SCL-90-R (SCL) untersucht. Laut Hollifield et al. (96) korreliert Skala 1 der SCL zu Somatisierung gut mit anderen validierten Instrumenten zu Somatisierung bei Geflüchteten. Es gibt keine Untersuchungen zur Reliabilität der SCL unter Geflüchteten (96).

Zur Auswertung der SCL werden die Scores der einzelnen Skalen berechnet. Sie entsprechen den Mittelwerten aus den angekreuzten Antworten. Die errechneten Scores werden sonst anschließend t-transformiert und mit Normwerten verglichen, die aus verschiedenen Populationen (Normalbevölkerung, Studenten, Psychatriepatienten) stammen (133). Als Alternative Auswertungsmethode nennt Franke (133) die Anwendung von Grenzwerten. Sie nennt den allgemeinen Grenzwert von 0,57, ab dem man Symptome einer psychischen Störung annimmt. Hauff et Vaglum (149) haben in ihrer Studie unter Geflüchteten den Grenzwert von 1 verwendet. Beide Grenzwerte beziehen sich auf den gesamten Fragebogen und nicht allein auf die Auswertung von Skala 1. Eine Auswertungsmethode nur für Skala 1 berichten Jyvasjärvi et al. (150) und Rask et al. (115). Wenn 8 oder mehr Symptome (Items) der Skala 1 mit mindestens *ein wenig* angegeben worden waren, sind sie von Symptomen einer Somatisierung ausgegangen.

In dieser Arbeit wurde die Auswertungsmethode nach Rask et al. (115) verwendet. Sie ist als einzige Auswertungsmethode in der Literatur zu finden, die für die Auswertung von Skala 1

²⁰ Im Folgenden Somatisierungsskala genannt.

allein verwendet wurde. Sie bewertet die Symptomanzahl. Insgesamt ist diese Auswertungsmethode nicht zufriedenstellend, da sie nicht validiert sind und nicht im Handbuch der SCL aufgeführt ist.

Daraus folgt, dass die Scores der HSCL-25 nach Grenzwert ausgewertet wurden und Skala 1 nach Symptomzahl. Um den Einfluss der sich unterscheidenden Auswertungsmethoden einschätzen zu können, wurde alle Scores nach beiden Methoden ausgewertet. Die Ergebnisse wurden anschließend verglichen.

Die **PTE (potenziell traumatisierende Erlebnisse)** wurden anhand einer Liste von 24 Items abgefragt. Die Studienzentrale erstellte diese Liste mit 24 PTE²¹ und einer Freitextangabe in Anlehnung an die *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS) von Foa (134, 151) und das *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) von Mollica et al. (135). Sie wurden ursprünglich als Messinstrumente für eine PTBS entwickelt. Die PTE werden in dem hier verwendeten Fragebogen auf das gesamte Leben bezogen und anhand einer fünfstufigen Likert-Skala abgefragt (Stufen: *selbst erfahren, Zeuge geworden, davon gehört, Teil meines Berufs und weder noch*).

Ein weiteres Erhebungsinstrument ist der *EUROHIS- Quality of Life 8-Item Index* (EU-QoL), der u.a. die subjektive Unterbringungssituation abfragt. Der EU-QoL ist ein Maß für die Lebensqualität in den letzten zwei Wochen und besteht aus 8 Items, die in einer 5-stufigen Likert-Skala von *überhaupt nicht*, was dem Wert 1 entspricht, bis *völlig* (=5) abgefragt werden. Der EU-QoL hat sich aus dem *WHO-Quality of Life 100-Item Assessment Instrument* und dem kürzeren *WHO-Quality of Life BREF Assessment Instrument (26 Items)* entwickelt. Der Score des EU-QoL entspricht der Summe der angekreuzten Antworten. Je höher der Score, desto höher ist die Lebensqualität. Schmidt et al. untersuchten die psychometrischen Eigenschaften des EU-QoL und kamen zu dem Schluss, dass dieses Instrument gut geeignet ist, um die Lebensqualität in interkulturellen Studien zu erfassen. In dieser Arbeit wird lediglich Item 8 zur *Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation* ausgewertet. Schmidt et al. berechneten für Item 8 in ihrer Studie, die in 10 verschiedenen Ländern durchgeführt wurde (N=4849), einen Mittelwert von 3,89 mit einer Standardabweichung von 0,97. (136)

²¹ Die Liste der PTE enthält neben Ereignissen, die in die Kategorie physische, psychischen und sexuelle Gewalt fallen auch Ereignisse, wie Naturkatastrophen, extreme Witterungsbedingungen, Mangel an Nahrung oder Wasser, schwere Unfälle, dem Tode nahe sein oder schwere Verletzungen.

3.3.1 Zielgrößen

Die Zielgrößen dieser Arbeit sind die Prävalenzen von Symptomen einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung. Folgendermaßen wurden die Zielgrößen aus den Daten ermittelt:

Die **Symptome einer Depression** und einer **Angststörung** wurden mit der HSCL-25 ermittelt. Um zu entscheiden, ob Symptome einer Depression oder Angststörung vorliegen, wurden die Scores der beiden Subskalen mit dem Grenzwert 1,75 verglichen. War der Score 1,75 oder größer, wurde eine hohe Symptomlast angenommen. Das heißt, es wurde angenommen, dass die Befragte klinisch relevante Symptome einer Depression bzw. Angststörung hat. (130-132, 138)

Daraus ergaben sich die kategorialen Zielgrößen *Symptome einer Depression* bzw. *Angststörung* mit den Ausprägungen *hohe Symptomlast* und *niedrige Symptomlast*. Die Häufigkeit einer hohen Symptomlast entspricht der Prävalenz in dieser Studienpopulation. Zusätzlich wurden für einige Berechnungen die Scores der Subskalen als stetige Größen verwendet.

Laut Handbuch zur HSCL-25 sollte die Skala nicht ausgewertet werden, wenn mehr als 10% der Antworten fehlen. Die HSCL-25 wurde demnach nicht ausgewertet, wenn auf der Subskala zur Angst mehr als 1 Angabe oder auf der Subskala zur Depressivität mehr als 2 Angaben fehlten. (138)

Um **Symptome der somatoformen Störung** zu erfassen wurde die Skala 1 der SCL ausgewertet. Waren 8 oder mehr Symptome vorhanden, d.h. mindestens *ein wenig* angekreuzt, wurde eine hohe Symptomlast angenommen. Daraus ergab sich die kategoriale Variable *Symptome der somatoformen Störung* (Ausprägung: *hohe/ niedrige Symptomlast*), aus der sich die Prävalenz ablesen lässt. Laut dem Handbuch der SCL dürfen in Skala 1 zur Somatisierung maximal vier Werte fehlen. Fehlten mehr als vier Werte, wurde Skala 1 nicht ausgewertet. (133, 146, 152)

Die Auswertung der Skalen HSCL-25 und SCL ist nicht einheitlich (Grenzwert, Symptomanzahl). Um mögliche Unterschiede zwischen diesen beiden Methoden (Grenzwert vs. Symptomanzahl) aufzudecken wurde die jeweilige Auswertungsmethode ebenso auf die anderen Skalen angewendet. Das heißt, die HSCL-25 wurde ein zweites Mal nach Symptomanzahl ($\frac{2}{3}$ der Symptome vorhanden) ausgewertet und Skala 1 wurde ein zweites Mal mit einem Grenzwert ausgewertet. Der von Hauff et Vaglum (149) verwendete Grenzwert für

die SCL (=1) wurde dafür auf Skala 1 angewendet. Anschließend wurden die Ergebnisse der beiden Auswertungsmethoden (Grenzwert vs. Symptomzahl) miteinander verglichen.

3.3.2 Unabhängige Variablen

Im Folgenden wird die Operationalisierung der soziodemographischen und fluchtspezifischen Merkmale bzw. Einflussfaktoren beschrieben.

Die **soziodemographischen Merkmale** wurden folgendermaßen operationalisiert:

Das Alter der Befragten wurde direkt abgefragt. Die Variable *Alter* wurde in der Datenanalyse dieser Arbeit als stetige und als kategoriale Variable verwendet. Folgende Altersgruppen wurden definiert, um möglichst gleich große Gruppen zu erhalten: *18 bis 22 Jahre, 23 bis 27 Jahre, 28 bis 32 Jahre, 33 bis 37 Jahre, 38 Jahre und älter*. Die ersten vier Altersgruppen sind jeweils fünf Jahre breit. Da es wenige Teilnehmerinnen ab 38 Jahren gab, wurde eine große Gruppe *ab 38 Jahren* gebildet. In der Literatur finden sich in ähnlichen Studien wesentlich größere Altersgruppen, z.B. eine Einteilung in zwei Altersgruppen wie bei Chaudhry et al. (107) oder bei Porter et al. (93). Um die Veränderung der Scores zwischen den Altersgruppen genauer zu differenzieren, wurden für diese Analyse jedoch fünf Altersgruppen gebildet.

Die Variable *Herkunft* wurde aus der Antwort auf die Frage nach der Staatsangehörigkeit abgeleitet. Dies war eine Frage mit einzeliliger Freitextangabe für die Antwort. Falls die Befragte kein Land, sondern eine Region oder Stadt angegeben hatte, wurde die Antwort in das entsprechende Land umgeschrieben. Im verwendeten Fragebogen existiert auch die Frage nach dem Geburtsland. Jedoch wurde für die Analyse der Herkunft die Staatsangehörigkeit herangezogen, da davon auszugehen ist, dass in dem betreffenden Land die meiste Lebenszeit verbracht wurde. Der Einfluss des Lebensraumes und der Kultur auf die psychische Gesundheit sollte untersucht werden. Zusätzlich wurde die Herkunft in einer binären Variablen zusammengefasst: *Herkunft nach Kontinent* mit den Ausprägungen (*Ostafrika, Naher/Mittlerer Osten*). Dies begründet sich in ähnlichen Scores der Befragten, die aus einem Kontinent stammen. Zudem ergab sich bei der Aufteilung nach Ländern teilweise eine sehr kleine Gruppengröße.

Die Schulbildung ist in der vorliegenden Arbeit durch die Schulbildung in Jahren definiert. Die Schulbildung in Jahren wurde direkt abgefragt. Die Variable *Schulbildung* wurde als stetige und kategoriale Variable verwendet. Die Kategorien wurden auf Grundlage der International Standard Classification of Education (ISCED) erstellt: *keine Schulbildung, niedrige Schulbildung* (ISCED Level 1, bis 6 Schuljahre), *mittlere Schulbildung* (ISCED Level 2, 7 bis 9 Schuljahre), *hohe Schulbildung* (ISCED Level 3 und 4, ab 10 Schuljahren). Die Einteilung in

keine Schulbildung und drei Bildungsstufen findet sich ebenso in anderen Studien zu Geflüchteten, z.B. bei Porter et Haslam (93).

Die Beantwortung des Fragebogens war schriftlich vorgesehen. Auf Wunsch der Befragten konnte der Fragebogen auch mündlich beantwortet werden. Es wurde analysiert, wer den Fragebogen selbst ausgefüllt hat und wer nicht. Diese Information ließ sich aus den Befragungsprotokollen ablesen, die von den Hilfskräften ausgefüllt wurden. In den Befragungsprotokollen wurde dafür die Freitextangabe der Hilfskräfte ausgewertet. Daraus wurde die kategoriale Variable *Fragebogen selbst ausgefüllt* mit den Ausprägungen *ja*, *teilweise* und *nein* berechnet. Grund für die Auswertung ist, dass die mündliche Befragung Verzerrungen hin zu sozial erwünschten Antworten verursacht haben könnte (153). Um den Einfluss der mündlichen Befragung auf die Ergebnisse einschätzen zu können, wurde die Variable *Fragebogen selbst ausgefüllt* erstellt.

Die Aufenthaltsdauer in Deutschland wurde aus dem Datum der Registrierung in Deutschland und dem Datum der Befragung abgeleitet. Die Variable *Aufenthaltsdauer* wurde als stetige und kategoriale Variable verwendet und in Monaten angegeben. Die Kategorien sind folgende: *bis 6 Monate*, *7 bis 12 Monate*, *über 12 Monate*. Diese Einteilung orientiert sich zum einen an den Untersuchungen von Sluzki (120), der eine euphorische Periode in den ersten sechs Monaten nach Ankunft der Geflüchteten im Aufnahmeland feststellte. Zum anderen wurde darauf geachtet möglichst gleich große Gruppen einzuteilen. Die Ergebnisse von Ritsner et Ponizovsky (122), die den Höhepunkt der psychischen Belastung der Geflüchteten um 27 Monate nach Ankunft im Aufnahmeland feststellten, wurden nicht in die Einteilung übertragen. Denn es war kaum zu erwarten geflüchtete Frauen mit Aufenthaltsdauern über 24 Monate in den Gemeinschaftsunterkünften anzutreffen. Dort leben die Geflüchteten meist für einige Monate, nachdem sie aus einer AfA den Kommunen zugewiesen wurden. Insgesamt ist bei der Aufenthaltsdauer in Monaten nicht viel Variation zu erwarten, da die Studienpopulation in Gemeinschaftsunterkünften rekrutiert wurde.

Ein weiteres Merkmal zur Beschreibung des Studienkollektivs ist der Familienstand. Er wurde direkt mit einer Mehrfachantwort abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten waren *ledig/ keine Partnerschaft*, *verheiratet und zusammenlebend*, *verheiratet und getrenntlebend*, *Partnerschaft*, *geschieden*, *verwitwet und Partner verschwunden/ entführt*. Diese Variable wurde zusätzlich in drei Kategorien zusammengefasst. Diese drei Kategorien sind *ledig* (entspricht *ledig/ keine Partnerschaft*), *Partner und zusammenlebend* (entspricht *verheiratet und zusammenlebend, Partnerschaft*) und *Partner und getrenntlebend* (entspricht *verheiratet und getrenntlebend, geschieden, verwitwet, Partner verschwunden/ entführt*).

Ein weiterer untersuchter Faktor sind die Kinder. Die Anzahl an Kindern wurde nicht direkt abgefragt. Sie ließ sich ableiten aus dem Alter der Kinder, welches für jedes Kind angegeben werden sollte. Es wurde die Variable *Kinderzahl* für jede Befragte erstellt. Die meisten Studien, wie auch die Studie von Sperlich et al. (123) und Stöbel-Richter et al. (124), schließen nur Kinder bis 18 Jahren in ihre Kinderzahl mit ein. Rousseau et al. (125) und auch Robertson et al. (12) kamen bei ihren Untersuchungen unter Geflüchteten zu dem Schluss, da die psychische Belastung durch Kinder oder eine Trennung von den Kindern unabhängig vom Alter der Kinder ist. Auch diese Analyse wird sich auf Kinder ungeachtet des Alters der Kinder beziehen. Die Kinderzahl wurde als stetiges und als kategoriales Merkmal verwendet. Folgende Kategorien wurden erstellt: *keine Kinder*, *1 bis 3 Kinder*, *4 und mehr Kinder*. Die grobe Einteilung in die Kategorien *keine Kinder*, ≤ 6 *Kinder* und > 6 *Kinder*, wie bei Robertson et al. (12) wurde vermieden, dass dies zu ungleichen Gruppen geführt hätte. Um gerade die Belastung bei 1, 2 oder 3 Kindern unterscheiden zu können, wurde diese Variable als stetige und kategoriale Variable ausgewertet. Denn Sperlich et al. (123) und Stöbel-Richter et al. (124) fanden dazu in der Allgemeinbevölkerung unterschiedliche Belastungen und keinen linearen Zusammenhang zwischen Kinderzahl und Belastungsniveau.

Die Operationalisierung der **fluchtspezifischen Merkmale** ist in den folgenden Absätzen dargestellt:

Die Trennung von den eigenen Kindern wurde über den Aufenthaltsort der Kinder festgestellt. Dieser wurde direkt mit einer Freitextangabe abgefragt. Daraus wurde die kategoriale Variable *Trennung von den Kindern* mit den Kategorien *getrennt*, *nicht getrennt/ keine Kinder* und *keine Angabe* erstellt. *Getrennt* traf zu, wenn die Befragte von mindestens einem ihrer Kinder getrennt lebte. *Nicht getrennt/ keine Kinder* traf zu, wenn die Befragte von keinem ihrer Kinder getrennt lebte bzw. wenn sie keine Kinder hatte. *Keine Angabe* traf zu, wenn die Angaben unklar waren oder fehlten. Eine ähnliche Einteilung findet sich bei Rousseau et al. (125). Dort wurde zusätzlich die Kategorie Nachzug der Kinder erstellt. Diese Information beinhalten die verwendeten Daten jedoch nicht.

Erlebte potenziell traumatisierende Ereignisse (PTE) wurden mit einer Liste von PTE abgefragt, die im Fragebogen enthalten ist. Zu jedem PTE gab es fünf Antwortmöglichkeiten (*selbst erfahren*, *Zeuge geworden*, *davon gehört*, *Teil meines Berufs* und *weder noch*). Aus der Liste von PTE entstand die Variable *Anzahl an PTE*. Die Anzahl an verschiedenen PTE wurde folgendermaßen aus dieser Liste abgelesen: Hatte die Befragte bei einem Item *selbst erfahren* oder *Zeuge geworden* angekreuzt, galt dies als ein erlebtes PTE. So ließ sich für jede Befragte eine Anzahl an verschiedenen PTE ermitteln, die die Befragte erlebt hatte. Zwei Befragte

machten keine Angaben, d.h. sie beantworteten zu keinem der 24 genannten PTE, ob sie es erlebt hatten, oder nicht. Befragte die zumindest einige der abgefragten PTE beantwortet hatten, wurden in die Auswertung aufgenommen. Denn möglicherweise sind die betroffenen Befragten davon ausgegangen, dass nicht erlebte PTE nicht anzukreuzen sind. Die *Anzahl an PTE* wurde als stetiges und kategoriales Merkmal verwendet. Die Kategorien wurden so eingeteilt, dass möglichst gleich große Gruppen entstanden. Ähnlich sind auch Gerritsen et al. (103) in ihrer Studie unter irakischen Asylsuchenden vorgegangen. Sie teilten ihre Stichprobe anhand der Anzahl verschiedener PTE in drei möglichst gleich große Gruppen ein. In dieser Arbeit wurden *0 PTE* als eine eigene Kategorie kodiert. Entsprechend ergaben sich die anderen Kategorien *1 bis 5 PTE*, *6 bis 10 PTE*, *11 und mehr PTE* und *keine Angabe*.

Zusätzlich wurde die Art der PTE untersucht. Dafür wurden die abgefragten PTE in die Gewaltformen physische, psychische und sexuelle Gewalt eingeteilt. Dies ist eine übliche Einteilung der Gewaltformen, wie sie auch von den Vereinten Nationen (154) und in Untersuchungen zu Gewalt an Frauen (155, 156) bevorzugt wird. Aus der Art der PTE wurden drei Variablen *physische Gewalt*, *psychische Gewalt* und *sexuelle Gewalt* erstellt. Zusätzlich wurde eine kombinierte Variable erstellt: Wurde ein PTE in einer dieser Gewaltformen als erlebt angegeben, galt die Variable *physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung* als *genannt*.

Als ein weiteres fluchtspezifisches Merkmal, wurden belastende Erfahrungen nach der Ankunft in Deutschland abgefragt. Zwei Fragen im verwendeten Fragebogen fragten direkt nach belastenden Erfahrungen in der Unterkunft bzw. außerhalb der Unterkunft in Deutschland. Die Antwortmöglichkeiten der beiden Items waren jeweils eine Zweifachauswahl (*ja* bzw. *nein*). Wurde bei einer der beiden Fragen *ja* angekreuzt, galt die Variable *belastende Erfahrungen in Deutschland* als *genannt*.

Die Unterbringungssituation, als ein wichtiger Aspekt im Leben eines Menschen, wurde jedoch zusätzlich einzeln erfasst. Für die Variable *Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen* wurde Item 8 des QoL ausgewertet. Die Variable *Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen* wurde einmal als eine kategoriale Variable mit fünf Ausprägungen von *überhaupt nicht* (=1) bis *völlig* (=5) erstellt, und einmal als kategoriale Variable mit den zwei Ausprägungen *eher unzufrieden* und *eher zufrieden*. Dabei entspricht die Kategorie *eher unzufrieden* den Antworten *sehr unzufrieden* und *unzufrieden*. Die Kategorie *eher zufrieden* entspricht den Antworten *weder zufrieden noch unzufrieden*, *zufrieden* und *sehr zufrieden*. Es ist davon auszugehen, dass die Unterbringungssituation eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden spielt.

Zusammengefasst wurden als unabhängige Variablen fünf soziodemographische Variablen operationalisiert, von denen drei (*Alter, Bildung, Herkunft*) für eine multivariate Analyse ausgewählt wurden. Es wurden sieben fluchtspezifische Variablen operationalisiert, von denen zwei (*Kinderzahl, Anzahl an PTE*) für eine multivariate Analyse ausgewählt wurden.

Für die fünf ausgewählten Variablen (*Alter, Bildung, Herkunft, Kinderzahl, Anzahl an PTE*) soll zusätzlich der funktionale Zusammenhang zur Prävalenz/ zu den Scores untersucht werden (157). Ziel ist die Quantifizierung des Zusammenhangs und die Erstellung eines Vorhersagemodells.

Die Auswahl der Variablen orientiert sich an den Forschungsfragen und fand inhaltlich begründet statt. Die Variablen *Alter, Bildung, Herkunft, Kinderzahl* und *Herkunft (Kontinent)* wurden für eine zusätzliche Analyse ausgewählt, weil von diesen Faktoren der größte Einfluss auf bzw. der größte Vorhersagewert für die psychische Gesundheit der geflüchteten Frauen zu erwarten ist. In der Literatur wurden für die ausgewählten Faktoren deutliche Hinweise auf einen Zusammenhang gefunden. Außerdem war für die ausgewählten Variablen in dieser Studienpopulation eine ausreichende Variation zu erwarten war, um Hinweise auf Zusammenhänge feststellen zu können.

3.4 STATISTISCHE METHODEN

Die statistische Auswertung für die vorliegende Arbeit wurde mit SPSS Version 23.0 für Windows durchgeführt. Die gesamte Auswertung der Daten wurde in SPSS-Syntax geschrieben. Eine statistische Beratung fand durch das Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie in Mainz statt.

Alle eingeschlossenen abhängigen und unabhängigen Variablen wurden deskriptiv und explorativ ausgewertet. Für die stetigen Variablen wurden statistische Maßzahlen (Mittelwert (M), Median, Interquartilsabstand (IQR), Maximum, Minimum, Standardabweichung (SD), Konfidenzintervall (CI)) berechnet und Histogramme erstellt. Für kategoriale Variablen wurden Häufigkeitstabellen erstellt. Das zeigte die Verteilung der Variablen. Bei den abhängigen Variablen (Scores) war die Verteilung nicht eindeutig zu erkennen. Für die Scores wurde daher zusätzlich mit Normalverteilungstests (Kolmogorov-Smirnov und Shapiro-Wilk) und Normalverteilungsdiagrammen (Q-Q-Diagramm und Trendbereinigtes Q-Q-Diagramm) die Verteilung überprüft. Die Daten sind nicht normalverteilt. Daher sind in der Ergebnisdarstellung lediglich die Mediane und der IQR berichtet.

Weiter wurde jeweils der Median der Depressions-, Angst- und Somatisierungsskala für jede Kategorie der unabhängigen Variablen berechnet und in einer Tabelle gegenübergestellt. Außerdem wurden für die Scores, aufgeteilt nach den unabhängigen Variablen, p-Werte berechnet. Da die Scores nicht normalverteilt sind, wurden die p-Werte mit dem verteilungsfreien Kruskal-Wallis H-Test für k (drei oder mehr) unabhängige Stichproben und mit dem Mann-Whitney U-Test für zwei unabhängige Stichproben berechnet. Fälle mit fehlenden Angaben bei den Scores wurden dabei ausgeschlossen. Beide Tests geben Hinweis darauf, ob Unterschiede in der zentralen Lage von Verteilungen bestehen. D.h., ob ein Zusammenhang zwischen den Scores und den unabhängigen Variablen, wie Alter, Schulbildung usw., besteht. Die p-Werte haben lediglich explorativen Charakter in dieser Arbeit und dienen dazu statistisch auffällige Ergebnisse zu zeigen. Ein p-Wert $< 0,05$ gilt als statistisch auffällig. Mit den p-Werten wurden keine konfirmatorischen Hypothesentests durchgeführt. (158, 159)

Außerdem wurde die Korrelation zwischen den unabhängigen Variablen und den Zielgrößen berechnet. Bei stetigen unabhängigen Variablen wurde die Korrelation zu den Scores der Depressions-, Angst- und Somatisierungsskala mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet. Für kategoriale unabhängigen Variablen mit zwei Ausprägungen wurde die punktbiserial Korrelation berechnet. Für kategoriale Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen existiert kein Korrelationskoeffizient. Für die binären unabhängigen Variablen wurde die Korrelation zur Symptomlast (binar: hoch/niedrig) mit dem Phi-Koeffizienten berechnet. Daneben wurden auch Streudiagramme erstellt, um den möglichen Zusammenhang zwischen den Scores und den stetigen unabhängigen Variablen zu erkennen. Insgesamt ließ sich in den Streudiagrammen am ehesten ein linearer Zusammenhang erkennen.

Um die Stärke des Zusammenhangs zu quantifizieren, wurde der funktionale Zusammenhang zwischen Prävalenz/ Scores und den wie oben beschriebenen ausgewählten unabhängigen Variablen untersucht (157). Dies ist mit einem multiplen Regressionsmodell möglich. Da sich der Zusammenhang zwischen den Scores und den unabhängigen Variablen linear darstellte, wurde ein lineares Regressionsmodell ausgewählt (160). In einem linearen Regressionsmodell sollte es pro Parameter ungefähr 20 Beobachtungen geben (161). Daher sollten bei einer Stichprobengröße von 92 Befragten maximal fünf Regressoren in das Modell eingeschlossen werden. Die fünf Regressoren dürfen als Voraussetzung für die Anwendung in einem Regressionsmodells keine starke Korrelation untereinander haben (160). Dies wurde durch paarweise Korrelation überprüft (siehe Anhang: Paarweise Korrelation zwischen abhängigen

und unabhängigen Variablen). Die Korrelation war insgesamt gering, sodass ein lineares Regressionsmodell angewendet werden konnte.

Zu jedem Score wurde folglich ein multiples lineares Regressionsmodell berechnet, um darzustellen, ob und wie viel Variation der Scores durch die ausgewählten unabhängigen Variablen (Regressoren) erklärbar ist. Es wurden zwei Versionen der Modelle, eine Version mit vier Variablen und eine Version mit fünf Variablen, berechnet. So kann der Einfluss der hinzugenommen Variablen (*Anzahl an PTE*) auf das Modell gezeigt werden. Ziel ist es, die beiden Versionen zu vergleichen und herauszufinden, wie sich die Vorhersagekraft der Regressionsmodelle unterscheidet. Zu beantworten ist, ob es ausreicht leicht zu erfassende Merkmale, wie *Alter*, *Schulbildung*, *Herkunft* und *Kinderzahl* zu erheben, um geflüchtete Frauen mit einem hohen Risiko für psychische Symptome zu erkennen. Das Abfragen der *Anzahl an PTE* ist schwieriger und möglicherweise erneut belastend für die Geflüchteten. Fraglich ist, ob es die Vorhersagekraft der Modelle maßgeblich und relevant verbessert.

Da eine kategoriale Variable in die Modelle aufgenommen werden sollte, wurde diese zuerst in eine Dummy-Variable²² transformiert, und dann in die Modelle aufgenommen. Die unabhängigen Variablen in den Modellen sind: Alter in Jahren, Schulbildung in Jahren, Kinderzahl, Anzahl an PTE und Herkunft nach Kontinent (Dummy-Variable). Diese Variablen wurden inhaltlich begründet ausgewählt. Von ihnen war aufgrund der aktuellen Literatur der größte Einfluss auf die psychische Gesundheit von geflüchteten Frauen zu erwarten. Außerdem war für die hiesige Studienpopulation bei den ausgewählten Variablen eine ausreichende Verteilungsbreite für eine sinnvolle Auswertung zu erwarten. Die Auswahl ist in Kapitel 3.3.2 erläutert. (158)

Ausgewertet wurden in den Regressionsmodellen das Bestimmtheitsmaß R^2 , der F-Test, die (standardisierten) Beta-Koeffizienten und ihre p-Werte. Das Bestimmtheitsmaß R^2 dient als Maß für den *Fit* des Modells, d.h. wie gut die unabhängigen Variablen, die Variation der Zielgröße erklären. Der F-Test berechnet einen p-Wert für jedes Modell, der angibt, ob das Modell einen Erklärungsbeitrag an der Zielgröße leistet. Der F-Test kann auch als Prüfung auf statistische Auffälligkeit für das Bestimmtheitsmaß R^2 angesehen werden. Die standardisierten Beta-Koeffizienten sind dimensionslos und machen den Einfluss der einzelnen Variablen in einem Modell direkt vergleichbar. So wird erkenntlich welche unabhängige Variable im Modell den größeren Erklärungsbeitrag an der Zielgröße hat. Die nicht-standardisierten Beta-

²² Für eine lineare Regressionsanalyse müssen kategoriale Variablen in Dummy-Variablen umgeschrieben werden. Dabei werden für k Ausprägungen der kategorialen Variablen, (k-1) Dummy-Variablen verwendet. Die Dummy-Variable hat lediglich die Ausprägungen 0 und 1.

Koeffizienten dienen dazu den Einfluss der gleichen Variablen zwischen den Modellen zu vergleichen. Der p-Wert der standardisierten Beta-Koeffizienten wurde zur Deskription der Ergebnisse verwendet. (158)

Nach der Modellberechnung wurde die Regressionsdiagnostik vervollständigt. Sie dient der Überprüfung der Modellannahmen bei einer linearen Regression. Die Regressionsdiagnostik beinhaltet die Überprüfung der Linearitätsannahme (bereits vor Berechnung der Modelle durchgeführt), die Annahme fehlender Multikollinearität (bereits vor Berechnung der Modelle durchgeführt), der Homoskedastizitätsannahme und der Normalverteilungsannahme der Fehlerwerte. Mit Streudiagrammen wurde bereits für die Auswahl des Regressionsmodells überprüft, ob zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen ein linearer Zusammenhang besteht (Linearitätsannahme). Nach statistischer Beratung wurde die Multikollinearitätsannahme durch paarweise Korrelation der Regressoren untereinander ebenfalls bereits für die Auswahl des Modells geprüft. Zur Überprüfung der Homoskedastizitätsannahme und der Normalverteilungsannahme der Residuen wurden nach Berechnung der Modelle Streudiagramme von den geschätzten standardisierten Werten der Zielgrößen in Abhängigkeit von den standardisierten Residuen betrachtet. Dabei sollte eine zufällige Verteilung sichtbar sein, die keine Struktur hat. Die Regressionsdiagnostik ist im Anhang dargestellt (siehe Anhang: Regressionsdiagnostik). (158, 160)

4 ERGEBNISSE

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Datenanalyse gezeigt. Zuerst wird das Studienkollektiv beschrieben, dann werden die Zielgrößen und unabhängigen Variablen deskriptiv und explorativ analysiert. Am Ende des Kapitels finden sich die berechneten multiplen linearen Regressionsmodelle mit der sich anschließenden Regressionsdiagnostik.

4.1 DESKRIPTION DES STUDIENKOLLEKTIVS

Die Merkmale des Studienkollektivs sind in Tabelle 4 zusammengefasst²³. Das Studienkollektiv umfasst 92 geflüchtete Frauen aus den Ländern Afghanistan (n=32), Eritrea (n=13), Iran (n=5), Somalia (n=12) und Syrien (n=30). In der untenstehenden Tabelle (siehe Tabelle 4) sind die Herkunftsländer nach Kontinenten zusammengefasst. Diese Zusammenfassung ist begründet durch ähnliche Scores der Befragten aus einem Kontinent und dient der Übersichtlichkeit. Im Anhang findet sich die Auflistung nach Herkunftsländern (siehe Kollektivbeschreibung, detaillierte Ausführung für ausgewählte Variablen.).

Der Altersmedian des Studienkollektivs liegt bei 29 Jahren, wobei die Befragten aus Ostafrika im Durchschnitt 5 Jahre jünger sind, als die Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten.

Die Schulbildung in Jahren ist im Studienkollektiv rechtsschief verteilt. 21,7% der Befragten haben keine Schulbildung (*Maximum*=19 Jahre Schulbildung). Betrachtet man jedoch die Bildung nach Herkunftsland²⁴, fällt auf, dass es deutliche Unterschiede innerhalb der Kontinente gibt. Die längste Schulbildung berichteten Iranerinnen (*Median*=12,0). Daran schließen sich Eritreerinnen (*Median*=8,0), Syrerinnen (*Median*=8,0) und Afghaninnen (*Median*=5,0) an. Die geringste Schulbildung (*Median*=4,5) gaben Somalierinnen an. In der Kategorie *keine* Schulbildung (n=20) befinden sich keine Eritreerinnen oder Syrerinnen und über die Hälfte der Befragten in dieser Kategorie kommen aus Afghanistan (n=12, 60%).

Beim Ausfüllen des Fragebogens benötigte die Mehrheit der Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten (52,0%, n=35) keine Hilfe. Die Befragten aus Ostafrika wünschten mehrheitlich (92,0%; n=23) Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens. Auffällig ist, dass alle Eritreerinnen beim Ausfüllen des Fragebogens Hilfe wünschten, obwohl jede von ihnen eine mindestens niedrige Schulbildung angegeben hat. Für die anderen Länder entsprach die

²³Die Merkmale *Herkunft, Familienstand, Kinderzahl, Gewalterfahrung* und *Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen* finden sich zusätzlich in detaillierter Ausführung im Anhang.

²⁴ Die Verteilung nach Herkunftsland ist aus Platzgründen nicht abgedruckt. Auffällige Ergebnisse bzw. deutliche Differenzen werden berichtet.

gewünschte Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens dem Anteil, der gemäß der angegebenen Schulbildung zu erwarten war.

Tabelle 4: Kollektivbeschreibung, soziodemographische Merkmale, n=92.

Variablen	Gesamt	Naher/ Mittlerer Osten	Ostafrika
	n=92 (100%) n (%)	n=67 (72,8%) n (%)	n=25 (27,2%) n (%)
Alter (<i>Median; IQR - Jahre</i>)	(29,0; 12,00)	(32,0; 12,00)	(27,0; 8,00)
18-22 Jahre	15 (16,3)	8 (11,9)	7 (28,0)
23-27 Jahre	20 (21,7)	13 (19,4)	7 (28,0)
28-32 Jahre	22 (23,9)	15 (22,4)	7 (28,0)
33-37 Jahre	13 (14,1)	10 (14,9)	3 (12,0)
ab 38 Jahre	22 (22,9)	21 (31,3)	1 (4,0)
Schulbildung (<i>Median; IQR - Jahre</i>)	(7,0; 9,75)	(7,0; 12,00)	(7,0; 7,00)
keine	20 (21,7)	16 (23,9)	4 (16,0)
niedrige	19 (20,7)	11 (16,4)	8 (32,0)
mittlere	18 (19,6)	11 (16,4)	7 (28,0)
hohe	27 (29,3)	21 (31,3)	6 (24,0)
k.A.	8 (8,7)	8 (11,9)	-
Fragebogen selbst ausgefüllt			
Ja	37 (40,2)	35 (52,2)	2 (8,0)
Teilweise	29 (31,5)	18 (26,9)	11 (44,0)
Nein	26 (28,3)	14 (20,9)	12 (48,0)
Aufenthalt (<i>Median; IQR - Monate</i>)	(12,0; 6,00)	(12,0; 4,00)	(11,0; 12,50)
Bis 6 Monate	15 (16,3)	8 (11,9)	7 (28,0)
7 bis 12 Monate	25 (27,2)	23 (34,3)	2 (8,0)
Über 12 Monate	36 (39,1)	28 (41,8)	8 (32,0)
k.A.	16 (17,4)	8 (11,9)	8 (32,0)
Familienstand			
Ledig	18 (19,6)	7 (10,4)	11 (44,0)
Partnerschaft, zusammen	50 (54,3)	45 (67,2)	5 (20,0)
Partnerschaft, getrennt ¹	24 (26,1)	15 (22,4)	9 (36,0)
Kinderzahl (<i>Median; IQR</i>)	(2,00; 2,75)	(3,00; 3,00)	(1,00; 2,00)
keine	23 (25,0)	12 (17,9)	11 (44,0)
1 bis 3 Kinder	48 (52,2)	34 (50,7)	14 (56,0)
4 und mehr Kinder	21 (22,8)	21 (31,3)	-
k.A. = keine Angabe; IQR = Interquartilsabstand;			
¹ Beinhaltet: verheiratet, aber getrennt lebend; geschieden; verwitwet; Partner verschwunden/ entführt.			

Die Aufenthaltsdauer in Deutschland variiert wenig. Sie betrug zwei bis 27 Monate. Im Median hielten die Befragten sich seit 12 Monaten in Deutschland auf. Die Hälfte der Befragten befand sich zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 9 und 15 Monaten in Deutschland. 32,0% (n=8) der Befragten aus Ostafrika und 11,9% (n=8) der Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten machten dazu keine Angabe.

Die meisten Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft und lebten zusammen mit ihrem Partner (54,3%; n=50). In der Kategorie *Partnerschaft, zusammen* sind fast alle Frauen (n=49) bis auf eine verheiratet. Betrachtet man die Angaben nach Herkunftsland, sieht man, dass die meisten Befragten aus Ostafrika ledig (44,0%; n=11) waren, die meisten Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten hingegen in einer Partnerschaft waren und mit ihrem Partner zusammenlebten (67,2%; n=45). Von den Befragten aus Ostafrika gaben neun an, dass sie in einer Partnerschaft sind, aber getrennt leben. Keine der Ostafrikanerinnen war geschieden, verwitwet oder hatte einen Partner, der verschwunden ist oder entführt wurde (siehe Anhang: Kollektivbeschreibung, detaillierte Ausführung für ausgewählte Variablen).

Im Median hatten die Befragten 2 Kinder (*Minimum*=0; *Maximum*=8). Die Befragten aus Ostafrika hatten im Median deutlich weniger Kinder (*Median*=1) als die Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten (*Median*=3). Die meisten Frauen (52,2%; n=48) hatten zwischen 1 und 3 Kindern. Von den Befragten aus Ostafrika hatte keine mehr als 3 Kinder. In der Kategorie *4 und mehr Kinder* befinden sich hauptsächlich Befragte ab 38 Jahren (66,7%, n=14) und ausschließlich Afghaninnen und Syrerinnen. Eine genaue Auflistung der Kinderzahl findet sich im Anhang (siehe Anhang: Kollektivbeschreibung, detaillierte Ausführung für ausgewählte Variablen).

Nach der Beschreibung der soziodemographischen Faktoren (Tabelle 4), folgen die fluchtspezifischen Faktoren (Tabelle 5).

Eine Trennung von den eigenen Kindern berichteten 19,6% (n=18). Afghaninnen (28,1%; n=9) und Somalierinnen (25,0%; n=3) berichteten dies am häufigsten.

Die Anzahl der potenziell traumatisierenden Ereignisse (PTE) unterscheidet sich zwischen den Herkunftsländern. Die Liste der abgefragten PTE enthält neben Ereignissen, die in die Kategorie physische, psychische und sexuelle Gewalt fallen auch Ereignisse, wie Naturkatastrophen, extreme Witterungsbedingungen, Mangel an Nahrung oder Wasser, schwere Unfälle, dem Tode nahe sein oder schwere Verletzungen. Eritreerinnen berichteten im Median von 12,0 PTE und Somalierinnen von 12,5 PTE. Die Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten gaben wesentlich weniger PTE an (Afghaninnen: 7,5; Iranerinnen: 6,0;

Syrerinnen: 3,5). In der Kategorie *keine PTE* sind die Befragten am jüngsten (18 bis 32 Jahre). Alleinstehende Befragte (*ledig/keine Partnerschaft, Partnerschaft und getrennt lebend*) haben mehrheitlich 6 und mehr PTE berichtet (81,0%, n=34). Von den Befragten in einer Partnerschaft haben dies 46,0% (n=23) berichtet.

96,0% der Ostafrikanerinnen (n=24) und 74,6% der Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten (n=50) gaben eine physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung an. Eine detaillierte Auflistung der drei Variablen *physische, psychische* und *sexuelle Gewalt* befindet sich im Anhang (Anhang: Kollektivbeschreibung, detaillierte Ausführung für ausgewählte Variablen).

Tabelle 5: Kollektivbeschreibung, fluchtspezifische Merkmale, n=92.

Variablen	Gesamt	Naher und Mittlerer Osten	Ostafrika
	n=92 (100%) n (%)	n=67 (72,8%) n (%)	n=25 (27,2%) n (%)
Trennung von den Kindern			
getrennt	18 (19,6)	13 (19,4)	5 (20,0)
nicht getrennt/ keine Kinder	67 (72,8)	47 (70,1)	20 (80,0)
k.A.	7 (7,6)	7 (10,4)	-
Anzahl an PTE (<i>Median; IQR</i>)			
0	(8,0; 10,00) 9 (9,8)	(6,0; 8,00) 9 (13,4)	(12,0; 5,00) -
1-5	24 (26,1)	23 (34,3)	1 (4,0)
6-10	27 (29,3)	19 (28,4)	8 (32,0)
ab 11	30 (32,6)	15 (22,4)	15 (60,0)
k.A.	2 (2,2)	1 (1,5)	1 (4,0)
Physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung			
Genannt	74 (80,4)	50 (74,6)	24 (96,0)
Nicht genannt	16 (17,4)	16 (23,9)	-
k.A.	2 (2,2)	1 (1,5)	1 (4,0)
Belastende Erfahrungen in Dtl.			
Ja	27 (29,3)	15 (22,4)	12 (48,0)
Nein	54 (58,7)	45 (67,2)	9 (36,0)
k.A.	11 (12,0)	7 (10,4)	4 (16,0)
Zufriedenheit mit Wohnbedingungen			
Eher zufrieden ¹	40 (43,5)	25 (37,3)	15 (60,0)
Eher unzufrieden ²	50 (54,4)	40 (59,7)	10 (40,0)
k.A.	2 (2,2)	2 (3,0)	-

Dtl. =Deutschland; k.A. =keine Angabe; IQR = Interquartilsabstand;

¹Entspricht den Antworten: völlig, überwiegend, halbwegs;

²Entspricht den Antworten: eher nicht, überhaupt nicht;

Ein Drittel der Befragten (29,3%; n=27) berichtete von belastenden Erfahrungen innerhalb oder außerhalb der Unterkunft in Deutschland. Die Eritreerinnen berichteten mit Abstand am häufigsten von belastenden Erfahrungen in Deutschland (84,6%; n=11). Aus den anderen Herkunftsländern berichteten jeweils zwischen 8,3% der Somalierinnen (n=1) und 23,3% der Syrerinnen (n=7) von belastenden Erfahrungen in Deutschland. Die berichteten belastenden Erfahrungen verteilen sich annähernd gleich auf Erfahrungen innerhalb und außerhalb der Unterkunft. Mehr als die Hälfte der Befragten (55,6%, n=15), die belastende Erfahrungen in Deutschland angegeben hatten, hatte 11 und mehr PTE erlebt.

In den Freitextangaben berichteten einzelne Befragte folgende belastenden Erfahrungen in Deutschland: „Die Diskriminierung bei dem Umgang mit den Kindern.“ – „Der Blick von den Leuten, weil ich ein Kopftuch trage (...).“ – „Die Sozialarbeiter kümmern sich sehr um die Araber und Syrer [,] aber uns Eritreer sehen sie nicht gleichermaßen an. Das Leben im Heim als Eritreer[in] ist sehr schwer.“ – „Die Bedrohung durch die Schlepper. Sie haben mich [hier] wieder erwischt und gefunden.“

Mit den Wohnbedingungen war die knappe Mehrheit der Befragten eher unzufrieden (54,5%; n=50). Eritreerinnen waren am zufriedensten mit den Wohnbedingungen (76,9%; n=10). Syrerinnen waren am wenigsten zufrieden mit den Wohnbedingungen (20,0%; n=6). Es ist auffällig, dass die jüngsten Befragten (18-22 Jahre) am unzufriedensten mit den Wohnbedingungen waren (80,0% *eher unzufrieden*, n=12). In den anderen Altersgruppen waren zwischen 40,9% und 54,5% *eher zufrieden* mit den Wohnbedingungen. Gleichzeitig waren Befragte ohne Bildung am zufriedensten mit den Wohnbedingungen (60,0% *eher zufrieden*, n=12) im Gegensatz zu den Befragten mit Bildung (27,8% - 48,1% *eher zufrieden*).

Bei der Frage was sich die Befragten zur Unterstützung/ Entlastung wünschten, äußerten sich die Befragten auch zu den Wohnbedingungen. Nachfolgend sind einige Beispiele der Antworten berichtet: „Wir benötigen dringend eine Wohnung.“ – „Wenn ich Aufenthalt und eine Wohnung bekomme.“ – „Dass wir aus diesem Heim ausziehen können.“ – „Dass wir eine Wohnung finden, wir sind 5 Personen in einem kleinen Zimmer.“

4.2 PRÄVALENZ VON SYMPTOMEN EINER PSYCHISCHEN STÖRUNG

Die Auswertung der psychometrischen Erhebungsinstrumente ist in Tabelle 6 dargestellt. Die psychometrischen Skalen wurden einmal nach Grenzwert und einmal nach Anzahl der vorhandenen Symptome bewertet.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse in diesem Studienkollektiv werden nachfolgend die Normwerte der Skalen berichtet. Für die HSCL-25 insgesamt (psychische Belastung) wurde von Glaesmer et al. (130) in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung²⁵ ein durchschnittlicher Score von 1,29 (SD 0,37) festgestellt. Für die Depressionsskala wurde ein mittlerer Score von 1,30 (SD 0,42) und für die Angstskala ein mittlerer Score von 1,29 (SD 0,34) festgestellt. In der vorliegenden Stichprobe liegt der mediane Score bei 2,17 für die Depressions- bzw. bei 2,05 für die Angstskala.

Auf Skala 1 (somatoforme Störung) erreichten Frauen in der repräsentativen Eichstichprobe (n=1222) der SCL einen Durchschnittswert von 0,55 (SD 0,51) (133). Für stationäre Psychotherapieklientinnen (n=3811) wird im Handbuch ein Mittelwert von 1,11 (SD 0,72) angegeben (133). In einer Untersuchung von Geiser et al. (162) unter ambulanten Psychotherapieklienten mit der Diagnose einer somatoformen oder dissoziativen Störung wurde ein Mittelwert von 1,41 (SD 0,82) festgestellt. In der vorliegenden Arbeit erreichten die Befragten einen medianen Score von 1,17.

Die Mediane liegen auf allen drei Skalen in diesem Studienkollektiv deutlich über den durchschnittlichen Werten der deutschen Allgemeinbevölkerung. Betrachtet man die mittleren Scores nach den Herkunftsländern (siehe Anhang: Scores der Symptomskalen nach ausgewählten Variablen) fällt auf, dass Befragte aus Eritrea und Somalia deutlich geringere mediane Scores erreichten, als die Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten. Jedoch liegen die medianen Scores der Ostafrikanerinnen auf der Depressions- (*Median*=1,86) und Angstskala (*Median*=1,60) noch deutlich über dem mittleren Score der deutschen Allgemeinbevölkerung. Der Median auf der Somatisierungsskala gleicht dem der deutschen Allgemeinbevölkerung (*Median*=0,56).

Die Prävalenzen lassen sich aus der Kategorie *hohe Symptomlast* ablesen. Mehr als die Hälfte (59,8% bzw. 78,3%) der befragten geflüchteten Frauen leidet an klinisch relevanten Symptomen einer psychischen Störung. 45,7% bzw. 65,2% der befragten Frauen haben klinisch relevante Symptome einer Depression. 45,7% bzw. 60,9% der Befragten haben klinisch relevante Symptome einer Angststörung. 40,2% bzw. 54,3% haben klinisch relevante Symptome einer somatoformen Störung. Es fällt auf, dass die Auswertung der Scores nach Grenzwert höhere Prävalenzen (54,3% - 65,2%) ergibt als die Auswertung nach Symptomzahl (40,2% - 45,7%).

²⁵ 54,1% Frauen; die Ergebnisse wurden nicht geschlechtsspezifisch berichtet.

Tabelle 6: Auswertung der psychometrischen Skalen.

	Depression n=88	Angststörung n=88	Somatoforme Störung n=89	Mindestens 1 der Störungen n=88
<i>Median (IQR)</i>	2,17 (1,02)	2,05 (1,30)	1,17 (1,33)	-
<i>Range</i>	1,00-3,87	1,00-3,80	0,00-3,25	-
Berechnung mit Grenzwert				
Hohe Symptomlast (n/ %)	60 (65,2)	56 (60,9)	50 (54,3)	72 (78,3)
Niedrige Symptomlast (n/ %)	28 (30,4)	32 (34,8)	39 (42,4)	16 (17,4)
k.A. (n/ %)	4 (4,3)	4 (4,3)	3 (3,3)	4 (4,3)
Berechnung mit Symptomzahl				
Hohe Symptomlast (n/ %)	42 (45,7)	42 (45,7)	37 (40,2)	55 (59,8)
Niedrige Symptomlast (n/ %)	46 (50,0)	46 (50,0)	52 (56,5)	33 (35,9)
k.A. (n/ %)	4 (4,3)	4 (4,3)	3 (3,3)	4 (4,3)
IQR = Interquartilsabstand; k.A. = keine Angabe				

4.3 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE

Nachfolgend ist der Zusammenhang zwischen den Scores der drei psychometrischen Skalen und den soziodemographischen Merkmalen dargestellt. In Tabelle 7 sind die medianen Scores der Depressions-, Angst- und Somatisierungsskala für jede Kategorie der soziodemographischen Faktoren angegeben. Zusätzlich ist der Interquartilsabstand beschrieben und statistisch auffällige Verteilungsunterschiede zwischen den Kategorien einer Variablen mit einem Stern gekennzeichnet. Sind die Verteilungsunterschiede statistisch auffällig ($p < 0,05$), deutet das auf einen Zusammenhang zwischen dem Score und der Variablen hin. Eine detaillierte Tabelle mit den Merkmalen *Herkunft*, *Familienstand* und *Kinderzahl* befindet sich im Anhang (siehe Anhang: Scores der Symptomskalen nach ausgewählten Variablen)

Für das Merkmal *Alter* ist auf der Angstskala ein Anstieg der Scores mit steigendem Alter zu sehen. Auf der Depressionsskala hingegen ist für die Gruppe der 33- bis 38-Jährigen ein leichter Abfall der Scores zu sehen. Die Gruppe der 33- bis 38-Jährigen ist die kleinste Gruppe ($n=13$). Die Verteilungsunterschiede der Scores zwischen den Altersgruppen zeigen sich im Kruskal-Wallis H-Test für die Angst- ($p=0,042$) und Somatisierungsskala ($p=0,006$) statistisch auffällig. Das ist ein Hinweis darauf, dass die Belastung durch Angst- und Somatisierungssymptome mit dem Alter der geflüchteten Frauen steigt. Die Verteilungsunterschiede zwischen den Altersgruppen auf der Depressionsskala sind nicht statistisch auffällig ($p = 0,452$).

Betrachtet man die mittleren Scores nach Herkunftsländern zeigen sich ähnliche Scores für Befragte aus Eritrea und Somalia und ähnliche Scores für Befragte aus Afghanistan, Iran und Syrien (siehe Anhang: Scores der Symptomskalen nach ausgewählten Variablen). Darin begründet ist die Zusammenfassung der Herkunft nach Kontinenten in Tabelle 4 und Tabelle 5. Es lässt sich erkennen, dass die Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten auf allen drei Skalen deutlich höhere mediane Scores haben, als Befragte aus Ostafrika. Die Verteilungsunterschiede sind auf allen drei Skalen statistisch auffällig ($p_{\text{depression}}=0,018$, $p_{\text{angst}}=0,001$, $p_{\text{somatisierung}}<0,001$).

Für das Merkmal Schulbildung ist auf der Angstskala eine Zunahme der Scores mit längerer Schulbildung zu sehen. Die Verteilungsunterschiede zwischen den Bildungskategorien sind lediglich für die Angstskala statistisch auffällig ($p=0,047$). Die Depressions- ($p=0,504$) und Somatisierungsskala ($p=0,726$) zeigen keine statistisch auffälligen Verteilungsunterschiede der Scores zwischen den Bildungskategorien.

Das Merkmal *Fragebogen selbst ausgefüllt* wurde als eine mögliche zu beachtende Störvariable ebenfalls erhoben und zeigt, dass Befragte, die ihren Fragebogen selbst ausgefüllt haben, auf allen drei Skalen die höchsten Scores erreichten. Sie haben deutlich höhere Scores als die Befragten, die ihren Fragebogen teilweise oder nicht selbst ausgefüllt haben. Die Verteilungsunterschiede zwischen den Kategorien sind auf der Angstskala statistisch auffällig ($p=0,003$). Für die Depressions- ($p=0,057$) und Somatisierungsskala ($p=0,056$) sind die p-Werte niedrig. Von den Befragten, die den Fragebogen selbst ausgefüllt haben, ist keine in der Kategorie *keine Bildung*. Von den Befragten, die den Fragebogen nur teilweise oder nicht selbst ausgefüllt haben, haben einige jedoch eine *hohe* und *mittlere Bildung*.

Für die Aufenthaltsdauer wurde eine euphorische Phase in den ersten 6 Monaten erwartet. Tatsächlich sind die medianen Scores für die Befragten, die sich seit maximal 6 Monaten in Deutschland aufhalten ($n=15$), niedriger als bei den Personen, die sich zwischen 7 und 12 Monaten in Deutschland aufhalten ($n=24$). Es ließ sich keine statistische Auffälligkeit zeigen ($p_{\text{depression}} = 0,153$, $p_{\text{angst}} = 0,306$, $p_{\text{somatisierung}} = 0,153$). Zusätzlich fällt auf, dass Befragte, die sich zwischen 7 und 12 Monaten in Deutschland aufhalten die höchsten Scores auf allen drei Skalen zeigen.

Für die Kinderzahl zeigt sich ein positiver Zusammenhang zu den Scores der Skalen. Für alle drei Skalen nehmen die Scores von der Gruppe ohne Kinder bis zur Gruppe mit vier und mehr Kindern zu. Die Verteilungsunterschiede zwischen den Gruppen sind lediglich auf der

Somatisierungsskala statistisch auffällig ($p=0,013$). Für die Depressions- ($p=0,335$) und Somatisierungsskala ($p=0,104$) ergeben sich höhere p-Werte.

Tabelle 7: Scores der Symptomskalen nach soziodemographischen Merkmalen.

Variablen	Depressionsskala	Angstskala	Somatisierungsskala
	n=88 Median (IQR)	n=88 Median (IQR)	n=89 Median (IQR)
Alter (K-W)		*	**
18-22 Jahre	1,87 (1,51)	1,60 (1,50)	0,50 (1,33)
23-27 Jahre	2,03 (0,82)	1,80 (0,88)	0,96 (0,83)
28-32 Jahre	2,21 (1,39)	2,10 (1,45)	0,83 (1,67)
33-37 Jahre	2,14 (1,18)	2,56 (1,35)	1,00 (1,58)
ab 38 Jahre	2,35 (1,15)	2,75 (1,13)	1,66 (1,06)
Herkunft (M-W)	*	**	**
Naher/ Mittlerer Osten	2,26 (1,07)	2,40 (1,30)	1,42 (1,58)
Ostafrika	1,86 (0,74)	1,60 (0,68)	0,56 (0,63)
Schulbildung (K-W)		*	
keine	2,14 (1,08)	1,90 (1,62)	1,17 (1,57)
niedrige	1,97 (0,95)	1,90 (1,00)	1,08 (1,37)
mittlere	2,27 (1,14)	2,15 (1,58)	0,92 (1,38)
hohe	2,27 (1,20)	2,70 (1,23)	1,21 (1,77)
k.A.	1,73 (1,17)	2,20 (1,30)	1,17 (1,42)
Fragebogen selbst ausgefüllt (K-W)		**	
Ja	2,33 (1,05)	2,70 (1,16)	1,38 (1,48)
Teilweise	1,87 (0,90)	1,60 (1,10)	0,83 (1,24)
Nein	2,00 (1,07)	2,10 (1,20)	1,00 (1,34)
Aufenthalt in Deutschland (K-W)			
Bis 6 Monate	2,33 (0,83)	2,00 (1,60)	1,00 (1,17)
7 bis 12 Monate	2,37 (0,98)	2,27 (1,30)	1,54 (1,44)
Über 12 Monate	1,87 (1,13)	2,00 (1,17)	1,00 (1,24)
k.A.	1,87 (1,47)	1,90 (1,49)	0,83 (1,42)
Familienstand (K-W)			
Ledig	1,86 (0,65)	1,89 (1,14)	1,00 (1,02)
Partnerschaft, zusammen	2,20 (1,17)	2,10 (1,50)	1,17 (1,67)
Partnerschaft, getrennt	2,30 (1,03)	2,25 (1,23)	1,29 (1,20)
Kinderzahl (K-W)			*
keine	1,87 (0,73)	1,89 (1,10)	0,75 (1,33)
1 bis 3 Kinder	2,17 (1,03)	2,05 (1,38)	1,00 (1,09)
4 und mehr Kinder	2,35 (1,15)	2,65 (1,43)	1,74 (1,38)

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; IQR = Interquartilsabstand; k.A. = keine Angabe;

K-W = p-Wert berechnet mit Kruskal-Wallis H-Test; M-W = p-Wert berechnet mit Mann-Whitney U-Test;

4.4 FLUCHTSPEZIFISCHE MERKMALE

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen den Scores der drei Skalen und den fluchtspezifischen Einflussfaktoren beschrieben. In Tabelle 8 sind die mittleren Scores der Depressions-, Angst- und Somatisierungsskala nach den fluchtspezifischen Variablen aufgelistet. Statistisch auffällige Verteilungsunterschiede, die auf einen Zusammenhang zwischen Score und Variable hinweisen, sind gekennzeichnet.

Eine Trennung von den Kindern geht mit höheren Scores auf allen drei Skalen einher. Die Gruppe der Befragten ohne Kinder bzw. ohne eine Trennung von ihren Kindern haben deutlich niedrigere Scores. Es konnten keine statistisch auffälligen Verteilungsunterschiede festgestellt werden ($p_{\text{depression}}=0,582$; $p_{\text{angst}}=0,364$; $p_{\text{somatisierung}}=0,076$).

Für das Merkmal *Anzahl an PTE* ist bei keinem der Scores ein gleichmäßiger Anstieg der medianen Score erkennen. Ebenso konnte keine statistische Auffälligkeit im Kruskal-Wallis H-Test gezeigt werden. Jedoch haben die Befragten mit erlebten PTE deutlich höhere Scores auf allen drei Skalen als die Befragten ohne PTE.

Betrachtet man die Scores in Abhängigkeit von der physischen, psychischen oder sexuellen Gewalterfahrung, erreichten die Befragten mit physischer, psychischer oder sexueller Gewalterfahrung deutlich höhere Scores als die Befragten ohne diese Gewalterfahrung. Diese Unterschiede sind für die Depression- und Angstskala statistisch auffällig, d.h. es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und erhöhter Symptombelastung. Die Befragten, die keine physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung berichteten, kamen ausschließlich aus dem Nahen und Mittleren Osten.

Belastende Erfahrungen in Deutschland gehen lediglich auf der Angstskala mit erhöhten Scores einher. Die Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne belastende Erfahrungen in Deutschland sind gering und statistische Auffälligkeit konnte für keine Skala gezeigt werden.

Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation wird deutlich, dass Befragte, die mit ihren Wohnbedingungen eher zufrieden waren, niedrigere Scores auf allen drei Skalen erreichten als Befragte, die eher unzufrieden waren. Hierbei bleiben die Unterschiede in den mittleren Scores gering und es konnte keine statistische Auffälligkeit gezeigt werden

Tabelle 8: Scores der Symptomskalen nach fluchtspezifischen Merkmalen.

Variablen	Depressionsskala	Angstskala	Somatisierungsskala
	n=88 Median (IQR)	n=88 Median (IQR)	n=89 Median (IQR)
Trennung von den Kindern (<i>M-W</i>)			
getrennt	2,33 (1,00)	2,50 (1,29)	1,67 (1,42)
nicht getrennt/ keine Kinder	2,10 (1,10)	2,00 (1,23)	0,96 (1,33)
k.A.	2,13 (0,91)	2,85 (1,40)	1,17 (1,04)
Anzahl an verschiedenen PTE (<i>K-W</i>)			
0	1,87 (0,87)	1,56 (0,59)	0,83 (0,92)
1-5	2,21 (1,35)	2,15 (1,59)	1,25 (1,67)
6-10	1,93 (1,41)	2,00 (1,35)	1,25 (1,92)
ab 11	2,30 (0,81)	2,50 (1,35)	1,13 (1,23)
k.A. (n=1)	1,60 (-)	1,40 (-)	0,83 (-)
Physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung (<i>M-W</i>)			
	*	*	
Genannt	2,24 (1,08)	2,27 (1,30)	1,25 (1,30)
Nicht genannt	1,80 (0,92)	1,58 (0,78)	0,88 (1,46)
k.A.(n=1)	1,60 (-)	1,40 (-)	0,083 (-)
Belastende Erfahrungen in Deutschland (<i>M-W</i>)			
Genannt	1,93 (1,33)	2,20 (1,32)	0,83 (1,50)
Nicht genannt	2,14 (1,03)	2,05 (1,28)	1,17 (1,40)
k.A.	2,55 (1,18)	2,30 (1,65)	1,38 (1,48)
Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation (<i>M-W</i>)			
Eher zufrieden	2,10 (0,99)	2,05 (1,31)	0,96 (0,95)
Eher unzufrieden	2,21 (1,16)	2,10 (1,35)	1,17 (1,88)
k.A. (n=1)	1,69 (-)	1,56 (-)	1,59 (-)

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; IQR = Interquartilsabstand; k.A. = keine Angabe;

K-W = p-Wert berechnet mit Kruskal-Wallis H-Test; *M-W* = p-Wert berechnet mit Mann-Whitney U-Test

Der Aufenthaltsstatus wurde ebenfalls untersucht (siehe Anhang: Symptombelastung und Herkunft in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus). Bei über der Hälfte ($n=47$, 51,1%) der Befragten war bereits über den Asylantrag entschieden worden. Die große Mehrheit der Befragten über deren Asylantrag bereits entschieden worden waren, hatten eine Asylberechtigung oder Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft nach Genfer Konvention, d.h. einen Aufenthaltstitel für zunächst 3 Jahre ($n=22$, 23,9%) erhalten oder waren als subsidiär Schutzberechtigte, d.h. ein Aufenthaltstitel für zunächst 1 Jahr ($n=20$, 21,7%), anerkannt

Ergebnisse

worden. Das Auftreten klinisch relevanter Symptome einer der untersuchten Störungen verteilte sich annähernd gleich zwischen Befragten über deren Antrag bereits entschieden worden war und Befragten über deren Antrag noch nicht entschieden worden war. Daher wurde des Merkmal Aufenthaltsstatus nicht weiter untersucht.

4.5 MODELLE ZUM ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIODEMOGRAPHISCHEN UND FLUCHTSPEZIFISCHEN MERKMALEN UND DER PRÄVALENZ FÜR SYMPTOME PSYCHISCHER STÖRUNGEN

An dieser Stelle werden die berechneten multiplen linearen Regressionsmodelle vorgestellt (siehe Tabelle nächste Seite). Sie dienen dazu den funktionalen Zusammenhang zwischen den ausgewählten Einflussfaktoren und den Scores der Depressions-, Angst- und Somatisierungsskala zu beschreiben (160). Die Modelle ermöglichen es die Stärke des Zusammenhangs zwischen mehreren Variablen gleichzeitig und den Scores zu quantifizieren (160). Zusätzlich lässt sich der Erklärungsbeitrag der einzelnen Variablen am Score direkt vergleichen. Zur Auswahl der Variablen, die in die Modelle aufgenommen wurden, wurde die paarweise Korrelation zwischen den einzelnen Variablen und den Scores berechnet (siehe Anhang: Paarweise Korrelation zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen). Variablen mit einer entsprechend starken Korrelation zu den Scores und solche die sich inhaltlich aufgrund aktueller Forschungsreparatur begründen ließen, wurden als Regressoren ausgewählt. Die ausgewählten Einflussfaktoren bzw. Variablen, die in die Modelle aufgenommen wurden, sind *Alter*, *Schulbildung*, *Herkunft (nach Kontinent)*, *Kinderzahl* und *Anzahl an PTE*.

Es wurden zwei Versionen der Regressionsmodelle erstellt. Version 1 beinhaltet lediglich die Variablen *Alter*, *Bildung*, *Herkunft (Kontinent)* und *Kinderzahl*. In Version 2 wurde die *Anzahl an PTE* hinzugenommen. Ziel war es, die beiden Versionen zu vergleichen und herauszufinden, wie sich die Stärke des Zusammenhangs und die Vorhersagekraft der Regressionsmodelle unterscheiden.

Ein Gütekriterium zur ersten Einschätzung eines linearen Regressionsmodells ist R^2 . Das Bestimmtheitsmaß R^2 drückt aus, wie viel Variation der Scores durch das jeweilige Modell erklärt werden kann. R^2 wird auch als Fit des Modells bezeichnet. (160, 163)

In beiden Versionen zeigen die Modelle Angststörung und somatoforme Störung einen guten *Fit*. Gleichzeitig ist der *Fit* in den Modellen zur Angststörung und somatoformen Störung statistisch auffällig, d.h. diese Modelle leisten einen statistisch auffälligen Erklärungsbeitrag am jeweiligen Score. Alle Modelle verbessern sich in ihrem *Fit* bei Zunahme der Variablen *Anzahl an PTE* (von Version 1 auf Version 2). Die Verbesserung liegt zwischen 2,4% und 6,7%, wie man Tabelle 8 entnehmen kann. Zum Beispiel leistet das Modell Angststörung 25,7% Erklärungsbeitrag am Angstscore. Unter Einbeziehung der Variable *Anzahl an PTE* erhöht sich der Erklärungsbeitrag am Angstscore auf 32,4%.

Ergebnisse

Die standardisierten Beta-Koeffizienten stellen den jeweiligen Erklärungsbeitrag der Einflussfaktoren an den Scores dar. Die standardisierten Beta-Koeffizienten sind direkt miteinander vergleichbar. An ihnen lässt sich ablesen, welche Variable im Modell den größten Erklärungsbeitrag bringt. Sie sind im Folgenden zusammengefasst dargestellt. (160, 163)

Tabelle 9: Multiple lineare Regressionsmodelle für die Zielgrößen Score der Depressionsskala, der Angstskala und der Somatisierungsskala.

	Modell Depression	Modell Angststörung	Modell somatoforme Störung
	Standardisierte ²⁶ Beta-Koeffizienten (p-Wert)		
Version 1			
Alter	0,053 (0,738)	0,253 (0,082)	0,267 (0,076)
Bildung	0,110 (0,343)	0,259 (0,015) *	0,040 (0,708)
Kinderzahl	0,085 (0,625)	0,021 (0,894)	0,018 (0,910)
Herkunft (Naher/Mittlerer Osten, Referenz: Ostafrika)	0,193 (0,129)	0,252 (0,030) *	0,270 (0,024) *
Fit des Modells - R ² (p-Wert)	0,087 (0,139)	0,257 (<0,001) **	0,209 (0,001) **
Version 2			
Alter	0,053 (0,741)	0,254 (0,071)	0,267 (0,070)
Bildung	0,096 (0,412)	0,235 (0,023) *	0,012 (0,910)
Kinderzahl	0,039 (0,824)	-0,054 (0,726)	-0,046 (0,775)
Herkunft (Naher/Mittlerer Osten, Referenz: Ostafrika)	0,280 (0,054)	0,397 (0,002) **	0,401 (0,003) **
Anzahl an PTE	0,187 (0,139)	0,301 (0,007) **	0,247 (0,035) *
Fit des Modells - R ² (p-Wert)	0,110 (0,122)	0,324 (< 0,001) **	0,254 (0,001) **

* = p < 0,05; ** = p < 0,01

In Version 1 der Regressionsmodelle zeigen jeweils unterschiedliche Variablen den größten Erklärungsbeitrag am Depressions-, Angst- oder Somatisierungsscore: Am Score der Depressionsskala haben die *Bildung*, die *Herkunft nach Kontinent* und die *Anzahl an PTE* den

²⁶ Für die Veränderung der einzelnen Regressoren von Version 1 zu Version 2, siehe Anhang: Multiple lineare Regressionsmodelle, nicht-standardisierten Beta-Koeffizienten.

größten Erklärungsbeitrag. Am Score der Angstskaala haben das *Alter*, die *Bildung* und die *Herkunft* den größten Erklärungsbeitrag. Am Score der Somatisierungsskala leisten das *Alter* und die *Herkunft* den größten Erklärungsbeitrag. Bei Zunahme des Merkmals *Anzahl an PTE* (Version 2) bekommt in allen Modellen das Merkmal *Anzahl an PTE* den größten Erklärungsbeitrag am Depressions-, Angst- oder Somatisierungsscore.

Die nicht-standardisierten Koeffizienten finden sich im Anhang (Anhang: Lineare Regressionsmodelle, nicht-standardisierte Beta-Koeffizienten). Mit ihnen lässt sich die Veränderung des Erklärungsbeitrages einer Variablen von Version 1 zu Version 2 ablesen (160). Man erkennt, dass die Variable *Herkunft (Kontinent)* als einzige Variable einen deutlich höheren Koeffizienten in Version 2 zeigt. Dabei wird nochmals deutlich, dass die Variable *Herkunft (Kontinent)* bei Zunahme der Variablen *Anzahl an PTE* an Gewicht im Modell zunimmt.

Die Regressionsdiagnostik hat gezeigt, dass die Linearitätsannahme, die Homoskedastizitätsannahme, die Annahme zur paarweisen Korrelation mit Einschränkungen (zwischen *Alter* und *Kinderzahl*) und die Normalverteilungsannahme der Fehlerwerte (ausgenommen im Modell *Depression*) erfüllt sind. Das bestätigt die Eignung eines linearen Regressionsmodells zur Beschreibung und Analyse der vorliegenden Daten (mit Einschränkung beim Modell *Depression*). Eine ausführliche Beschreibung der Regressionsdiagnostik findet sich im Anhang (siehe Regressionsdiagnostik).

5 DISKUSSION

Nach einer Zusammenfassung der Ergebnisse, werden die Forschungsfragen²⁷ beantwortet und die Ergebnisse mit der aktuellen Forschungsliteratur verglichen und diskutiert. Anschließend werden die Limitationen der vorliegenden Untersuchung erörtert. Zuletzt werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen abgeleitet und der weitere Forschungsbedarf dargestellt.

5.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Mehr als jede zweite Befragte (59,8%, n=89) in der untersuchten Studienpopulation von geflüchteten Frauen in Mainz leidet an klinisch relevanten Symptomen einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung. Wertet man die vorliegenden Ergebnisse unter Berücksichtigung der angegebenen Symptomstärke statt der Symptomzahl aus, leiden sogar 78,3% der Befragten (n=89) an klinisch relevanten Symptomen einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung. Es wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Von 332 Frauen, die die Einschlusskriterien für die vorliegende Untersuchung erfüllten, konnte fast ein Drittel (n=92) für eine Studienteilnahme gewonnen werden.

Für die einzelnen untersuchten psychischen Störungen ergeben sich nachfolgende Häufigkeiten. Klinisch relevante Symptome einer Depression gaben 45,7% bzw. 65,2% der Befragten an (n=88). Klinisch relevante Symptome einer Angststörung fanden sich bei 45,7% bzw. 60,9% der Befragten (n=88). Und klinisch relevante Symptome einer somatoformen Störung gaben 40,2% bzw. 54,3% der Befragten (n=89) an.

Als mögliche **soziodemographische Einflussfaktoren** auf die Prävalenz psychischer Symptome konnten die Merkmale *Alter*, *Bildung*, *Kinderzahl*, und *Herkunft (nach Kontinent)* identifiziert werden. Sie zeigten einen statistisch auffälligen Zusammenhang zu den Scores der Depressions-, Angst- oder Somatisierungsskala. Ein steigendes Alter ging auf der Angst- und Somatisierungsskala mit steigender Symptomstärke, d.h. steigenden Scores, einher. Am deutlichsten war dies auf der Somatisierungsskala. Eine steigende Schulbildung ging lediglich auf der Angstskala mit steigender Symptomlast einher. Eine steigende Kinderzahl zeigte steigende Somatisierungssymptome. Befragte aus dem Nahen/ Mittleren Osten gaben eine höhere Symptomlast bzw. auf allen drei Skalen höhere Scores an als Befragte aus Ostafrika.

²⁷ Siehe Kapitel 2.6.

Für die Aufenthaltsdauer und den Familienstand zeigte sich auf keiner der Skalen ein statistisch auffälliger Zusammenhang zur Symptomlast. Tendenziell gaben die Befragten mit einer Aufenthaltsdauer zwischen 7 und 12 Monaten auf allen drei Skalen die höchste Symptomlast an. Befragte, die ledig waren, hatten auf allen drei Skalen niedrigere Scores bzw. eine geringere Symptomlast als nicht-ledige Befragte.

Bei der bivariaten Analyse der möglichen **fluchtspezifischen Einflussfaktoren** auf die Prävalenz psychischer Symptome zeigte sich bei dem Merkmal *physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung* ein Zusammenhang. Befragte die physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung genannt hatten, gaben mehr und stärkere Symptome auf der Depressions- und Angstskala an, als Befragte ohne genannte Gewalterfahrung.

Die anderen untersuchten fluchtspezifischen Einflussfaktoren zeigten keine statistisch auffälligen Zusammenhänge, aber folgende Tendenzen: Eine Trennung von den Kindern ging auf allen drei Skalen mit einer höheren Symptomlast einher, als keine Trennung von den Kindern bzw. keine Kinder. Befragte mit 11 oder mehr PTE gaben auf der Depressions- und Angstskala die höchste Symptomlast an. Befragte, die eher unzufrieden waren mit der Unterbringungssituation zeigten höhere Scores als Befragte, die eher zufrieden waren. Befragte mit belastenden Erfahrungen in Deutschland gaben auf der Depressions- und Angstskala mehr und stärkere Symptome an als Befragte ohne belastende Erfahrungen.

Multiple lineare Regressionsmodelle wurden berechnet, um die Symptomlast einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung anhand ausgewählter Einflussfaktoren zu beschreiben und vorhersagen zu können. Lediglich die Symptomlast für Angststörungen und somatoforme Störungen ließen sich mit dem Modell beschreiben. Bei Hinzunahme der Variablen *Anzahl an PTE* verbesserten beide Modelle geringfügig ihre Vorhersagekraft. Die Verteilung des Angstscores konnte mit den Regressionsmodellen zu 25,7%²⁸ bzw. zu 32,4%²⁹ erklärt werden. Die Verteilung des Somatisierungsscores konnte mit den Regressionsmodellen zu 20,9%²⁸ bzw. 25,4% erklärt werden. Die Kinderzahl zeigte in allen Modellen den geringsten bzw. einen der geringsten Anteile am Erklärungsbeitrag der Symptomlast. Die Herkunft hatte in allen Modellen den größten bzw. einen der größten Erklärungsbeiträge an der Symptomlast.

²⁸ Modell der Version 1 mit den Regressoren *Alter, Bildung, Kinderzahl, Herkunft*.

²⁹ Modell der Version 2 mit den Regressoren *Alter, Bildung, Kinderzahl, Herkunft, Anzahl an PTE*.

5.2 DISKUSSION DER FORSCHUNGSFRAGEN

An dieser Stelle werden entlang der Forschungsfragen³⁰ die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit der aktuellen Forschungsliteratur (siehe Tabelle 2 und 3) verglichen und diskutiert. Dabei wird die aktuelle Forschungsliteratur zusammengefasst und den Ergebnissen dieser Untersuchung kritisch gegenübergestellt.

5.2.1 Prävalenz psychischer Symptome

Mehr als jede zweite Befragte (59,8% bzw. 78,3%) gab in der vorliegenden Untersuchung klinisch relevante Symptome einer der drei untersuchten psychischen Störungen an. Das ist im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung eine um ein Vielfaches höhere Prävalenz für Symptome psychischer Störungen (36, 119).

Gleichzeitig wurde für die vorliegende Untersuchung eine Vollerhebung in Gemeinschaftsunterkünften in Mainz durchgeführt. Es ist daher davon auszugehen, dass das vorliegende Ergebnis, eine realistische Einschätzung der psychischen Gesundheit von geflüchteten Frauen in Mainz, die in Gemeinschaftsunterkünften leben und aus Afghanistan, Eritrea, Iran, Somalia und Syrien stammen, ist.

Die aktuelle Forschungsliteratur ist insgesamt sehr heterogen in Studiendesign und Ergebnissen. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, wie auch Untersuchungen, die eine niedrigere oder höhere psychische Belastung als in der vorliegenden Arbeit feststellen konnten. Dies wurde in der Literaturdiskussion bereits dargelegt. Eine Übersicht findet sich in Tabellen 2 und 3.

Studien mit ähnlichem Studiendesign (Befragung anhand psychometrischer Frageinstrumente, Asylsuchende in Gemeinschaftsunterkünften) aus verschiedenen Staaten (Deutschland, Schweiz, Schweden, Niederlanden) kamen zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorliegende Untersuchung. D.h. sie fanden ebenfalls bei 50% bis 80% der Befragten klinisch relevante Symptome einer psychischen Störung. (bspw. 10, 84, 91, 114, 164)

Studien, in denen die Befragung mündlich anhand klinisch diagnostischer Interviews stattfand (bspw. 13, 18, 102, 109), fanden ebenfalls bei 50% bis 80% der Befragten klinisch relevante Symptome einer psychischen Störung. Mit einem klinischen Interview ist eine Diagnosestellung möglich, die mit einem Fragebogen nicht möglich wäre. Daher sind die Ergebnisse aus Untersuchungen mit diagnostischen Interviews als noch zuverlässiger zu werten. Die o.g. Untersuchungen bestärken daher die vorliegenden Ergebnisse als eine

³⁰ Siehe Kapitel 2.6 Fragestellung.

realistische Einschätzung der psychischen Gesundheit geflüchteter Frauen in Gemeinschaftsunterkünften in Mainz aus den benannten Herkunftsländern.

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit einer der wenigen Studien, die ausschließlich geflüchtete Frauen befragt haben, könnte die in dieser Arbeit festgestellte Prävalenz eine leichte Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz für Symptome einer psychischen Störung bei geflüchteten Frauen sein. Morof et al. stellten bei einer Untersuchung in Uganda bei 92,0% der befragten geflüchteten Frauen aus dem Kongo und Somalia Symptome einer Depression fest (108). Allerdings ist von wesentlich schwierigeren und stärker belastenden Lebensumständen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete in Uganda auszugehen, was die hohe Prävalenz ebenfalls erklären könnte.

Einige Studien berichten niedrigere Prävalenzen für Symptome einer psychischen Störung (30%-40%), wie bspw. zwei Untersuchungen aus Deutschland (106) und Australien (165). Ein deutlicher Unterschied in diesen beiden Untersuchungen ist die Befragung von Asylberechtigten statt Asylsuchenden. Dies könnte der entscheidende Faktor für die niedrigere Prävalenz als in der vorliegenden Untersuchung sein. Denn eine Asylberechtigung bedeutet eine gewisse Sicherheit über die nächsten Monate bis Jahre ohne die Gefahr einer plötzlichen Abschiebung. Außerdem bedeutet das in Deutschland, dass es einfacher wird eine private Wohnung zu finden (76) und die Möglichkeit zu arbeiten (166).

Übersichtsarbeiten zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten, wie die von Lindert et al. (83, 99), berichten keine Prävalenzen für das Auftreten einer psychischen Störungen bzw. Symptome. Sie berichten die Prävalenzen einzelner Störungen und kommen dabei zu ähnlichen Ergebnissen für die Häufigkeit von psychischen Störungen wie die vorliegende Untersuchung. In den folgenden Abschnitten zu den einzelnen untersuchten Prävalenzen wird dies ausführlich beschrieben.

Es existieren jedoch auch abweichende Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten, wie die von Fazel et al. (89), die zu sehr viel niedrigeren Prävalenzen für das Vorliegen einer psychischen Störung unter Geflüchteten (9%) kommen als die vorliegende Untersuchung. Mögliche Gründe sind, dass bei Fazel et al. Studien über Geflüchtete aus verschiedenen Ländern (Nordamerika, Australien, Europa) und einem anderen zeitlichen Rahmen (1966-2002) untersucht wurden. Die Aufnahmebedingungen sind über einen solch langen Zeitraum und über mehrere Kontinente hinweg sehr heterogen. Fazel et al. schlossen nur Untersuchungen mit Diagnosen anhand klinischer Interviews ein. Das kann eine bessere diagnostische Sicherheit bedeuten, was für die Ergebnisse von Fazel et al. spricht und eine Überschätzung psychischer Störungen in der

vorliegenden Untersuchung bedeuten könnte. Ein wesentlicher Unterschied in der Studienpopulation bei Fazel et al. sind außerdem die Aufenthaltsdauer und die Herkunft. Die große Mehrheit der Befragten bei Fazel et al. war aus Südostasien geflohen und hatte vor über 4 Jahren ihr Heimatland verlassen. Dies steht im Gegensatz zur in der vorliegenden Arbeit untersuchten Studienpopulation, von denen sich die meisten Befragten erst seit einigen Monaten in Deutschland aufhalten. Menschen, die sich bereits mehrere Jahre in einem Land aufhalten, haben hingegen eher bereits eine Arbeitsstelle, die Sprache erlernt, Freunde gefunden, einen gesicherten sozioökonomischen Status oder die Familie in das Aufnahmeland nachgeholt. Das sind alle Faktoren, von denen ein positiver Einfluss auf die psychische Gesundheit zu erwarten ist und die die erstaunlich niedrige Prävalenz bei Fazel et al. für psychische Störungen unter Geflüchteten erklären könnten. (89)

Insgesamt zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung eine hohe Prävalenz für klinisch relevante Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung (59,8% bzw. 78,3%). Der Vergleich mit aktuellen Studienergebnissen und die Tatsache, dass eine Vollerhebung angestrebt wurde, sprechen für eine realistische Einschätzung der psychischen Gesundheit geflüchteter Frauen aus Afghanistan, Eritrea, Iran, Somalia und Syrien in Gemeinschaftsunterkünften in Mainz in der vorliegenden Untersuchung.

Gleichzeitig bleibt zu bedenken, ob die Prävalenzen für eine psychische Störung in der untersuchten Studienpopulation möglicherweise noch höher sind, da sich die eingesetzten psychometrischen Frageinstrumente auf die Depression, Angststörung und somatoforme Störung beschränken. Neben Depression und Angststörung ist die PTBS eine der häufigsten Störungen unter Geflüchteten (83). Es ist jedoch eher davon auszugehen, dass Teilnehmerinnen mit einer PTBS mit den verwendeten Instrumenten indirekt miterfasst wurden. Da die häufigsten Komorbiditäten einer PTBS Depression und Angststörungen sind und bei einer PTBS ebenso Symptome der Angst und depressive Symptome auftreten können. Ein weiteres Argument dafür, dass die meisten Frauen mit einer psychischen Belastung in der vorliegenden Untersuchung erfasst wurden, bringt der Vergleich mit ähnlichen Studien, die alle psychischen Störungen erfasst haben und zu ähnlichen Ergebnissen gekommen waren. (13, 91, 109)

Folgende **Schlussfolgerungen** lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen ziehen. Die hohe Symptomlast bei mehr als jeder zweiten geflüchteten Frau macht deutlich, wie groß der Bedarf an psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung ist. Folglich ist es wahrscheinlich, dass mindestens die Hälfte der geflüchteten Frauen in Mainz an einer psychischen Störung leidet. Klar ist ebenso, dass die Integration durch eine psychische Störung erschwert ist. Für geflüchtete Frauen, die an einer psychischen Störung leiden, ist es bspw. schwieriger in Kontakt

mit andern Menschen zu kommen, die Sprache des Aufnahmelandes zu erlernen und sich in einer unbekanntem Kultur und Gesellschaft einzufinden. Das zeigt, wie dringlich und wichtig für eine erfolgreiche Integration von geflüchteten Frauen in Mainz eine verfügbare und professionelle psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung ist.

- Prävalenz für Symptome einer Depression³¹

Im Vergleich zur deutschen weiblichen Allgemeinbevölkerung (12,4%)³² (36) ist die Prävalenz für **Symptome einer Depression** unter den befragten geflüchteten Frauen zwischen vier bis über fünf Mal so hoch 45,7% (nach Grenzwert ausgewertet) bzw. 65,2% (nach Symptomzahl ausgewertet).

Die Angaben zur Prävalenz der Depression in **Übersichtsarbeiten und Metaanalysen** sind breit gestreut. In einer metaanalytischen Arbeit ermittelten Lindert et al. (99) eine Prävalenz von 44,0% für eine Depression. Diese Metaanalyse umfasste 35 Studien (1990 bis 2007) mit über 24.000 untersuchten Geflüchteten weltweit. In ihrer Übersichtsarbeit von 2017 stellten Lindert et al. (83) hingegen eine durchschnittliche Prävalenz von 35,0% für eine Depression unter Geflüchteten fest. Eingeschlossen waren Publikationen ab 2009 und über 7.000 untersuchte Geflüchtete weltweit. Die Ergebnisse von 2009 bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung und vor allem die konservative Auswertung nach Grenzwert (Prävalenz für Symptome einer Depression von 45,7%). Die jüngsten Ergebnisse von 2017, die die aktuelle Situation Geflüchteter besser abbilden müssten, liegen unter der hier vorliegenden Prävalenz für Symptome einer Depression von 45,7% bzw. 65,2%. Diese Unterschiede könnten in unterschiedlichen Diagnosestellungen begründet sein. Lindert et al. stellten die Diagnose Depression durch ein klinisches Interview. In der vorliegenden Arbeit wurden Selbstbefragungsbögen genutzt. Dies kann keine klinische Diagnose ersetzen und zu einer Überschätzung der Symptomlast in der vorliegenden Untersuchung geführt haben. Jedoch liegt die hier vorliegende Prävalenz für Symptome einer Depression, die nach Symptomanzahl (Prävalenz 45,7%) statt mit einem Grenzwert (Prävalenz 65,2%) bestimmt wurde, nur unwesentlich höher, als die durch ein klinisches Interview festgestellte Prävalenz bei Lindert et al. (83). Dies könnte ein Hinweis sein, dass die Auswertungsmethode der Skalen nach Symptomzahl näher an der Untersuchungsmethode durch ein klinisches Interview liegt als die Auswertung nach Grenzwert.

³¹ Zur Verwendung der Begrifflichkeiten *Symptome einer Depression* und *Depression* siehe Kapitel 2.5.

³² Dies beschreibt die 12-Monats-Prävalenz für affektive Störungen (F3). Häufigkeit einzelner Störungen: 10,6% unipolare Depression, 8,4% schwere Depression, 2,5% Dysthymie, 1,7% irgendeine bipolare Störung. Diagnostiziert in einem strukturierten klinischen Interview.

Jedoch besteht ein weiterer Unterschied in der Studienpopulation. In beiden Arbeiten von Lindert et al. (83, 99) waren sowohl weibliche als auch männliche Teilnehmende eingeschlossen. In der vorliegenden Arbeit wurden nur geflüchtete Frauen befragt. Porter et Haslam (93) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass geflüchtete Frauen eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen als geflüchtete Männer. Das wiederum lässt in der vorliegenden Untersuchung durchaus begründet eine höhere Prävalenz für Symptome einer Depression erwarten als bei Lindert et al. (83).

Im Gegensatz dazu stellten Fazel et al. (89) in ihrer Metaanalyse, deren Ergebnisse bezüglich psychischer Gesundheit im vorangegangenen Kapitel bereits dargestellt wurden, eine Prävalenz von 5% für eine schwere Depression unter Geflüchteten fest. Diese Prävalenz ist weit niedriger als die Prävalenz in der hier untersuchten Studienpopulation (45,7% bzw. 65,2%). Dies mag zum einen daran liegen, dass Fazel et al. sich auf die klinische Diagnose einer schweren Depression beschränkten. In der vorliegenden Arbeit wurden hingegen alle klinisch-relevanten Symptome einer Depression erfasst. Allerdings ist ein weiterer bedeutender Unterschied, wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, bei Fazel et al. (89) zu beachten: Fazel et al. untersuchten hauptsächlich Geflüchtete aus Südost-Asien (~75%). Die Mehrheit der Untersuchten war bereits im Rahmen von Konflikten zwischen 1965 und 1980 geflohen. Insofern ist ein Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit denen von Fazel et al. nur eingeschränkt möglich.

Beim **Vergleich mit einzelnen Studien** (siehe Tabelle 3) zeigen einige aktuelle Untersuchungen vergleichbar hohe Prävalenzen für psychische Symptome einer Depression, wie in der vorliegenden Arbeit. So eine Studie von Sundquist et al. (10), die sich ausschließlich mit geflüchteten bosnischen Frauen befasste. Sie fand je nach Alter Prävalenzen für Symptome einer Depression zwischen 57,5% und 76,6%. Die Daten wurden bei Sundquist et al. ebenfalls mit der HSCL-25 erhoben. Die Befragung bei Sundquist et al. fand in mündlichen Interviews, anhand der HSCL-25 und ausschließlich mit geflüchteten Frauen aus Bosnien-Herzegowina statt, die sich im Gegensatz zur vorliegenden Studienpopulation seit mehreren Jahren im Aufnahmeland aufhielten. Auffällig ist, dass sich die Ergebnisse bei Sundquist et al. zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, trotz anderer Herkunft und wesentlich längerer Aufenthaltsdauer der Befragten im Aufnahmeland, nicht wesentlich unterscheiden. Möglicherweise spielt die Aufenthaltsdauer eine untergeordnete Rolle für die psychische Gesundheit, oder andere psychische belastende Faktoren kommen im Laufe der Zeit hinzu, z.B. unerfüllte Ziele, schwierige Integration. Die europäische Herkunft der Geflüchteten bei Sundquist et al. ist ein weiterer Unterschied zur vorliegenden Studienpopulation. Sie bringt eher

einen deutlichen sozioökonomischen Statusverlust im Aufnahmeland mit sich, als eine Herkunft aus Entwicklungsländern wie in der vorliegenden Studienpopulation. Dies ist ein psychisch belastender Faktor, der möglicherweise auch nach Jahren noch Einfluss hat.

Es finden sich jedoch ebenso Studien, deren berichtete Prävalenzen (86, 108, 109) stark von der Prävalenz der vorliegenden Untersuchung abweichen. Meist finden sich in diesen Studien deutliche methodische Unterschiede und eine andere Zusammensetzung der Studienpopulation, was unterschiedliche Ergebnisse erklären könnte.

Niedrigere Prävalenzen als in der vorliegenden Arbeit, berichten vor allem Studien mit geringem Frauenanteil (5, 18, 100, 167). Eine Studie von Morof et al. (108), die ausschließlich geflüchtete Frauen in Uganda untersuchte, berichtet in Einklang mit den Ergebnissen von Porter et Haslam (93) sehr hohe Prävalenzen für Symptome einer Depression von 92,0%.

Niedrigere Prävalenzen als in der vorliegenden Untersuchung finden sich ebenfalls bei Studien mit großen soziodemographischen Unterschieden zur hier befragten Studienpopulation, wie einer langen Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland (6-30 Jahre) und teilweise fehlendem Fluchthintergrund bei den Befragten, d.h. Migranten wurden befragt. (102, 104, 107, 115)

Zusammengefasst reiht sich die in der vorliegenden Untersuchung berechnete Prävalenz für Symptome der Depression (45,7% bzw. 65,2%) gut in die bisherigen Forschungserkenntnisse ein. Im Vergleich zu Metaanalysen und Übersichtsarbeiten liegt die Prävalenz für Symptome einer Depression in der untersuchten Studienpopulation etwas höher. Jedoch ist dies durch einen Frauenanteil von 100% in der untersuchten Studienpopulation, durch die Herkunftsländer und die damit verbundenen Fluchtrouten³³ und durch die bis zur Befragung relativ kurze Aufenthaltsdauer in Deutschland im Vergleich mit anderen Untersuchungen erklärbar. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die in der vorliegenden Arbeit beobachtete Prävalenz für Symptome einer Depression (45,7% bzw. 65,2%), die Belastung der Befragten realistisch wiedergibt.

Die in der vorliegenden Arbeit berechneten Prävalenzen (z.B. für Symptome der Depression 45,7% bzw. 65,2%) unterscheiden sich folgendermaßen: Die angegebenen Symptome psychischer Störungen wurden einmal ungeachtet ihrer angegebenen Stärke gezählt. Daraus ergibt sich die konservative Einschätzung der Prävalenz für Symptome einer Depression von 45,7%. Diese Auswertung ist unbeachtet der angegebenen Stärke der Symptome, die möglicherweise stark kulturell beeinflusst ist. Allerdings gehen dabei auch wichtige

³³ Zum Beispiel haben Geflüchtete aus Ostafrika in den meisten Fällen die Sahara durchquert. Siehe dazu Kapitel 5.2.2 Merkmal Herkunft.

Informationen über die Symptomlast verloren. Die zweite Auswertung (65,2%) beachtet auch die angegebene Stärke der Symptome und ergibt bei allen Berechnungen in der vorliegenden Arbeit höhere Prävalenzen. Die Auswertungsmethoden weichen in der Prävalenz für Symptome einer Depression um 20 Prozentpunkte voneinander ab. Wenn man dies mit der weiten Spanne an berichteten Prävalenzen in der aktuellen Forschungsliteratur vergleicht, ist dieser Unterschied gering.

- Prävalenz für Symptome einer Angststörung

Im Vergleich mit der deutschen weiblichen Allgemeinbevölkerung (21,3%)³⁴ (36) leiden in der untersuchten Studienpopulation fast zwei bis drei Mal so viele geflüchtete Frauen an Symptomen einer Angststörung (45,7% bzw. 60,9%).

Die Ergebnisse aus **Übersichtsarbeiten und Metaanalysen** ergeben ein ähnliches Bild wie bereits bei der Prävalenz für Symptome der Depression. Lindert et al. (99) haben 2009 in einer Metaanalyse eine Prävalenz von 40,0% für Symptome der Angststörung festgestellt. In ihrer Übersichtsarbeit von 2017 stellten Lindert et al. (83) Prävalenzen für eine Angststörung von 19,0%-50,0% unter Geflüchteten fest. Beide Ergebnisse bestärken, wie schon bei der Prävalenz für Symptome einer Depression, die konservative Auswertung in der vorliegenden Arbeit mit einer festgestellten Prävalenz von 45,7% für Symptome einer Angststörung. Gründe für die höhere Prävalenz für Symptome einer Angststörung von 60,9% könnte erneut die Tatsache sein, dass in der vorliegenden Arbeit ausschließlich Frauen befragt wurden. Geflüchtete Frauen sind stärker psychisch belastet, als geflüchtete Männer (93). Die benannten Übersichtsarbeiten umfassen Studien mit männlichen und weiblichen Geflüchteten und können so kaum ein differenziertes Bild der psychischen Gesundheit der geflüchteten Frauen abbilden.

Wie schon zuvor für Symptome der Depression stehen die Ergebnisse der Metaanalyse von Fazel et al. (89), in der 9,0% die Diagnose einer generalisierten Angststörung hatten, in starkem Gegensatz zu der in der vorliegenden Arbeit berechneten Prävalenz für Symptome einer Angststörung (45,7% bzw. 60,9%). Ein wichtiger Grund für diesen Unterschied ist die Einschränkung bei Fazel et al. auf die Diagnose der generalisierten Angststörung (F41.1). In der vorliegenden Arbeit wurden mit der HSCL-25 jedoch Angststörungen allgemein erfasst (138), was mehr Befragte mit Symptomen einschließt. Außerdem unterscheidet sich die Studienpopulation bei Fazel et al. in Herkunft (Südost-Asien) und Fluchtzeitpunkt (1965-1980)

³⁴ 12-Monats-Prävalenz. Diagnostiziert in einem strukturierten klinischen Interview.

von der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Studienpopulation. Das macht einen Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit denen von Fazel et al. schwer.

Analysiert man **Studien** zur Prävalenz (von Symptomen) einer Angststörung, finden sich wie auch zu Depression breit gestreute Ergebnisse (83).

Eine Studie von Sundquist et al. (10) berichtet ähnliche Prävalenzen (altersabhängig 53,4% bzw. 78,7%) wie in der vorliegenden Arbeit (45,7% bzw. 60,9%). Wie bereits im vorangegangenen Kapitel für Symptome einer Depression erwähnt, unterscheidet sich die Studienpopulation bei Sundquist wesentlich von der in der vorliegenden Arbeit untersuchten in Herkunft und Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland. Möglicherweise spielt die Aufenthaltsdauer eine untergeordnete Rolle für die psychische Gesundheit. Die europäische Herkunft bei Sundquist et al. könnte ein belastender Faktor sein, der eher einen deutlichen sozioökonomischen Statusverlust im Aufnahmeland mit sich bringt, als eine Herkunft aus Entwicklungsländern wie in der vorliegenden Studienpopulation.

Eine Untersuchung von Keller et al. (17) unter geflüchteten Folteropfern stellte mit der HSCL-25 eine Prävalenz von 81,1% für Symptome einer Angststörung fest. Die Tatsache, dass es sich ausschließlich um Folteropfer handelt, was auf die untersuchte Population nicht zutrifft, ist mit Sicherheit ein wichtiger Grund für die höhere Prävalenz bei Keller et al. (17). Der Vergleich mit der vorliegenden Untersuchung ist daher aufgrund der differenten Studienpopulation schwer.

Andere Studien, deren Studienpopulation und -design ebenfalls der vorliegenden Arbeit ähneln, berichten ebenso niedrigere Prävalenzen einer Angststörung. So berichten Laban et al. (91), dass 22,4% ihrer Studienpopulation an einer Angststörung leiden. Eine Untersuchung von Niklewski (109) fand ebenfalls eine wesentlich niedrigere Prävalenz für Angststörungen unter Geflüchteten zwischen 3,6% und 10,5%. Gründe für die niedrigeren Ergebnisse könnten im Vergleich zur vorliegenden Untersuchung die größere Stichprobe (89), der niedrige Frauenanteil (93) und die unterschiedliche Herkunft sein. Daher könnten die vorliegenden wesentlich höheren Ergebnisse für die Prävalenz von Symptomen einer Angststörung, dennoch die psychische Belastung geflüchteter Frauen in Mainz realistisch abbilden.

Insgesamt ist die vorliegende Prävalenz für Symptome einer Angststörung (45,7% bzw. 60,9%) tendenziell höher als in Übersichtsarbeiten und vergleichbaren Studien. Gleichzeitig sind die Ergebnisse in der aktuellen Literatur sehr breit gestreut. Vergleichbare Untersuchungen unterscheiden sich in der Studienpopulation (Frauen und Männer, längere Aufenthaltsdauer, andere Herkunftsstaaten) mit der vorliegenden Untersuchung. Sodass die in der vorliegenden

Arbeit erfasste hohe Prävalenz denkbar ist und eine realistische Einschätzung der Symptombelastung mit Symptomen einer Angststörung bei geflüchteten Frauen in Mainz sein kann.

Auffällig ist jedoch, dass die Prävalenzen für Symptome einer Depression und einer Angststörung in der vorliegenden Untersuchung ähnlich hoch sind. Es bleibt zu diskutieren, ob dies der mäßigen Differenzierung der HSCL-25 zwischen Symptomen einer Depression und einer Angststörung geschuldet ist oder an einer starken Komorbidität dieser beiden Erkrankungen liegt (32).

Die dargestellten Ergebnisse zeigen erneut, dass die Belastung durch Symptome einer Angststörung genauso wie durch eine Depression bei geflüchteten Frauen in Mainz sehr hoch ist. Bei konservativer Schätzung ist leidet fast jede zweite Frau an klinisch relevanten Symptomen einer Angststörung.

Geflüchtete Frauen mit Symptomen einer Angststörung sind, wie schon zuvor erwähnt, massiv eingeschränkt bei der Ankunft und Integration im Aufnahmeland bzw. in Mainz. Mit Symptomen wie plötzlich auftretender Angst, Schwächegefühl, innerer Unruhe, Zittern und Herzrasen ist z.B. die Bürokratie für einen Asylantrag inklusive Anhörung, das Leben in einer Gemeinschaftsunterkunft und das Erlernen der deutschen Sprache schwer zu bewältigen. Geflüchtete Frauen mit Symptomen einer psychischen Störung, wie einer Angststörung, benötigen daher unbedingt psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung.

Bei fehlender Versorgung droht eine Chronifizierung einer Angststörung und womöglich zusätzlich die Entstehung von Komorbiditäten, wie Depression und Somatisierung. Dies kann eine Integration im Aufnahmeland erschweren und verzögern. Die geflüchteten Frauen mit einer psychischen Störung, wie einer Angststörung, schaffen es möglicherweise nicht ihren Alltag zu bewältigen, eine Arbeitsstelle zu finden, eine Ausbildung zu beginnen oder eine private Wohnung zu finden. In Gesprächen mit den Interviewerinnen wurde deutlich, dass viele Mütter über Schwierigkeiten berichten, die Kinder zu versorgen, zur Schule zu bringen und wieder abzuholen. Viele Mütter schlafen über Tag, wenn die Kinder in der Schule sind, weil sie aufgrund der Erlebnisse im Rahmen der Flucht nachts nicht mehr schlafen können.

- Prävalenz für Symptome einer somatoformen Störung

Die Prävalenz für **Symptome einer somatoformen Störung** ist in der vorliegenden Studienpopulation acht Mal höher (40,2% bzw. 54,3%) als in der deutschen weiblichen Allgemeinbevölkerung (5,0%)³⁵ (36).

Die Belastung durch Symptome einer somatoformen Störung ist in der vorliegenden Studienpopulation unerwartet hoch. Die wenigen **Studien** zu dieser Störung unter Geflüchteten berichten deutlich niedrigere Prävalenzen als die vorliegende Arbeit für somatoforme Störung von unter 10% (13, 91, 100, 109). Alle diese Studien führten allerdings ein klinisches Interview zur Diagnosestellung. Dies steht im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung, in der ein psychometrisches Frageinstrument (Skala 1 der SCL) schriftlich eingesetzt wurde.

Eine Studie von Rask et al. (115) verwendet das gleiche Erhebungsinstrument wie die vorliegende Untersuchung und berichtet für kurdische Frauen in Finnland eine ähnlich hohe Prävalenz für das Vorliegen von Symptomen einer somatoformen Störung (49%) wie in der vorliegenden Arbeit (40,2% bzw. 54,3%). Das Frageinstrument (Skala 1 der SCL) wurde bei Rask et al. nach Symptomanzahl ausgewertet. Die Auswertung in der vorliegenden Untersuchung fand in Anlehnung an die Auswertungsmethode von Rask et al. statt. Es liegt nahe, dass die hohe Prävalenz in der vorliegenden Studienpopulation mit dem Messinstrument zusammenhängt. Für die alleinige Auswertung von Skala 1 (SCL) und für einen Rückschluss daraus auf eine somatoforme Störung ließen sich keine Untersuchungen und keine Empfehlung in der Literatur finden.

In einer deutschen Validierungsstudie zur SCL von Schmitz et al. (168) wurde eine hohe interne Konsistenz für die SCL und jede ihrer neun Subskalen festgestellt. Jedoch bestehe auch eine hohe Interdependenz zwischen den Subskalen. Schmitz et al. sehen die SCL eher als ein Instrument, das psychische Belastung insgesamt misst, statt einem Instrument mit neun unabhängigen Symptomskalen. Die unerwartet hohe Prävalenz in der vorliegenden Arbeit (40,2% bzw. 54,3%) ist daher kritisch zu bewerten.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die untersuchte Studienpopulation von geflüchteten Frauen, um ein Vielfaches stärker psychisch belastet ist, als Frauen der deutschen Allgemeinbevölkerung. In der aktuellen Forschungsliteratur finden sich nur sehr wenige Erkenntnisse zur Prävalenz der somatoformen Störung unter Geflüchteten. Die in der vorliegenden Arbeit berechnete Prävalenz für Symptome einer somatoformen Störung (40,2%

³⁵ 12-Monats-Prävalenz. Diagnostiziert in einem strukturierten klinischen Interview.

bzw. 54,3%) ist im Vergleich mit der Forschungsliteratur unerwartet hoch. Aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse und dem bisher nicht validierten Einsatz von Skala 1 (der SCL) als eigenes psychometrisches Instrument ist die vorliegende Prävalenz für Symptome einer somatoformen Störung kritisch zu bewerten.

Jedoch ist es durchaus möglich, dass die befragten geflüchteten Frauen tatsächlich ebenso häufig von Somatisierung betroffen sind, wie von Symptomen einer Depression oder Angststörung. Denn somatische Beschwerden treten häufig als Komorbidität bei einer Depression oder Angststörung auf. Zu bedenken ist außerdem der Umgang mit psychischer Erkrankung in den Herkunftsländern der Befragten, wo psychische Erkrankung noch eher als Stigma gesehen, verschwiegen wird, wo die psychotherapeutische Versorgung schwierig oder sogar unbekannt ist und es möglicherweise in der Kultur des Herkunftslandes üblich ist, psychische Beschwerden mit somatischen Symptomen zu beschreiben. Dies könnten weitere Gründe für die hohe Prävalenz an Symptomen einer Somatisierung in der untersuchten Studienpopulation von geflüchteten Frauen aus Afghanistan, Eritrea, Iran, Somalia und Syrien sein.

Eine **Schlussfolgerung** aus diesen Ergebnissen ist, dass ein Screening auf Somatisierungssymptome bzw. Symptome einer somatoformen Störung notwendig ist. Gleichzeitig scheint es, wie bereits festgestellt, einen großen Bedarf an psychosozialer bzw. psychotherapeutischer Versorgung unter geflüchteten Frauen in Mainz zu geben.

- Vergleich mit theoretischen Modelle zur psychischen Gesundheit von Migranten

Abschließend werden zwei Theorien zur Gesundheit von Migranten kurz umrissen und mit den vorliegenden Ergebnissen verglichen. Es existieren nur wenige theoretische Modelle zur Gesundheit Geflüchteter bzw. Migranten (169).

Einer der wenigen theoretischen Ansätze, ursprünglich nur auf Migranten bezogen, geht von einem **Healthy Migrant Effect** aus. Der *Healthy Migrant Effect* wurde unter Migranten in den USA, Kanada und Australien beobachtet. Er beschreibt das Phänomen, dass Migranten trotz einer sozioökonomischen Benachteiligung eine geringere Sterblichkeit als die Allgemeinbevölkerung aufweisen. Als Hauptgrund wird eine Selektion bereits bei der Entscheidung zur Migration angesehen (*Migrant Health Selection*). Gesundere und jüngere Menschen entscheiden sich demnach eher zur Migration. Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass sich diese gesundheitlichen Unterschiede zwischen Migranten und Allgemeinbevölkerung innerhalb von 10 bis 20 Jahren nach der Migration nivellieren. (170, 171)

Die Studienlage zur Existenz des *Healthy Migrant Effect* in Europa ist laut Moullan et Jusot sehr heterogen. Moullan et Jusot konnten in ihrer Übersichtsarbeit zeigen, dass Migranten in Belgien, Frankreich und Spanien eine schlechtere Gesundheit aufwiesen als die Allgemeinbevölkerung. In Italien hingegen wiesen Migranten eine bessere Gesundheit als die Allgemeinbevölkerung auf. Moullan et Jusot fanden in ihrer Untersuchung nur wenige Hinweise für die Existenz eines *Healthy Migrant Effect* in Europa. (172)

In Deutschland zeigte sich laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) bisher in allen verfügbaren Statistiken eine geringere Sterblichkeit von erwachsenen Migranten als von erwachsenen Deutschen. Die Unterschiede in den Sterblichkeitsraten waren in den 1980er Jahren noch wesentlich größer als heute. Jedoch könnten diese Unterschiede zumindest zum Teil laut einer Untersuchung des BAMF auch aus Problemen und systematischen Fehlern bei der Datenerfassung resultiert sein. (173)

Der *Healthy Migrant Effect*, der unter Migranten gezeigt werden konnte, ist in der vorliegenden Studienpopulation von Geflüchteten nicht vorhanden. Im Gegenteil, die befragten geflüchteten Frauen sind wesentlich stärker belastet als die deutsche weibliche Allgemeinbevölkerung. Da der *Healthy Migrant Effect* unter Migranten festgestellt wurde, war zu erwarten, dass in der vorliegenden Studienpopulation von Geflüchteten aus Kriegs- und Krisengebieten kein *Healthy Migrant Effect* besteht. Die vorliegende Studienpopulation hat sicherlich sehr viel mehr traumatisierende Erlebnisse (z.B. Fluchtweg, Einreisebedingungen), als eine Population von Migranten (mit wirtschaftlichen Gründen für die Migration, Einreise über normale Reisewege). Möglicherweise kann selbst eine friedliche Umgebung im Aufnahmeland die psychische Belastung unter geflüchteten Frauen durch vorherige Traumata nicht mindern, oder neue belastende Umstände kommen im Aufnahmeland hinzu.

Eine andere Theorie zur besseren Gesundheit von Migranten geht von einem **gesundheitlichen Übergang** aus (169, 174). Diese Theorie beschreibt ursprünglich „(...) den in einer Gesellschaft stattfindenden Übergang von einer hohen Sterblichkeit – vorwiegend an Infektionskrankheiten sowie Mütter- und Kindersterblichkeit – hin zu einer insgesamt niedrigen Sterblichkeit – vorwiegend an nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen (...)“ (169).

Bei Migration von nicht-westlichen in westliche Länder geschieht dieser Übergang schnell: Indem sich die medizinische Versorgung und Hygiene bessert, sinkt die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten direkt. Mit den Jahren im Aufnahmeland ändert sich der Lebensstil und nähert sich westlichen Lebens- und Ernährungsgewohnheiten an. Das erhöht wiederum die Sterblichkeit an chronischen Erkrankungen (z.B. KHK, DM Typ 2). (169)

Übertragen auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten würde das bedeuten, dass Geflüchtete im Aufnahmeland anfangs eine bessere psychische Gesundheit haben müssten als die Allgemeinbevölkerung. Grund dafür wären entfallende belastende Faktoren wie Todesangst, kriegerische Auseinandersetzungen, Gewalterfahrungen und Nahrungsmangel und gleichzeitig die verbesserte psychologische Versorgung im Aufnahmeland. Jedoch erscheint die untersuchte Studienpopulation wesentlich stärker belastet als die deutsche Allgemeinbevölkerung. Begründet ist das möglicherweise darin, dass psychische Symptome und Störungen einen langen Krankheitsverlauf haben und chronisch werden können. Eine psychologische Versorgung ist für Geflüchtete in Deutschland kaum sichergestellt (7). Gleichzeitig kommen im Aufnahmeland andere traumatisierende Erlebnisse hinzu, z.B. in Gemeinschaftsunterkünften, angedrohte Abschiebungen, keine Arbeitserlaubnis.

5.2.2 Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und soziodemographischen Merkmalen

Tatsächlich deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass soziodemographische Faktoren, wie ein hohes Alter, eine hohe Bildung, eine hohe Kinderzahl und die Herkunft aus bestimmten Ländern mit höheren Prävalenzen für psychische Symptome einhergehen. Im Folgenden werden die beobachteten Zusammenhänge zu Alter, Bildung, Kinderzahl und Herkunftsland diskutiert.

Ein *steigendes Alter* ging in der untersuchten Studienpopulation mit höheren Symptomscores einher. Am deutlichsten und statistisch auffällig war dies für die Angst- und Somatisierungsscores. Beim Depressionsscore zeigte sich eine Tendenz zu höheren Scores mit höherem Alter, die jedoch nicht statistisch auffällig war. Aus Untersuchungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung gibt es gegenteilige Ergebnisse. In höherem Alter konnte in der deutschen Allgemeinbevölkerung eine geringere psychische Belastung gezeigt werden (36). Die bisherigen Forschungsergebnisse zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten hingegen zeigen mehrheitlich eine steigende psychische Belastung von Geflüchteten mit steigendem Lebensalter (12, 13, 85, 91, 175).

Eine Erklärung für diesen vorliegenden Zusammenhang könnte sein, dass ein Mensch mit jedem Lebensjahr mehr belastende Erfahrungen macht und diese Erfahrungen im Alter kumulativ wirken. Jedoch ist dies als alleinige Begründung unwahrscheinlich, vor dem Hintergrund der Ergebnisse in der deutschen Allgemeinbevölkerung (36), wo in höherem Alter

eine geringere psychische Belastung existierte. Außerdem ist denkbar, dass ein Mensch aus belastenden Erfahrungen auch gestärkt herausgehen kann.

Robertson et al. sind der Meinung, dass ältere Menschen sich eher nicht in der Lage fühlen zu fliehen bzw. nicht ihre Heimat verlassen wollen, in der sie fest verwurzelt sind. Das führt dazu, dass ältere Menschen erst fliehen, wenn die Lebensbedingungen nicht mehr erträglich und sehr schwer geworden sind. Das wiederum kann zu mehr traumatisierenden Ereignissen vor und während der Flucht und zu einer stärkeren psychischen Belastung bei älteren Geflüchteten führen. (12)

Eine weitere Hypothese von Robertson et al. bezieht sich auf die Zeit nach der Flucht. Sie sagt, dass ältere geflüchtete Frauen mehr familiäre Verpflichtungen und Verantwortung haben. Sie haben möglicherweise mehr Kinder und sind möglicherweise zusätzlich für Kranke oder Alte verantwortlich. Das führt dazu, dass sich geflüchtete Frauen weniger um ihr Wohlergehen und das Erlernen der Landessprache kümmern können. (12)

In der vorliegenden Untersuchung waren die geflüchteten Frauen mit zunehmendem Alter zunehmend mit psychischen Symptomen belastet. Gründe könnten die zusätzliche Belastung durch Kinder sein (alle Befragten ab 38 Jahren hatten mindestens zwei Kinder). Zum einen die Verantwortung und Sorge um die eigenen Kinder, aber auch das Gefühl eine schlechte Mutter zu sein, wenn man den Kindern nicht den Lebensraum bieten kann, den man sich für sie wünscht. Die Lebensverhältnisse in einer Gemeinschaftsunterkunft sind beengt, die Kinder spielen möglicherweise mit Kindern oder Menschen, deren Einfluss man sich für seine Kinder nicht wünscht. Hinzu kommen Schuldgefühle, wenn geflüchtete Frauen ihre Kinder im Herkunftsland zurücklassen mussten oder die Kinder getrennt von ihren Eltern leben.

Eine Trennung von den eigenen Kindern wurde am häufigsten von befragten Frauen ab 38 Jahren berichtet. Gleichzeitig kann man davon ausgehen, dass auch ältere Kinder über 18 Jahren darunter sind. Dennoch ist eine Trennung auch von älteren Kindern mit Sicherheit stark belastend.

Und nicht zuletzt bleibt mit eigenen Kindern weniger Zeit für die eigenen Bedürfnisse, Freizeitgestaltung, Kennen lernen von Freunden und die eigene Weiterbildung (z.B. für den Spracherwerb).

Ein höheres Lebensalter an sich geht mit geringeren körperlichen Kräften einher. Das kann zu einem Gefühl der Überforderung und Hoffnungslosigkeit führen. Zusätzlich ist es in höherem Alter schwieriger eine Ausbildungs- oder Arbeitsstelle zu finden, da man sich gegen jüngere

Bewerberinnen ohne Kinder durchsetzen muss. Dies ist für die meisten Frauen in der vorliegenden Untersuchung noch nicht aktuell, da über ihren Asylantrag noch nicht entschieden wurde. Die Probleme sind älteren geflüchteten Frauen aber mit Sicherheit bewusst und stellen eine zusätzliche psychische Belastung dar.

Je älter eine der Befragten ist, desto eher war sie in ihrem Herkunftsland bereits fest eingebunden in z.B. eine Dorfgemeinschaft, und hatte womöglich die Vorstellung an ihrem Wohnort und mit ihren Kindern die nächsten Jahre zu verbringen. Bei den jüngeren Befragten, ist eher davon auszugehen, dass sie ohne Kinder und ohne festen Partner noch auf der Suche nach einem endgültigen Wohnort oder einer festen Arbeitsstelle sind. Sie haben noch eher die Kraft und Ressourcen, sich ein neues Leben aufzubauen. Ältere Befragte verlassen bei einer Flucht nicht nur ihre Heimat, Familie und Freunde, sondern müssen u.U. ihre Kinder zurücklassen und verlieren einen Teil ihres Lebens mit allen Mühen und Anstrengungen, die es sie gekostet hat sich ihr Leben aufzubauen. Für ältere Frauen bedeutet eine Flucht aus dem Heimatland somit eher ein größerer Verlust, als für jüngere Frauen.

Für die geflüchteten Befragten ab 38 Jahren mit einer hohen Schulbildung und damit verbunden einem guten Job und einem entsprechenden Ansehen, bedeutet die Flucht in ein anderes Land ein enormer Statusverlust. Womöglich werden ihre Bildung und Berufserfahrung nicht anerkannt und ihr damit verbundenes Ansehen geht verloren. Je älter eine geflüchtete Frau ist, desto schwerer muss es fallen, den Weg einer Ausbildung oder Berufsanfängerin erneut zu beschreiten: Im Herkunftsland hatte sie bereits diese Hürden gemeistert und im Aufnahmeland wird dies nicht anerkannt. Das stellt eine psychische Belastung dar.

Das **Merkmal Schulbildung** zeigte lediglich mit den Angstscores einen statistisch auffälligen Zusammenhang. Befragte mit höherer Schulbildung erreichten höhere Angstscores. Die gleiche Tendenz ließ sich für den Depressionsscore erkennen, jedoch nicht für den Somatisierungsscore. In der deutschen Allgemeinbevölkerung zeigt sich abermals das Gegenteil. Je höher die Schulbildung ist, desto besser ist die psychische Gesundheit. (119)

Die bisherige Forschung unter Geflüchteten zeigt unterschiedliche Zusammenhänge zwischen Schulbildung und psychischer Gesundheit. Einige Studien fanden Hinweise, dass eine niedrige Schulbildung mit mehr psychischen Symptomen einhergeht (13, 85). Robertson et al. spekulieren, dass Frauen mit höherer Schulbildung mehr Möglichkeiten und Ressourcen haben zu fliehen und das früher tun als andere (12). Gründe dafür könnten sein, dass Frauen mit höherer Schulbildung eher eine gut vorbereitete Flucht gelingt, die frühestmöglich stattfindet und sie vor weiteren traumatischen Erlebnissen im Herkunftsland und auf der Flucht bewahrt.

Das wiederum verringert die psychische Belastung durch traumatisierende Erlebnisse. Gleichzeitig ist denkbar, dass geflüchtete Frauen mit höherer Schulbildung im Aufnahmeland besser zurechtkommen. Da sie möglicherweise Englisch oder Französisch sprechen, Deutsch schneller erlernen und sich selbst einfacher über Hilfsangebote informieren können. In der vorliegenden Arbeit berichten Frauen mit höherer Bildung jedoch von einer höheren Symptomlast. Die beschriebenen Mechanismen scheinen bei geflüchteten Frauen in Mainz keine entscheidende Rolle zu spielen.

Es gibt allerdings ebenso Studien, die keinen Zusammenhang zwischen Schulbildung und der psychischen Gesundheit feststellen konnten (10, 84). Genauso existieren Studien, die mit höherer Schulbildung eine schlechtere psychische Gesundheit unter Geflüchteten gefunden haben (93). Porter et Haslam (93) vermuten, dass der Statusverlust durch die Flucht die psychische Gesundheit negativer beeinflusst, als der positive Effekt im Aufnahmeland das ausgleichen könnte.

Bhugra (176) vertritt ebenso die These, dass es bei einer Flucht leicht zu einem sozioökonomischen Statusverlust im Aufnahmeland kommen kann. Vor allem Geflüchtete mit hoher Schulbildung und einem wahrscheinlich daraus folgenden hohen sozioökonomischen Status im Heimatland würden erst einmal einen deutlichen Statusverlust im Aufnahmeland erleben. D.h. die Geflüchteten erhalten anfangs keine Arbeitserlaubnis, sind gezwungen in Gemeinschaftsunterkünften zu wohnen, haben einen niedrigen sozialen Status und werden möglicherweise nicht ernst genommen.

In der untersuchten Studienpopulation gaben geflüchtete Frauen mit höherer Schulbildung mehr psychische Symptome an. Es ist denkbar, dass ein sozioökonomischer Statusverlust in Deutschland die besseren Ressourcen und Möglichkeiten im Aufnahmeland überdeckt. Wenn ein im Herkunftsland erlangter Bildungsabschluss in Deutschland zunächst nicht anerkannt ist und auch zunächst keine Arbeitserlaubnis besteht, so bedeutet das nicht nur ein großer Statusverlust, sondern auch der Verlust der Hoffnung sich mit den eigenen beruflichen Qualifikationen ein Leben in Deutschland aufbauen zu können. Das würde bei den meisten Menschen eine starke psychische Belastung mit Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängste hervorrufen.

Es ist wichtig die Anerkennung von Bildungsabschlüssen aus den Herkunftsländern zu prüfen und ihre Anerkennung in Deutschland zu erweitern, um so frühzeitig eine Arbeitserlaubnis zu erhalten. Denn die Tatsache, eigene Fähigkeiten in Deutschland einsetzen zu können und so ein Teil der Gesellschaft in Deutschland werden zu können, bringt geflüchtete Frau in eine aktive

Rolle. Die Betreffende ist nicht mehr eine hilfsbedürftige geflüchtete Frau, sondern eine Frau, die Geld verdient, ihre Familie ernährt und einer täglichen Arbeit nachgeht, Ziele und Wünsche haben kann. Das fördert die gesellschaftliche Teilhabe und Integration in Deutschland. Diese Überlegungen und die nachstehend berichteten Meinungen der Befragten machen deutlich, wie wichtig ein kostenloser Zugang zu Bildung und eine frühzeitige Arbeitserlaubnis sind.

Folglich besteht Bedarf an speziellen Beratungsangeboten für geflüchtete Frauen. Die staatlichen Stellen, wie das Job-Center, sollten sensibilisiert sein für die Bedürfnisse geflüchteter Frauen und ihnen Weiterbildungsmöglichkeiten und Hilfe zum Berufseinstieg geben. Essenziell ist dabei eine ausreichende Verfügbarkeit von Dolmetschern und die Förderung des Spracherwerbs. Auch an dieser Stelle wären regelmäßige Treffen, ggf. in einer Gruppe von Frauen, sinnvoll, um den Austausch zwischen den Frauen zu fördern und bei Schwierigkeiten frühzeitig Hilfestellung geben zu können.

Die Tatsache, dass die Symptomlast einer Depression und Angststörung, jedoch nicht einer somatoformen Störung mit hoher Schulbildung assoziiert war, könnte sich daraus ergeben, dass mit höherer Schulbildung sicherlich auch das Krankheitsverständnis für psychische Symptome und Störungen wächst. Dies könnte einer Somatisierung entgegenwirken.

Das **Merkmal Kinderzahl** erscheint in der vorliegenden Untersuchung als ein belastender Faktor. Mit steigender Kinderzahl stieg auch der Somatisierungsscore. Höhere Depressions- und Angstscores gingen nur tendenziell mit höherer Kinderzahl einher.

In einer Untersuchung unter deutschen Frauen mit und ohne Kindern konnten Sperlich et al. (123) keinen linearen Zusammenhang zwischen Kinderzahl und psychischer Belastung feststellen. Mütter mit zwei Kinder zeigten sich als die gesündeste Gruppe im Vergleich zu Frauen ohne, mit einem oder drei Kindern. Eine andere Studie in Deutschland konnte keinen Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit von Frauen und der Anzahl der Kinder feststellen (177).

Unter geflüchteten Frauen untersuchten Robertson et al. (12) den Faktor *Kinderzahl* und fanden einen positiven Zusammenhang zu schlechter Gesundheit, traumatisierenden Ereignissen, Foltererfahrung und assoziierten Problemen. Frauen mit großen Familien (>7 Kinder) hatten eine schlechtere physische und psychische Gesundheit, berichteten über mehr Probleme, mehr traumatisierende Ereignisse, eine geringere Schulbildung und geringere Sprachkenntnisse in der Landessprache. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich mit steigender Kinderzahl, eine steigende Symptomlast.

Robertson et al. (12) führen die starke Belastung von geflüchteten Frauen mit großen Familien in ihrer Untersuchung auf die große familiäre Verantwortung und damit weniger Zeit für Bildung, soziale Kontakte, Freizeit und Ruhepausen zurück. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Verantwortung für Kinder und Familie in Ostafrika, wo die geflüchteten Befragten herkamen, meist allein bei den Frauen liegt. Daraus ergibt laut Robertson et al. (12) für die Mütter eine erschwerte Integration im Aufnahmeland.

Weitere Faktoren könnten sein, dass Frauen mit vielen Kindern eher spät fliehen. Denn die Flucht mit Kindern ist aufwendiger und teurer. Eine späte Flucht könnte zusätzlich mehr traumatisierende Ereignisse im Heimatland bedeuten. Im schlimmsten Fall muss ein Kind zurückgelassen werden, verschwindet oder stirbt auf der Flucht.

Das Alter der Befragten stellt für den Zusammenhang zur Kinderzahl eine Störgröße dar. Es ist in der vorliegenden Untersuchung mit psychischen Symptomen assoziiert und natürlicherweise ebenso mit der Kinderzahl.

Geflüchtete Frauen mit Kindern sind in der vorliegenden Untersuchung stärker belastet als geflüchtete Frauen ohne Kinder und benötigen besondere Unterstützung. Die vermehrte psychische Belastung von geflüchteten Frauen mit Kindern lässt sich erklären durch die Verantwortung für die Kinder, Sorgen um die Zukunft der Kinder, Gefühle des Versagens als Mutter, durch möglicherweise die Trennung von eigenen Kindern. Außerdem bleibt für Frauen mit Kindern weniger Zeit für Freizeitaktivitäten, zum Erholen, zur Teilnahme an Sprachkursen, zur Bildung oder zum Ausüben eines Berufs. Vor allem die zuletzt genannten Umstände, können eine Integration in Deutschland, einen Spracherwerb und so auch das Kennenlernen der neuen Lebensumgebung verzögern, möglicherweise sogar verhindern

Insgesamt wird deutlich, dass sich die Faktoren Alter, Schulbildung und Kinderzahl mit Trennung von den eigenen Kindern, gegenseitig stark beeinflussen und ihr Zusammenhang auf die psychische Gesundheit von geflüchteten Frauen in Mainz kaum getrennt voneinander betrachtet werden kann.

Das **Merkmal *Herkunft*** ist nicht Teil der Forschungsfragen, jedoch als eine bedeutende Störgröße in die Modelle (siehe Kapitel 5.2.4) aufgenommen und wird daher an dieser Stelle beschrieben. Die Herkunft wurde bewusst nicht in die Forschungsfragen aufgenommen, da das Ziel der vorliegenden Arbeit ist den Blick auf die Lebensumstände von geflüchteten Frauen in Deutschland zu wenden und Faktoren zu erkennen, die hier vor Ort verbessert werden können.

Erwartungsgemäß zeigte sich eine deutliche Variation in den Prävalenzen für psychische Symptome zwischen den Herkunftsländern. Auf jeder Skala erreichten Befragte aus Eritrea und Somalia die niedrigsten medianen Scores und Befragte aus Afghanistan, Iran und Syrien die höchsten medianen Scores. Der Angst- und Somatisierungsscore zeigten sogar statistisch auffällige Unterschiede zwischen den Herkunftsländern. Die Prävalenzen unterschieden sich zwischen den Ländern bis zu 65 Prozentpunkten.

De Jong et al. (100) fanden in ihrer internationalen Studie ebenfalls sehr große Unterschiede zwischen den Herkunftsländern in der Prävalenz von psychischen Störungen. Die berechneten Prävalenzen unterschieden sich um bis zu 37 Prozentpunkte. Sie erklärten sich dies u.a. mit methodischen Unterschieden, da Rekrutierung und Befragung der Studienpopulation durch lokale Partner in vier verschiedenen Ländern stattfanden.

Eine Untersuchung von Kröger et al. (5) in Deutschland kam zu geringeren Unterschieden zwischen den Herkunftsländern in der Prävalenz psychischer Erkrankungen, als die vorliegende Untersuchung. Bei Kröger et al. unterschieden sich die Prävalenzen für Symptome einer psychischen Störung um bis zu 21 Prozentpunkte.

Bei Rask et al. (115) haben Frauen aus Ostafrika eine niedrigere Prävalenz für Symptome einer Depression, als Frauen aus dem Nahen/ Mittleren Osten (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Zu vergleichbaren Ergebnissen kam die vorliegende Untersuchung. Das wirft die Fragen auf, ob psychische Symptome unter ostafrikanischen Geflüchteten mit der HSCL-25 unterschätzt werden, ob sie weniger psychisch belastet sind, oder, ob ostafrikanische geflüchtete Frauen eine höhere Resilienz haben, als weibliche Geflüchtete aus dem Nahen/ Mittleren Osten. An dieser Stelle besteht noch weiterer Forschungsbedarf.

Jedoch gibt es ebenso Studienergebnisse, die keine Unterschiede in der Prävalenz für psychische Symptome zwischen den Herkunftsländern finden konnten. So zeigte sich bei Hocking et al. (101) kein Hinweis darauf, dass das Herkunftsland in Zusammenhang mit Symptomen einer psychischen Störung steht.

In der vorliegenden Untersuchung bestehen jedoch deutliche Unterschiede in der Symptomlast abhängig vom Herkunftsland. Aus verschiedenen Gründen ist es denkbar, dass das Herkunftsland einen deutlichen Unterschied in der Entwicklung von psychischen Symptomen macht. Zum einen bestimmt die Situation im Herkunftsland die Art und Häufigkeit traumatisierender Ereignisse. Zusätzlich wird dadurch maßgeblich der Fluchtweg (z.B. Sahara) und die Fluchtmöglichkeiten mit allen Gefahren bestimmt. Nachfolgend werden Fluchtgründe, -route und -erlebnisse für die einzelnen Herkunftsländer näher erläutert:

Befragte aus **Eritrea** flohen u.a. vor dem für jede und jeden Heranwachsenden verpflichtenden Militärdienst (46, 47). Dieser ist unbefristet und bedeutet gerade für junge Mädchen sexuelle Ausbeutung. Befragte aus Eritrea nannten u.a. folgende Fluchtgründe: den drohenden/bestehenden Militärdienst, Angst um das eigene Leben oder um das Leben der Familie, Krieg und Gewalterfahrung. Aus **Somalia** flohen Frauen vor dem andauernden bewaffneten Konflikt zwischen Regierung und Milizen, in dem es zu sexueller Gewalt, willkürlichen Tötungen und Anschlägen kam und der über eine Millionen Menschen innerhalb Somalias zur Flucht gezwungen hat (48, 49). Alle geflüchtete Frauen aus diesen Ländern berichteten in der vorliegenden Untersuchung von potentiell traumatisierenden Erlebnissen (PTE). Mehr als die Hälfte der Befragten aus Eritrea und Somalia hatte elf oder mehr PTE erlebt, wie z.B. sexuelle Gewaltanwendung, Tötungen von Mitmenschen und Todesangst. Unter den befragten Frauen aus Afghanistan, Iran und Syrien berichteten 13% kein PTE. Die Mehrheit hatte zwischen einem und 10 PTE erlebt.

Die am meisten genutzte Fluchtroute führt für Frauen aus Somalia und Eritrea durch die Sahara nach Libyen und von dort über das Mittelmeer an die italienische Küste (178). Die in der vorliegenden Untersuchung befragten Frauen aus Eritrea und Somalia gaben folgende Fluchtroute an: Äthiopien, Sudan, Libyen (Gefängnis), Italien. 12 von insgesamt 25 befragten Frauen aus Eritrea und Somalia haben Schlepperdienste in Anspruch genommen, für die zwischen 500 und 5000 US-Dollar bezahlt wurden.

Von *Ärzte ohne Grenzen* (179) wurde aus Libyen über ein staatliches Internierungslager für Geflüchtete berichtet, in dem Menschen dort willkürlich unter schlimmsten Bedingungen gefangen gehalten werden. So gäbe es kaum Nahrung oder Wasser. Geflüchtete würden auf engstem Raum ohne Tageslicht, Frischluftzufuhr oder funktionierende sanitäre Anlagen gefangen gehalten.

Als Fluchterlebnisse, die die Befragten heute noch beschäftigen wurden von Frauen aus Eritrea und Somalia u.a. folgende genannt: das Meer, die Gewalt in Libyen, Gefängnis, Körperverletzung, Vergewaltigung, Hunger, Angst (vor dem eigenen Tod), Zeuge zu sein von Menschen die umgebracht wurden oder verdurstet sind.

Geflüchtete aus dem **Afghanistan** und **Syrien** flohen vor bewaffneten Konflikten, Geflüchtete aus dem **Iran** vor politischer Verfolgung, eingeschränkter Meinungsfreiheit und staatlicher Willkür (40-45). Die in der vorliegenden Arbeit befragten Frauen aus Afghanistan, dem Iran und Syrien gaben als Gründe zur Flucht u.a. Angst um mein Leben oder das meiner Familie,

Krieg, Terror, drohende Folter, (sexuelle) Gewaltanwendung, drohende Zwangsheirat oder Angst vor Entführung als Fluchtgründe an.

Vergleicht man die Fluchtgründe, fällt auf, dass Befragte aus allen Herkunftsländern um ihr Leben und das ihrer Familie fürchteten und vor (sexueller) Gewalt flohen. Außer den Befragten aus dem Iran, nannten alle Befragte auch Krieg und Terror als Gründe für die Flucht. Dennoch haben Befragte aus dem Iran mit Afghanistan und Syrien eine höhere Symptomlast als Befragte aus Eritrea und Somalia.

Die in der vorliegenden Untersuchung befragten geflüchteten Frauen aus dem Nahen/ Mittleren Osten gaben folgende Fluchtroute an: Türkei, Griechenland, Mazedonien, Serbien, (Kroatien), Ungarn, Österreich. Als belastende Fluchterlebnisse wurden von Frauen aus dem Nahen/ Mittleren Osten u.a. folgende genannt: die Angst zu ertrinken im Meer, die Angst zu Erfrieren in den Bergen, dem Wetter schutzlos ausgesetzt zu sein, (sexuelle) Gewalt, Vergewaltigung, Tod und Inhaftierung zu erfahren.

Bei der Benennung von belastenden Fluchterlebnissen fällt auf, dass alle Befragten, ungeachtet der Herkunft und Fluchtroute, von sexueller und physischer Gewalt, Angst bei der Überquerung des Meeres, Hunger, Durst, Schutzlosigkeit vor dem Wetter und Konfrontation mit dem Tod berichten. Jedoch berichteten Befragte aus Eritrea und Somalia von willkürlicher Inhaftierung und schrecklichen Zuständen in Libyen, wo Geflüchtete aus dem Nahen/ Mittleren Osten kaum hinkommen. Dies würde bei den befragten Geflüchteten aus Eritrea und Somalia eine größere potenzielle Traumatisierung und eine höhere Symptomlast als bei den befragten Geflüchteten aus dem Nahen/Mittleren Osten erwarten lassen. Jedoch berichteten die befragten Frauen aus Ostafrika eine niedrigere Last an Symptomen einer psychischen Störung als die in der vorliegenden Arbeit Befragten aus dem Nahen/ Mittleren Osten.

Letztendlich zeigt sich in der vorliegenden Arbeit ein Zusammenhang zwischen dem Herkunftsland und den berichteten psychischen Symptome. Aus der Herkunft der Befragten mit den jeweiligen Fluchtrouten lässt sich dieser Zusammenhang nicht erklären. Im Gegenteil man würde eher den gegenteiligen Zusammenhang erwarten, d.h. höhere psychische Belastung bei geflüchteten Frauen aus Somalia und Eritrea, als bei geflüchteten Frauen aus Afghanistan, Iran oder Syrien.

Andere Faktoren scheinen für den Zusammenhang zwischen Herkunftsland und psychischer Belastung verantwortlich. So könnten kulturspezifische Coping-Strategien und Resilienz eine Rolle spielen. Möglicherweise verbessert sich der sozioökonomische Status für Geflüchtete aus Ostafrika eher, und verschlechtert sich für Geflüchtete aus dem Nahen/Mittleren Osten eher im

Vergleich zum Herkunftsland. Ein Verlust des sozioökonomischen Status kann möglicherweise einen Teil der höheren Symptomlast der Befragten aus dem Nahen/Mittleren Osten erklären.

Ein weiterer methodischer Faktor, der kulturspezifische psychische Belastung vermitteln kann, sind die fragliche Reliabilität und Validität der verwendeten psychometrischen Skalen in interkulturellen Studienpopulationen.(80) ³⁶

5.2.3 Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und fluchtspezifischen Merkmalen

In der untersuchten Studienpopulation wurde eine hohe **Anzahl an PTE (potenziell traumatisierende Erlebnisse)** erwartet, da alle befragten Frauen aus Kriegsgebieten und Ländern mit Menschenrechtsverletzungen geflohen waren (40-49). Außerdem ist davon auszugehen, dass Frauen (mit Kindern) eine besonders schutzlose und vulnerable Gruppe darstellen (2). Sie sind auf der Flucht besonders gefährdet PTE zu erleben. Im Durchschnitt wurden acht verschiedene erlebte PTE von den befragten Frauen berichtet.

Es ist allgemein bekannt, dass potentiell traumatisierende Ereignisse (PTE), wie z.B. Hunger, Durst, Todesangst, Folter, Mitansetzen wie jemand getötet wird, körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, psychische Symptome auslösen können (32). Geflüchtete sind in besonderem Maße PTEs ausgesetzt - vor, während und nach ihrer Flucht (180, 181). Kröger et al. (5) berichten in ihrer Studie in Deutschland, dass die große Mehrheit der befragten Geflüchteten von Kriegserlebnissen und gewalttätigen Erlebnissen berichtet. Mehrere Studien konnten zeigen, dass bei mehr erlebten PTE mehr psychische Symptome berichtet werden (12, 101, 103).

Im Einklang dazu steht das Ergebnis dieser Untersuchung: Befragte Frauen, die von PTE berichteten, waren stärker belastet mit psychischen Symptomen als Frauen ohne genannte PTE. Die befragten Frauen mit mehr als elf verschiedenen genannten PTE hatten die höchste Belastung für Symptome einer Depression oder Angststörung.

Es fällt zusätzlich auf, dass in der vorliegenden Untersuchung befragte Frauen ohne genannte PTE ausschließlich aus Afghanistan und Syrien kamen und unter 33 Jahre alt waren. Bei der Abfrage der erlebten PTE waren die Befragten angehalten ihr gesamtes Leben zu berücksichtigen. Es ist daher nur natürlich, dass es einen Zusammenhang zum Alter gibt. Denn mit steigendem Lebensalter in Ländern, die schon seit Jahren Krieg- oder Krisengebiete sind,

³⁶ Vergleiche Kapitel 5.3 Grenzen und Limitationen.

ist es wahrscheinlich immer mehr PTE zu erleben. Gleichzeitig sind diese traumatisierenden Erlebnisse auch der Grund für die Entscheidung zur Flucht. Auf der Flucht ist es ebenfalls sehr wahrscheinlich, dass es zu PTE kommt. Es verwundert daher eher, dass einige Befragte aus Afghanistan und Syrien keine PTE angegeben haben. Die Fluchtroute und die Tatsache, dass die Befragten aus Afghanistan, Iran und Syrien mehrheitlich in Begleitung gereist sind, könnten diese Frauen vor PTE geschützt haben. Für Frauen aus Eritrea und Somalia, die mehrheitlich allein gereist sind und die Wüste, sowie Libyen durchqueren mussten, ist das Risiko für PTE, wie z.B. Gewalterfahrung, Inhaftierung, Folter und sexuelle Gewalt, sicherlich höher. Dennoch berichteten Befragte aus dem Nahen/ Mittleren Osten in der vorliegenden Untersuchung eine höhere Symptomlast als die Befragten aus Eritrea und Somalia.

Eine **Trennung von den Kindern** ist bereits durch die abgefragten PTE³⁷ erfasst, wurde jedoch nochmals einzeln abgefragt. Grund dafür ist, dass die Trennung von einem ihrer Kinder für eine Mutter eine sehr große psychische Belastung darstellen müsste. Es wurde erwartet, dass eine Trennung von den Kindern einen deutlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Rund 20% der befragten geflüchteten Frauen waren von mindestens einem ihrer Kinder getrennt. Es zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung, dass Frauen mit Trennung von ihren Kindern auf allen drei Skalen höhere mittlere Scores erreichten, als Frauen ohne Kinder bzw. ohne Trennung von ihren Kindern.

Ryan et al. (90) kamen in ihrer Studie unter Asylsuchenden ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine Trennung von den Kindern ein wichtiger Risikofaktor für psychische Belastung ist. Vor allem Geflüchtete, die Familie und Kinder hinter sich lassen mussten, beklagten bei Ryan et al. (90) in ihrer Versorgerrolle versagt zu haben. Laban et al. (6) stellten fest, dass ein Leben getrennt von den eigenen minderjährigen Kindern mit einer oder mehr psychischen Störungen assoziiert war.

Es ließ sich in den vorliegenden Daten ebenfalls erkennen, dass mit einer Trennung von den eigenen Kindern, die psychische Belastung deutlich erhöht ist. Gründe dafür könnten die Sorge um die eigenen Kinder, ein Gefühl des Versagens als Mutter oder die Ungewissheit darüber, wann man die eigenen Kinder wiedersehen kann, sein. Das Warten auf eine Familienzusammenführung und die Ungewissheit, ob dies überhaupt möglich ist, sind sicherlich ein psychisch belastender Faktor.

Aussage einer Geflüchteten aus Eritrea im Fokusgruppeninterview:

³⁷ Als ein mögliches PTE wurde abgefragt: Erzwungene Trennung von Familienmitgliedern.

„Was sollen wir denn machen. Ich habe meine Kinder 2011 verlassen. Das sind nicht wenige Jahre. Ich habe Eritrea 2011 verlassen. [...] Ich möchte sie auch nicht anrufen, weil sie weinen und meine Mutter sagt, sie machen sich nachts ins Bett und kriegen Fieber, wenn ich anrufe. Jetzt... es ist schwer, es ist schwer, schwer, schwer, sehr schwer.... Daher ist es besser still zu sein. Ich weiß es nicht.“

In der vorliegenden Untersuchung ergaben sich für **belastende Erfahrungen in Deutschland** geringe Hinweise auf einen Zusammenhang zu psychischen Symptomen. Genannte belastende Erfahrungen in Deutschland gingen in der vorliegenden Untersuchung mit einer leicht erhöhten Symptombelastung einher.

Zum Einfluss belastender Erfahrungen in Deutschland auf die Gesundheit Geflüchteter existieren wenige Untersuchungen (8). Es gibt wenige Studien, die die Erfahrung von Diskriminierung als einen Risikofaktor für psychische Belastung identifizieren konnten (6, 90). Somit lässt sich lediglich der Hinweis festhalten, dass belastende Erfahrungen in Deutschland mit mehr psychischen Symptomen assoziiert sein könnten. Es ist denkbar, dass andere Faktoren, wie PTE vor und auf der Flucht, eine Trennung von der Familie oder der Verlust von Familienmitgliedern, eine sehr viel größere psychische Belastung bedeuten und belastende Erfahrungen in Deutschland überdecken. Gleichzeitig ist es wahrscheinlich, dass sich eine psychische Belastung durch belastende Erfahrungen in Deutschland erst mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland bemerkbar macht. Dafür müsste die psychische Belastung kontrolliert nach Aufenthaltsdauer untersucht werden. Dies wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht durchgeführt, da die untersuchte Population dafür zu klein und die Variabilität in der Aufenthaltsdauer bei den Befragten zu gering war.

Ein weiteres untersuchtes Merkmal in der Umgebung geflüchteter Frauen in Deutschland ist die Unterbringungssituation. Bozorgmehr et al. (8) stellten in ihrer Übersichtsarbeit fest, dass die Unterbringungssituation während des Asylverfahrens von den meisten Geflüchteten als sehr belastend empfunden wird. Die Unterbringungssituation war bei allen befragten Frauen ähnlich, nämlich in einer Gemeinschaftsunterkunft. Diese Unterbringung ist wahrscheinlich für alle Bewohnerinnen ähnlich belastend. Für die **Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation** konnte in der vorliegenden Untersuchung kein Zusammenhang zu psychischen Symptomen bzw. den Scores festgestellt werden.

In der vorliegenden Untersuchung bewerteten die Befragten ihre Situation unterschiedlich. Auffällig ist, dass Befragte aus dem Nahen/Mittleren Osten mehrheitlich *eher unzufrieden* mit der Unterbringungssituation waren. Befragte aus Ostafrika waren mehrheitlich *eher zufrieden*

mit der Unterbringungssituation. Verantwortlich dafür könnte der Unterschied der Wohnqualität im Vergleich zum Herkunftsland oder auf der Flucht sein. Es ist zu erwarten, dass Befragte aus dem Nahen/Mittleren Osten einen höheren Wohnstandard in ihrem Herkunftsland hatten, als Befragte aus Ostafrika. Die Unterbringungssituation in Deutschland bedeutet dementsprechend ein Zugewinn oder Verlust an Wohnqualität. Befragte aus Ostafrika haben auf ihrer Flucht womöglich noch schlimmere Unterbringungssituationen erlebt (z.B. in Libyen), als Befragte aus dem Nahen/Mittleren Osten. Im Vergleich sind Befragte aus Ostafrika womöglich aus diesem Grund zufriedener mit ihrer Unterbringung.

Auf der anderen Seite könnte für alleinstehenden Frauen, die ohne Begleitung und ohne Kinder geflohen sind, eine Gemeinschaftsunterkunft den Kontakt zu anderen geflüchteten Frauen erleichtern und einem Gefühl der Einsamkeit vorbeugen. Womöglich ist es auch für jüngere Frauen einfacher in einer Gemeinschaftsunterkunft zu leben, da sie sich leichter an eine neue Situation anpassen können. Dies könnte die Zufriedenheit der Frauen aus Ostafrika mit der Unterbringungssituation begründen, die im Gegensatz zu den Geflüchteten aus dem Nahen/Mittleren Osten mehrheitlich alleinstehend, kinderlos und jünger sind.

Laban et al. (91) konnten in ihrer Untersuchung unter irakischen Asylsuchenden zeigen, dass ein langes Asylverfahren einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Störungen ist. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich jedoch kein Zusammenhang zwischen dem **Aufenthaltsstatus** und der Symptomlast durch Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung. Die Hälfte der befragten geflüchteten Frauen hatten bereits eine Entscheidung über ihren Asylantrag erhalten, die in über 90% der Fälle mit einer Aufenthaltserlaubnis für ein oder drei Jahre entschieden worden war (d.h. Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft, Asylberechtigung, subsidiärer Schutz). Ob über den Aufenthaltsstatus bereits entschieden war oder nicht, zeigte keinen Unterschied in der Symptomlast der befragten Frauen. Möglicherweise ist die Belastung durch Erlebnisse vor und auf der Flucht relevanter und stärker als die Entlastung durch eine Aufenthaltserlaubnis. Denkbar ist auch, dass die positive Entscheidung über den Asylantrag nur wenig Entlastung bringt. Denn die Aufenthaltserlaubnis ist begrenzt auf 1 oder 3 Jahre, was die Frauen weiterhin in einer Ungewissheit über ihre weitere Zukunft lässt und eine psychische Belastung ist.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in der untersuchten Studienpopulation eine hohe *Anzahl an erlebten PTE* und eine *Trennung von den Kindern* mit stärkeren und mehr psychischen Symptome assoziiert war. Die Auswirkung von belastenden Erfahrungen in Deutschland scheint gering zu sein und könnte von stärker belastenden Erlebnissen und Verlusten vor der Ankunft in Deutschland überdeckt sein.

5.2.4 Modelle zum Auftreten psychischer Symptome

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurden zu jeder Symptomskala zwei Modelle berechnet. Im ersten Schritt wurden die Variablen *Alter*, *Bildung*, *Kinderzahl* und *Herkunft nach Kontinent* und jeweils ihr Zusammenhang zu den Scores der Depressions-, Angst- und Somatisierungsskala untersucht. Im zweiten Schritt wurde die Variable *Anzahl an PTE* in die Modelle aufgenommen. Aufgrund der Fallzahl von 92 befragten Geflüchteten wurden maximal 5 Variablen in die Modelle aufgenommen (161).

Die Güte der Angst- und Somatisierungsmodelle liegt zwischen 0,2 und 0,33. Regressionsmodelle, die menschliches Verhalten und Befinden untersuchen, erreichen in der Regel eine Güte von unter 0,5 (182). Dennoch erklären die Variablen *Alter*, *Bildung*, *Kinderzahl*, *Herkunft nach Kontinent* und *Anzahl an PTE* einen nur geringen Teil der Variation der Symptomscores.

In den Modellen erklären die Variablen *Alter*, *Bildung*, *Kinderzahl* und *Herkunft nach Kontinent* bis zu einem Viertel der Variation des Angstscores. Unter Einschluss der Variablen *Anzahl an PTE* kann ein Drittel der Variation des Angstscores erklärt werden. Bei der somatoformen Störung können mit den berechneten Modellen ein Fünftel bzw. ein Viertel der Variation des Somatisierungsscores erklärt werden. Die Variation des Depressionsscores ließ sich durch die berechneten Modelle nicht erklären und keine der Variablen hatte einen statistisch auffälligen Erklärungsbeitrag am Depressionsscore. Möglicherweise ist der Zusammenhang nicht linear oder es besteht kein ausreichender Zusammenhang zu den ausgewählten Variablen.

Betrachtet man die erste Version der Modelle mit vier Variablen (*Alter*, *Bildung*, *Kinderzahl*, *Herkunft*) wird beim Angstscore deutlich, dass die Kinderzahl kaum eine Rolle spielt. Beim Somatisierungsscore ist der Erklärungsbeitrag der Variablen *Kinderzahl* und *Schulbildung* am Somatisierungsscore gering. Es fällt auf, dass die Kinderzahl in der bivariaten Analyse einen positiven Zusammenhang zu den Symptomscores zeigte, der in der multivariaten Analyse verschwindet. Das lässt vermuten, dass der bivariate Zusammenhang durch eine Störvariable bedingt sein muss. Am ehesten kommt die Variable *Alter* in Betracht. Sie zeigt eine hohe Korrelation mit der Kinderzahl und hat keinen statistisch auffälligen Erklärungsbeitrag. Es scheint somit keinen tatsächlichen starken Zusammenhang zwischen dem Auftreten psychischer Symptome und der Kinderzahl zu geben. Es ist jedoch möglich, dass ein relativ schwacher Zusammenhang besteht, der in dieser Untersuchung nicht nachweisbar ist.

In einem zweiten Schritt wurde die Variable *Anzahl an PTE* in die Modelle aufgenommen. Dabei wurde deutlich, dass die Anzahl an PTE einen mindestens ebenso großen Erklärungsbeitrag an den Scores hat, wie auch das Alter³⁸ und die Herkunft. Das spricht dafür, dass sowohl die Herkunft nach Kontinent als auch die Anzahl an PTE und das Alter unabhängig voneinander mit den Symptomscores assoziiert sind. Das bedeutet, dass sowohl Alter als auch erlebte PTE unabhängig voneinander einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der befragten geflüchteten Frauen haben. Ein alleiniger Zusammenhang des Alters mit psychischen Symptomen, aufgrund von kumulativen traumatischen Erlebnissen mit steigendem Alter, scheint nicht der Fall zu sein. Eher bringt ein hohes Lebensalter ein tatsächlich erhöhtes Risiko für psychische Symptome mit sich. Auch die Herkunft nach Kontinent scheint unabhängig von erlebten PTE einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der befragten Frauen zu haben. Die Herkunft, die mit Sicherheit maßgeblich über die Art der erlebten PTE und den Fluchtweg bestimmt, scheint auch abgesehen davon einen Zusammenhang zur psychischen Belastung zu haben. Dies könnte z.B. über spezifische gesellschaftliche Ressourcen, Coping-Strategien und Lebensauffassungen vermittelt sein. Ein Grund könnten hingegen auch die ethnokulturellen Unterschiede sein, die zu systematischen Fehlern geführt haben³⁹.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Regressionsmodelle das Auftreten von Symptomen einer Angststörung und einer somatoformen Störung nur zu einem kleinen Teil erklären und das Auftreten von Symptomen einer Depression nicht erklären können. Die wichtigsten der untersuchten Faktoren für das Auftreten von entsprechenden psychischen Symptomen sind die Herkunft nach Kontinent, die Anzahl an erlebten PTE, die Schulbildung und das Alter. Die Aufnahme der Variablen *Anzahl an PTE* in die Modelle bringt einen eher geringen Zuwachs an Varianzaufklärung der Modelle von lediglich fünf bis sieben Prozentpunkten.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse wird deutlich, dass es eine besondere Herausforderung ist, Modelle zur Vorhersage psychischer Belastung zu erstellen. Andere Faktoren, die in die vorliegende Modellberechnung nicht eingeschlossen wurden und in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt wurden, scheinen eine große Rolle zu spielen.

³⁸ Die Variable *Alter* hat keinen statistisch auffälligen Erklärungsbeitrag am Modell.

³⁹ Siehe Kapitel 5.3 Grenzen und Limitationen.

5.3 GRENZEN UND LIMITATIONEN

Die Grenzen und Limitationen der vorliegenden Untersuchung, werden in chronologischer Reihenfolge entlang dem Ablauf der Studie diskutiert.

Eine hervorzuhebende Stärke der vorliegenden Untersuchung ist die durchgeführte **Vollerhebung** in allen Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete in Mainz. Zu Beginn der Untersuchung waren 332 Frauen in Mainz und Ingelheim registriert, die alle Einschlusskriterien erfüllten. In Mainz existierten zum Befragungszeitpunkt 13 Unterkünfte für Geflüchtete. In jeder Unterkunft wurde über die Female Refugee Study informiert und in jeder Unterkunft in Mainz konnten Frauen für eine Teilnahme gewonnen werden. In der Erstaufnahmeeinrichtung in Ingelheim konnte leider keine Studienteilnehmerin gewonnen werden. Insgesamt konnte fast ein Drittel der Grundgesamtheit für eine Studienteilnahme gewonnen werden. Dies ist ein erheblicher Anteil und heißt gleichzeitig, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit eine gute und realistische Einschätzung der psychischen Belastung von geflüchteten Frauen in Mainz zum Erhebungszeitpunkt sind.

Die **Stichprobengröße** umfasst 92 Teilnehmerinnen. Diese Stichprobengröße ermöglicht keine Hypothesentests. Die vorliegenden Ergebnisse, sind lediglich als Hinweise für weitere Forschung zu werten. Gleichzeitig war die Stichprobe in ihren soziodemographischen Merkmalen sehr heterogen. Die einzelnen Merkmalsgruppen waren teilweise sehr klein und festgestellte Gruppenunterschiede können daher rein zufällig sein.

Die Teilnahme an den Informationsveranstaltungen war freiwillig. Im Vorfeld wurde schriftlich und mündlich in den Gemeinschaftsunterkünften darauf hingewiesen, dass es um eine Befragung zur psychischen Gesundheit von geflüchteten Frauen geht. Es ist davon auszugehen, dass jede Frau aus der Grundgesamtheit informiert war. Die Teilnahmequote lag bei fast einem Drittel der Grundgesamtheit. Dies könnte eine **Verzerrung (Selektions-Bias)** hervorgerufen haben: Mit psychischen Symptomen Belastete waren möglicherweise besonders interessiert an einer Studienteilnahme und erhofften sich psychologische Unterstützung, was zu einer Überschätzung der Symptomlast geführt haben könnte. Die am stärksten Belasteten sind möglicherweise aufgrund von Antriebsmangel und Ängsten nicht zu der Veranstaltung erschienen. Dies wiederum könnte eine Unterschätzung der Symptomlast zur Folge haben. Beide Effekte sind wahrscheinlich und es ist nicht absehbar in welche Richtung die Ergebnisse dadurch verzerrt wurden. Auffällig war, dass in den größten Gemeinschaftsunterkünften die wenigsten Teilnehmerinnen gewonnen werden konnten. In der Erstaufnahmeeinrichtung in Ingelheim konnte keine einzige Teilnehmerin gewonnen werden, dementsprechend beziehen

sich die vorliegenden Ergebnisse ausschließlich auf geflüchtete Frauen in Mainz. Möglicherweise liegt das daran, dass sich Geflüchtete in einer Erstaufnahmeeinrichtung erst seit kurzem in Deutschland befinden und vorrangig mit der Organisation ihres Alltags, dem Einfinden in die Abläufe in einer Erstaufnahmeeinrichtung und dem Informieren über behördliche Verpflichtungen beschäftigt sind.

Die **Übersetzung** der verwendeten Frageinstrumente (HSCL-25, SCL-Skala 1) fand durch Hin- und Rückübersetzung (*back-translation* Methode) statt. Eine Diskussion der Übersetzung fand bei standortübergreifenden Treffen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen (auch der muttersprachlichen Interviewerinnen) der *Female Refugee Study* in Berlin statt.

Validationsstudien zu den Übersetzungen der Erhebungsinstrumente konnten im Rahmen der Studie nicht durchgeführt werden, da sie zeitaufwendig und kostenintensiv sind. Daher ist ein Konstrukt-Bias der untersuchten psychischen Erkrankungen nicht auszuschließen. Denn Ausprägung und Symptome psychischer Erkrankungen sind vom ethnokulturellen Hintergrund abhängig und existieren in anderen Kulturen nicht oder allenfalls in anderer Form (80). Es bleibt somit offen, ob das verwendete Instrument unter allen Befragten mit unterschiedlichem ethnokulturellen Hintergrund das Gleiche gemessen hat. Beispielsweise könnten Symptome in der HSCL fehlen, die bei einer Person aus Ostafrika ein typisches Symptom einer Depression wären, wie z.B. das Symptom *mawazo mengi* (Swahili, wörtlich: viele Gedanken) in Ostafrika (143). Fraglich bleibt dabei, ob Frauen aus Ostafrika das Symptom *mawazo mengi* durch das in der HSCL aufgeführte Symptom „Zu viel Grübeln“ ausreichend umschrieben sehen.

Zusätzlich können ethnokulturelle Antworttendenzen und kulturell geprägte Kommunikationsstile und Narrative eine nicht einschätzbare Auswirkung haben. Insgesamt kann ohne eine Validationsstudie nicht sicher von einer Äquivalenz der Frageinstrumente in ihren übersetzten Versionen ausgegangen werden. Die Unterschiede in der der Symptomlast in Abhängigkeit vom Herkunftsland der Befragten sind daher nur unter Vorbehalt als tatsächliche Unterschiede in der Symptomlast zu bewerten.

Der **Fragebogen** wurde schriftlich beantwortet. Dementsprechend beruhen alle Angaben auf Selbsteinschätzung. Auf Wunsch war eine mündliche Befragung möglich, was überproportional häufig von Eritreerinnen gewünscht wurde, obwohl alle befragten Frauen aus Eritrea mehrere Jahre Schulbildung angegeben hatten. Möglicherweise war es für einige Frauen sehr ungewohnt einen Fragebogen auszufüllen und sie baten deswegen um Hilfe beim Ausfüllen. Hat eine Frau den Fragebogen mit Hilfe ausgefüllt, könnte das trotz entsprechender Schulung der Interviewerinnen die Antworten in Richtung einer Über- oder Untertreibung von

Symptomen verzerrt haben. Einerseits ist denkbar, dass psychische Symptome untertrieben werden und Fragen zum Thema Partnerschaft und Sexualität nicht beantwortet werden, wenn man einer fremden Person gegenüber sitzt. Füllt die Befragte den Bogen allein aus, werden heikle Fragen zu Tabuthemen womöglich eher wahrheitsgetreu beantwortet. Besonders traumatisierende Erlebnisse könnten bei mündlicher Befragung aus Angst vor der Erinnerung daran nicht berichtet werden. Auf der anderen Seite könnte die Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens das korrekte Verstehen und Beantworten der Fragen und den Umgang mit der Likert-Skala verbessert haben. Sodass die Antworten mit Hilfe beim Ausfüllen des Bogens vollständiger und verlässlicher werden.

Die mit Unterstützung beantworteten Fragebögen wurden in die Auswertung eingeschlossen, um möglichst viele Daten zur Verfügung zu haben. Zahlreiche Fragebögen waren nicht vollständig ausgefüllt, v.a. die letzten Fragen waren selten beantwortet. Bei der Auswertung der psychometrischen Frageinstrumente (am Anfang des Fragebogens) mussten aufgrund fehlender Angaben lediglich vier Befragte ausgeschlossen werden. Möglicherweise war der Fragebogen mit einer geplanten Bearbeitungsdauer von 90 Minuten zu lang. Denn gerade Konzentrationsschwierigkeiten können z.B. bei Depressionen auftreten.

Weil weder Ärzte bzw. Ärztinnen oder Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen mit Kenntnissen in den Studiensprachen noch die entsprechenden finanziellen Mittel zur Verfügung standen, wurde auf klinische Interviews verzichtet und Symptome schriftlich mit **psychometrischen Instrumenten** erhoben. Daher konnten keine Diagnosen gestellt werden, sondern lediglich das Ausmaß von typischen Symptomen einer Depression, Angststörung und somatoformen Störung erhoben werden. Das verwendete Instrument für Symptome einer Depression und Angststörung (HSCL-25) wird seit langem und häufig in interkulturellen Studien angewendet (96). Wenngleich es für viele Sprachen/Kulturen keine ethnokulturell adaptierte und validierte Version der HSCL-25 gibt (96, 140). Das Instrument für Symptome einer somatoformen Störung (SCL, Skala 1) wurde bisher selten in interkulturellen Studien angewandt und ist nicht für diesen Zweck empfohlen (115, 145, 146). Der Score zur somatoformen Störung in der untersuchten Population ist daher kritisch zu bewerten, genauso wie berechnete Korrelationen zu diesem Score. Geeignet zur Erfassung einer somatoformen Störung sind z.B. der Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG) (183) und das Screening für somatoforme Störungen (SOMS) (184). Sie sind störungsgruppenbezogene Selbstbeurteilungsskalen, d.h. sie erfassen keine weiteren Störungen, und sind jedoch nicht für den Einsatz in interkulturellen Studien validiert.

Die Prävalenzen für klinisch relevante psychische Symptome wurden in der untersuchten Studienpopulation nach **zwei verschiedenen Auswertungsmethoden** berechnet. Daher folgt an dieser Stelle eine kurze Erläuterung zu den in der vorliegenden Arbeit verwendeten Auswertungsmethoden.

Die übliche Auswertungsmethode der HSCL-25⁴⁰ in interkulturellen Studien ist die Auswertung mit einem Grenzwert (>1,75), ab dem klinisch relevante Symptome angenommen werden. Bei dieser Auswertungsmethode wird die angegebene Symptomstärke berücksichtigt. Zahlreiche Studien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten verwenden die HSCL-25 und werten sie mit dem Grenzwert >1,75 aus (96, 101, 103, 115). Untersuchungen in Tansania (143) und Afghanistan (142) haben gezeigt, dass der übliche Grenzwert der HSCL (>1,75) in Tansania zu hoch und in Afghanistan zu niedrig ist, um Befragte mit klinisch relevanten Symptomen zu erkennen. Bisher vorgelegte Studien (84, 96, 101, 103, 115) verwenden dennoch überwiegend diesen Grenzwert.

Die Auswertung der Somatisierungsskala (Skala 1, SCL) fand in vergleichbaren Studien (115) nach Symptomzahl statt. Wurden $\frac{2}{3}$ oder mehr der vorgegebenen Symptome genannt, wurde eine klinisch relevante Somatisierung angenommen⁴¹. Die angegebene Symptomstärke wird bei dieser Auswertungsmethode nicht berücksichtigt. Die Auswertung nach Symptomzahl wertet lediglich, ob ein Symptom als vorhanden oder nicht vorhanden angegeben wurde. Dies relativiert im Gegensatz zur Auswertung nach Grenzwert unterschiedliche Angaben zur Schwere der Symptome. Dies könnte auf der einen Seite dazu dienen mutmaßliche kulturbedingte Unterschiede in der Bewertung von Symptomen auszugleichen. Andererseits geht die Information über tatsächliche Unterschiede in der Symptomstärke aufgrund verschiedener traumatischer Erlebnisse verloren.

Um einen Unterschied in den Auswertungsmethoden berücksichtigen zu können, wurden jeweils beide Auswertungen angewendet und berichtet. Die Auswertung nach Grenzwert, die die Symptomstärke berücksichtigt, ergab durchweg bei mehr Befragten eine klinisch relevante Symptomlast, als die Auswertung nach Symptomzahl, die die Symptomstärke außer Acht lässt.

Eine **Aggravation bzw. Simulation** von Symptomen ist weitgehend auszuschließen, da den Befragten mitgeteilt wurde, dass die Untersuchung ihren Asylantrag nicht beeinflusst und die Datenerhebung anonym erfolgt. Denkbar ist, dass Frauen, die den Fragebogen mündlich

⁴⁰ Die HSCL:25 erfasst Symptome einer Depression und einer Angststörung.

⁴¹ Siehe Kapitel 3.3 Variablen und Operationalisierung.

beantwortet haben, einer fremden Person ihre psychischen Symptome oder PTE aus Scham gar nicht oder nur verharmlost berichten.

Die Anwendung einer linearen **Regression** ist in diesem Kontext üblich, jedoch nicht unproblematisch. Die Ergebnisse der Regression sind vom Wertebereich der erhobenen Daten abhängig und beschreiben ausschließlich lineare Zusammenhänge gut. Weichen einzelne Werte von der Regressionsgeraden ab, wird das in der Regressionsanalyse nicht ausreichend erfasst (185). Nach Analyse der paarweisen Korrelation war am ehesten von einem linearen Zusammenhang auszugehen, jedoch ist ein anderer unbekannter Zusammenhang bei der multivariaten Analyse nicht auszuschließen.

Die **Generalisierbarkeit** und Übertragung der vorliegenden Ergebnisse auf andere Städte und Bundesländer in Deutschland ist sehr eingeschränkt. Denn zum einen werden jedem Bundesland in Deutschland Geflüchtete aus bestimmten Herkunftsländern zugewiesen (128). Da die Herkunft einen starken Zusammenhang zu psychischer Gesundheit zeigt, erschwert das die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Bundesländer. Zum anderen unterscheiden sich die Aufnahmebedingungen in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in den Kommunen je nach Bundesland (60). Es existieren keine nationalen Standards für Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte in Deutschland, sondern die Verantwortung liegt bei den einzelnen Bundesländern (60). Außerdem unterscheiden sich die Aufnahmequoten des BAMF zwischen den Bundesländern deutlich (186). Dies führt zu unterschiedlichen Lebensbedingungen Geflüchteter zwischen den einzelnen Bundesländern und erschwert es aus den vorliegenden Ergebnissen für Mainz Rückschlüsse auf die psychische Gesundheit geflüchteter Frauen in ganz Deutschland zu ziehen.

Andere **unbekannte Störgrößen** mit unvorhersehbarem Einfluss auf die Ergebnisse sind nicht auszuschließen. Dies insbesondere auch, da aufgrund der geringen Stichprobengröße ($n=92$) nur eine sehr begrenzte Anzahl an möglichen Einflussgrößen berücksichtigt werden konnte.

Insgesamt bringt eine interkulturelle Untersuchung wie in der vorliegenden Arbeit zahlreiche methodische Schwierigkeiten und Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse mit sich. Eine der größten Herausforderungen in der vorliegenden Untersuchung brachten die psychometrischen Frageinstrumente mit sich, die nicht ethnokulturell validiert sind. Die vorliegenden Ergebnisse bieten bei einer durchgeführten Vollerhebung eine genaue Einschätzung der psychischen Gesundheit geflüchteter Frauen in Mainz. Jedoch lässt die Studienpopulation keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Bundesländer oder Deutschland zu. Eine weitere Stärke der vorliegenden Untersuchung ist, dass sie zeitnah

Erkenntnisse und Zahlen zur Situation von geflüchteten Frauen in Mainz liefert. Die vorliegenden Ergebnisse geben außerdem Hinweise für weitere Forschungsvorhaben auf diesem Gebiet.

5.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND WEITERER FORSCHUNGSBEDARF

Ziel dieser Arbeit war es die Prävalenz für psychische Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung unter geflüchteten Frauen in Mainz und assoziierte Risikofaktoren festzustellen. Das Verständnis der Zusammenhänge bietet die Möglichkeit, die Lebensbedingungen von geflüchteten Frauen in Mainz und so auch ihre psychische Gesundheit und Integration in Deutschland zu verbessern. Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

Angesichts der hohen ermittelten Prävalenzen für psychische Symptome in der vorliegenden Arbeit, ist ein Screening auf klinisch relevante psychische Symptome bei jeder geflüchteten Frau dringend notwendig. Dies sollte einer der ersten Schritte zur medizinischen Versorgung sein. Ein entsprechend einfaches schnelles und nicht erneut traumatisierendes **Screening-Instrument** muss dafür bereitgestellt werden. Das hierbei besondere Sensibilität geboten ist, deutet folgende Aussage an.

Aussage einer Geflüchteten aus Eritrea im Fokusgruppeninterview:

„Deshalb, wenn sie hier eintrifft, dann soll man nicht nur Tests machen, sondern auch in ihr Inneres schauen. Ihr Inneres muss nach Schäden wie Trauma durchsucht werden. Das ist eine der wichtigsten Sachen finde ich.“

Die Behandlung einer psychischen Störung ist wichtig, v.a. wenn man sich die möglichen Folgen ohne eine adäquate Behandlung bewusst macht: ungelindertes Leid, wiederholte Arztbesuche auf der Suche nach einer somatischen Ursache, Krankschreibungen, Unfähigkeit am alltäglichen Leben teilzunehmen, innerfamiliäre Konflikte mit den Kindern oder dem Partner, möglicherweise kaum Kontakt zu anderen Menschen, kein Besuch eines Sprachkurses, Schwierigkeiten eine Ausbildungs- oder Arbeitsstelle zu finden.

Eine schriftliche Befragung bietet sich an, da sie mit wenig Zeit- und Personalaufwand durchführbar ist. Es bleibt jedoch essenziell einen Dolmetscher bzw. eine Dolmetscherin vor Ort zu haben. Denn auch wenn das Instrument in der jeweiligen Muttersprache vorliegt, muss man der Befragten bei dem Verdacht auf eine starke psychische Belastung ein Beratungsgespräch anbieten oder sie an eine psychosoziale Beratungsstelle verweisen können. Ein weiterer Vorteil einer schriftlichen Befragung kann sein, dass die befragte Frau keiner

unbekannten Person ihre Symptome und persönlichen Gefühle schildern muss. Allerdings wünschten sich einige befragte Frauen (mehrheitlich aus Eritrea) in der vorliegenden Untersuchung, dass die Interviewerinnen den Fragebogen für sie ausfüllten. Obwohl diese Frauen mehrere Jahre Schulbildung berichtet hatten und sie die Fähigkeit zu Lesen haben müssten. Dennoch bietet es sich aus oben genannten Gründen an für ein Screening auf psychische Symptome unter geflüchteten Frauen ein schriftliches Instrument zu etablieren.

Das Screening-Instrument sollte möglichst leicht verständlich sein, sodass auch Geflüchtete mit wenig Schulbildung und ohne Erfahrung mit schriftlichen Fragebögen es verstehen können. Die Bearbeitungszeit sollte dabei unter 90 Minuten angesetzt sein. In der vorliegenden Untersuchung (mit einem Fragebogen ausgelegt auf ca. 90 Minuten Bearbeitungszeit) hat sich gezeigt, dass gerade die letzten Fragen des Instruments zur medizinischen Versorgung in Deutschland nur noch von wenigen Frauen beantwortet worden sind. Dies kann der für viele Frauen ungewohnten Situation geschuldet sein zu privaten Themen und schriftlich befragt zu werden⁴². Außerdem können Konzentrationsschwierigkeiten und Unruhe als Symptome einer psychischen Belastung, die bei über der Hälfte der Befragten festgestellt wurde, das Beantworten eines Fragebogens erschweren.

Bei dem Screening-Instrument sollte auf die möglicherweise re-traumatisierende Abfrage erlebter potenziell traumatisierender Erlebnisse (PTE) verzichtet werden, da sie das Risiko einer erneuten Traumatisierung durch die Befragung erhöhen kann, jedoch kaum diagnostischen Nutzen bietet. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass die Einschätzung, ob psychische Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung vorliegen, durch die Abfrage von PTE kaum verbessert wird.

Essenziell ist bei einem Screening-Instrument die Übersetzung in und ethnokulturelle Anpassung an möglichst viele Sprachen bzw. Kulturen. Dies ist sicherlich eine der größten Herausforderungen bei der Entwicklung eines Screening-Instruments. Das Durchführen von Validierungsstudien ist notwendig, um sicherzustellen, dass das Screening-Instrument bei Menschen verschiedener Ethnien und Kulturen das Gleiche misst. Dies ist sehr kostenaufwendig und zeitintensiv. Alternativ sollte zumindest, wie in der vorliegenden Untersuchung, die Übersetzung des Instruments durch Hin- und Rückübersetzung erfolgen (*back-translation* Methode) und eine Diskussion des Screening-Instruments in einem Expertengremium aus bilingualen Sprechern bzw. Sprecherinnen und Kulturmittlern bzw.

⁴² Laut Interviewerinnen berichteten einzelne Befragte, dass ihnen noch nie in ihrem Leben solche Fragen gestellt wurden.

Kulturmittlerinnen stattfinden, die sich sowohl in der eigenen wie auch in der Aufnahmekultur auskennen.

Der **Zeitpunkt für das Screening** bei geflüchteten Frauen auf Symptome psychischer Störungen ist entscheidend für den diagnostischen Nutzen. Angesichts der häufig zu beobachtenden Symptome sollte, wie oben bereits erwähnt, ein Screening früh nach Ankunft erfolgen. Es könnte im Rahmen der ärztlichen Erstuntersuchung stattfinden. Aufgrund von Hemmnissen, die in den Personen der Geflüchteten zu liegen scheinen, ist eine zweite erneute Befragung zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll. Außerdem kann sich eine psychische Störung erst nach Ankunft zeigen oder entwickeln. Folgender Satz von einer Befragten unterstreicht dies.

Freitextangabe einer Frau zum Umgang mit belastenden Erlebnissen:

„Als ich dann vor ca. drei Monaten mein Interview hatte, war das ein großes Problem, denn ich konnte einfach nicht darüber sprechen. Es kam nichts aus mir heraus. Ich konnte nichts sagen.“

Die Geflüchteten wissen direkt nach Ankunft im Aufnahmeland unter Umständen noch nicht, wo sie die nächsten Wochen untergebracht sein werden, wie es mit ihrem Asylantrag weitergehen wird oder wie viel Geld ihnen monatlich zur Verfügung steht. Zusätzlich sind sie sich möglicher psychischer Symptome zunächst nicht bewusst oder möchten sich möglichst gesund zeigen, mit der Hoffnung auf positive Beeinflussung des Asylantrages. Daher sollte ein Screening auf psychische Symptome einige Zeit nach Ankunft wiederholt werden.

Die Erfahrungen bei der Rekrutierung von Teilnehmerinnen für die vorliegende Untersuchung unterstreichen die Notwendigkeit eines wiederholten Screenings in zeitlichem Abstand. Bei der Informationsveranstaltung zur Studienteilnahme, konnte bspw. in der Erstaufnahmeeinrichtung in Ingelheim keine einzige Teilnehmerin gewonnen werden. Dies liegt möglicherweise an eben benannten Gründen, dass Geflüchtete nach ihrer Ankunft im Aufnahmeland mit der Orientierung im neuen Land, der Alltagsbewältigung in der Erstaufnahmeeinrichtung und den bürokratischen Hürden so belastet und beschäftigt sind, dass Fragen nach der psychischen Gesundheit zwangsläufig in den Hintergrund treten. Daraus kann man schließen, dass ein erneutes Screening auf Symptome psychischer Störungen einige Zeit nach der Ankunft im Aufnahmeland sinnvoll wäre.

Zu einem weiteren Screening im zeitlichen Verlauf könnten geflüchtete Frauen schriftlich und auf freiwilliger Basis eingeladen werden. Des Weiteren sollte geflüchteten Frauen, die sich wegen somatischer Beschwerden beim Arzt bzw. der Ärztin vorstellen, ein solches schriftliches

Screening angeboten werden. Zusätzlich könnte durch Flyer in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete auf psychosoziale Beratungsangebote aufmerksam gemacht werden, in denen ein Screening angeboten und durchgeführt werden kann. Als Orte für das Screening sind eine psychosoziale Beratungsstelle, eine psychotherapeutische Ambulanz, eine allgemeinmedizinische Sprechstunde oder die Gesundheitsämter denkbar. Wichtig ist, dass an diesen Stellen Dolmetscher bzw. Dolmetscherinnen verfügbar sind, die zumindest telefonisch kurzfristig erreichbar sind. Außerdem sollte, wie auch bei der vorliegenden Befragung, im Notfall eine Krisenintervention durch qualifiziertes Personal möglich sein, z.B. in Kooperation mit psychotherapeutischen Ambulanzen.

Berichten die Befragten entsprechende Symptome, sollte möglichst zeitnah ein Beratungsgespräch mit psychotherapeutisch geschultem Personal und einem Dolmetscher bzw. einer Dolmetscherin angeboten werden. Das Ziel dieses ersten persönlichen Beratungsgesprächs sollte es sein, die psychische Belastung zu erfassen und den Bedarf an **psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung** festzustellen. Dieses persönliche Beratungsgespräch sollte möglichst wohnortnah und niedrighschwellig erreichbar sein, d.h. ohne vorherige Terminvereinbarung, ohne lange Wartezeiten.

Angesichts der hohen zu erwartenden Anzahl psychischer Störungen bei geflüchteten Frauen in Mainz wäre für dieses persönliche Beratungsgespräch eine psychosoziale Beratungsstelle in jeder größeren Erstaufnahmeeinrichtung bzw. Gemeinschaftsunterkunft sinnvoll, die mit psychotherapeutisch geschultem Personal und mit Dolmetschern bzw. Dolmetscherinnen besetzt ist. Die Einrichtung einer solchen psychosozialen Beratungsstelle könnte in Zusammenarbeit mit ansässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Ambulanzen der Kliniken geschehen. Denkbar ist auch eine Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen in der Umgebung der Unterkunft, sodass für geflüchtete Frauen in der Nähe ihrer Unterkunft und zumindest an einigen Tagen in der Woche eine psychosoziale Beratung durch qualifiziertes Personal angeboten werden kann. Dafür sollten von den Ländern entsprechende Gelder bereitgestellt werden. Als Beispiel für solche psychosoziale Beratungsstellen könnten die bereits existierenden *psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* dienen (69), die eine nicht-staatliche Initiative sind.

Entsprechend des ermittelten Bedarfs (psychosoziale Beratung, ambulante Psychotherapie, stationäre Behandlung) sollten die Geflüchteten entweder in der besagten Beratungsstelle betreut werden oder weiter verwiesen werden. In den Beratungsstellen könnten z.B. psychosoziale Beratungsgespräche, ambulante Gruppentherapien und ambulante

Psychotherapie stattfinden. Dafür sollte die staatliche psychosoziale und psychotherapeutische Versorgungsstruktur weiter auf- und ausgebaut werden.

Eine besondere Herausforderung ist dabei, die Verfügbarkeit von Dolmetschern bzw. Dolmetscherinnen und interkulturell sensibilisierten und geschulten Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen. Zwingend erforderlich für eine fachgerechte Erhebung der Anamnese, der Erläuterung diagnostischer Maßnahmen und der Therapie erscheint die Begleitung des Patienten bzw. der Patientin durch einen qualifizierten Dolmetscher bzw. Dolmetscherin. Kinder dürfen für ihre Eltern die Rolle des Übersetzers bzw. der Übersetzerin auf keinen Fall übernehmen, da sie hierdurch zusätzlich traumatisiert werden könnten. Um die Verfügbarkeit von Dolmetschern bzw. Dolmetscherinnen gerade für seltene Sprachen zu verbessern, ist Dolmetschen per Telefon oder Videokonferenz denkbar. Auch Schouler-Ocak et al. (187) schlagen dies in ihrem Abschlussbericht zur *Female Refugee Study* vor.

Bei dem Auf- und Ausbau einer psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung für geflüchtete Frauen muss auch das ethnokulturell unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsstrukturen beachtet werden. Das **Inanspruchnahmeverhalten** von psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen ist ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche psychosoziale Versorgung. Es existieren einige Modelle dazu aus dem Bereich der Migrationsforschung. So beschreiben Baschin et al. (188) eine geringere Nutzung von psychosozialen Versorgungsstrukturen durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Als mögliche Barrieren werden von Baschin et al. (188) u.a. „unzureichende Sprachkenntnisse“, „kulturell bedingte subjektive Krankheitskonzepte“ und „Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung“ von psychischen Störungen angeführt. Aber auch mangelnde Kenntnis über das deutsche Gesundheitssystem, befürchtete diskriminierende Einstellungen der Therapeuten bzw. Therapeutinnen oder schlichtweg das Fehlen von entsprechend ausgebildeten Dolmetschern können laut Baschin et al. (188) Barrieren gegenüber der Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Versorgung sein. Die beschriebenen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von psychosozialer Versorgung sind sicherlich auf die untersuchte Population von geflüchteten Frauen übertragbar.

Das zeigt die Notwendigkeit der **Psychoedukation**. Denn nur wenn geflüchtete Frauen erkennen, dass sie an Symptomen einer psychischen Störung leiden, und wissen, dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt und wie diese erreichbar sind, können sie Hilfe und Unterstützung suchen und in Anspruch nehmen. Jorm et al. (189) beschreiben mit ihrem Konzept der *Mental Health Literacy*, dass die Inanspruchnahme von psychosozialer Versorgung u.a. von der individuellen Fähigkeit abhängt, die eigenen Symptome als eine

psychische Störung einzuordnen. Diese dürfte in der untersuchten Studienpopulation sehr unterschiedlich sein. Die befragten Frauen kommen aus verschiedenen Kulturen, die unterschiedlich mit psychischen Störungen umgehen, und in denen teils ein gänzlich anderes Krankheitsverständnis von psychischen Störungen vorherrscht als in Deutschland.

Daher sollte ein entsprechendes Angebot die Geflüchteten befähigen, sich psychischer Symptome bewusst zu werden, um Versorgungsangebote wahrnehmen zu können. Gleichzeitig sollten geflüchtete Frauen sowohl über die Entstehung, Erscheinung und Folgen von psychischen Störungen als auch über Versorgungsangebote und ihr Recht auf Versorgung informiert werden. Erst eine entsprechende *Mental Health Literacy* (188) befähigt Menschen Symptome einer psychischen Störung bei sich selbst zu erkennen und psychosoziale Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Bei Frauen mit schwersten psychischen Symptomen, u.a. Antriebslosigkeit, ist anzunehmen, dass sie weder mit den Informationsveranstaltungen noch durch psychosoziale Beratungsangebote erreicht werden können. Geflüchtete Frauen, die an starken psychischen Symptomen leiden, sind sicherlich besonders schwer über mögliche Versorgungsangebote zu informieren. Bei dieser Gruppe wäre ein Angebot in Betracht zu ziehen bei dem aktiv auf die Betroffenen zugegangen wird.

Auch die Menschen, die mit geflüchteten Frauen zusammenarbeiten, sollten für **Risikofaktoren** für eine psychische Belastung sensibilisiert sein, gezielt Unterstützung anbieten und auf psychosoziale Beratungsstellen hinweisen. Eine hohe Schulbildung, eine Herkunft aus dem Nahen/ Mittleren Osten, viele potenziell traumatisierende Erlebnisse, ein hohes Alter und viele Kinder sind in dieser Arbeit gefundene Risikofaktoren für eine klinisch relevante psychische Belastung unter geflüchteten Frauen in Mainz. Sozialarbeiter bzw. Sozialarbeiterinnen, Ärzte bzw. Ärztinnen und Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen sollten geflüchteten Frauen, auf die einer der Risikofaktoren zutrifft, im Besonderen auf psychosoziale und psychotherapeutische Angebote hinweisen und Informationsmaterial mit Hinweisen und Adressen weitergeben. Über die Möglichkeiten einer psychosozialen Beratung und die Anlaufstellen sollte allerdings jede geflüchtete Frau informiert werden, da mehr als die Hälfte der geflüchteten Frauen in Mainz eine klinisch relevante psychische Belastung angegeben hat.

Neben der Information über psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung und dem Ausbau des Angebots dafür, ist es essenziell eine weitere psychische Belastung durch belastende Lebensumstände in Deutschland zu vermeiden. Hinweise auf belastende

Lebensumstände in Deutschland geben die in der vorliegenden Arbeit untersuchten soziodemographischen und fluchtspezifischen Merkmale.

So war in der vorliegenden Untersuchung ein zunehmendes Alter der Befragten mit höherer psychischer Belastung assoziiert. Ein Grund dafür könnten eigene Kinder und der Partner sein. Denn mit zunehmendem Alter gehen sicherlich eher familiäre Verpflichtungen einher, die geflüchtete Frauen von Sprachkursen und Weiterbildung abhalten und das Knüpfen von neuen Kontakten verhindern. Robertson et al. (12) stellten ähnliche Überlegungen auf. Gerade für ältere geflüchtete Frauen könnte man Entlastung schaffen, indem man sie durch entsprechende **Kinderbetreuung** von familiären Pflichten entlastet. Essenziell jedoch für alle Geflüchteten mit Kindern ist eine Kinderbetreuung, die schnell verfügbar ist, ohne lange Wartezeiten auf einen Platz. Dazu sollten die Kapazitäten von bestehenden Kindertagesstätten ausgebaut werden, denn vor allem in Städten existieren lange Wartezeiten für einen Betreuungsplatz. Erst mit der entsprechenden Kinderbetreuung bleibt geflüchteten Frauen Zeit, in Sprachkurse zu gehen, sich um die Organisation und Strukturierung ihres neuen Lebens zu kümmern und sich über berufliche Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu informieren. Dazu schrieb eine Befragte in den Freitextangaben des verwendeten Fragebogens:

„Mein persönliches Interesse ist, dass ich Deutsch lerne. Ich brauche Unterstützung, jemanden, der auf mein Kind aufpasst, damit ich die Sprache lernen kann. Das wäre eine Hilfe für mich.“

Gerade Frauen mit hoher Bildung waren in der vorliegenden Untersuchung stark psychisch belastet. Der sozioökonomische Statusverlust, plötzliche Arbeitslosigkeit, kein geregelttes Einkommen und keine Möglichkeit die eigenen Fähigkeiten zu entfalten dürften dabei eine große Rolle spielen. Eine **Berufsberatung und Ausbildungsberatung** speziell für geflüchtete Frauen sollte geschaffen werden. Die Anerkennung von bereits erlangten Abschlüssen im Herkunftsland muss sinnvoll ausgeweitet werden, ggf. mit einer Weiterbildungsmöglichkeit in Deutschland ergänzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden auch Wünsche für die Zukunft abgefragt. Unter den am häufigsten genannten Wünschen waren die Teilnahme an einem Sprachkurs und einem Studium sowie Ausbildung oder Arbeit zu finden. Insgesamt wird aus den Freitextangaben der befragten geflüchteten Frauen deutlich, dass sie lernen, arbeiten und ihren Lebensunterhalt selbst verdienen wollen. Die befragten Frauen möchten ein aktiver Teil der Gesellschaft in Deutschland werden und etwas zurückgeben für die bis jetzt erhaltene Hilfe in Deutschland.

Freitextangaben auf die Frage nach Zukunftswünschen:

„Dass ich mich bilde, dass ich arbeite, dass ich Fortschritte in meinem Leben mache, dass ich dem Land einen Nutzen bringe.“

„Ich möchte die Sprache gut lernen und Deutschland dienen (nützlich sein), meine Kinder sollen Deutschland dienen.“

„Mein erstes Ziel ist jedem, der Hilfe braucht, zu helfen, egal ob aus meinem Heimatland oder aus einem anderen Land. Dann auch das Land, das uns aufgenommen hat, uns alles gegeben hat von Kraft und Liebe und uns geholfen auch uns zu integrieren, zu helfen und wir werden unseren Beitrag leisten, damit dieses Land sicher und ruhig bleibt. (...)“

Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer Berufsberatung, einer frühzeitigen Arbeitserlaubnis und staatlich geförderter Ausbildungsmöglichkeiten für geflüchtete Frauen in Deutschland. Dazu zählt auch die finanzielle Förderung während einer Ausbildung mit geringem Verdienst oder während unbezahlter Pflichtpraktika.

Der **Zugang zum Arbeitsmarkt** und die Förderung ist u.a. abhängig vom Aufenthaltsstatus, der Aufenthaltsdauer und dem Herkunftsland. Mit dem 2019 in Kraft getretenen Flüchtlingsausbildungsförderungsgesetz (190) der Bundesregierung hat sich der Zugang zum Arbeitsmarkt verändert. So ist für Geflüchtete mit hoher Bleiberechtsperspektive eine frühzeitige Beschäftigungsförderung vorgesehen. Jedoch werden aktuell (Stand 2020) nur noch Menschen aus Syrien und Eritrea, als Geflüchtete mit hoher Bleiberechtsperspektive eingestuft (191). Zum Zeitpunkt der Befragung hatten Geflüchtete aus den Ländern Iran, Irak, Eritrea, Somalia und Syrien eine hohe Bleiberechtsperspektive (191). Betrachtet man die bereinigte Anerkennungsquote - „bei der formale Verfahrenserledigungen und Dublin-Fälle rausgerechnet werden, was sie aussagekräftiger macht“ (191) - so haben auch Geflüchtete aus den Ländern Somalia, Afghanistan, Irak und Türkei eine hohe Bleiberechtsperspektive.

Für Geflüchtete ohne hohe Bleiberechtsperspektive gilt u.a. ein Beschäftigungsverbot während der Zeit in der Erstaufnahmeeinrichtung (166, 190). Auch für Geflüchtete aus sicheren Herkunftsstaaten gilt ein Beschäftigungsverbot. Weiter gibt es Situationen, in denen eine Beschäftigung nach Ermessen durch die Ausländerbehörde gestattet ist. Zusätzlich existieren Fristen, zu denen ein Anrecht auf Beschäftigungserlaubnis besteht (190). Die Caritas Deutschland beklagt, dass sich Geflüchtete und Arbeitgeber mit diesen Regelungen oft nicht auskennen (192).

Bereits in der Erstaufnahmeeinrichtung sollte es daher Informationsveranstaltungen über Zugangsmöglichkeiten zum Arbeitsmarkt, zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen und zu Fördermöglichkeiten geben. Die könnte z.B. durch Mitarbeiter des Job-Centers oder der Agentur für Arbeit mit entsprechenden Dolmetschern und Dolmetscherinnen erfolgen.

Ein essenzieller Schritt zum Arbeitsmarkt bzw. zur Aus- und Weiterbildung in Deutschland, ist das Erlernen der Sprache. Ein **Integrationskurs** (beinhaltet einen **Sprachkurs**) muss daher jedem Geflüchteten in Deutschland kostenfrei und unbürokratisch ab der Ankunft in Deutschland zur Verfügung stehen. Aktuell ist dies nur für Geflüchtete aus Eritrea und Syrien der Fall. Geflüchtete aus anderen Herkunftsländern können nur an einem Integrationskurs teilnehmen, wenn sie u.a. mindestens seit drei Monaten einen Ankunftsnaachweis als Asylsuchender (Aufenthaltsgestattung) haben und nicht aus einem sicheren Herkunftsstaat kommen (166). Solche Beschränkungen zur Teilnahme an einem Integrationskurs müssen aufgehoben werden. Denn der Spracherwerb in der Landessprache ist ein wichtiger Schritt zur Integration in Deutschland, zum Arbeitsmarkt und zu einem selbstbestimmten Leben in Deutschland. Der Wunsch die Landessprache zu erlernen wurde in den Freitextangaben der vorliegenden Untersuchung mehrfach erwähnt. Exemplarisch sind die folgenden zwei Freitextangaben aus dem Fragebogen aufgeführt:

„Ich wünsche mir Sprachkurse für uns, denn jetzt gibt es keinen. (...)“

„Ich möchte z.B. gut/viel lernen, aber es wird kein Deutschkurs für Afghanen angeboten. Deshalb können wir die Sprache nicht gut lernen.“

Aufgrund der Herkunft darf einer bzw. einem Geflüchteten nicht der Zugang zu einem Integrationskurs, Sprachkurs oder dem Arbeitsmarkt verwehrt bleiben, denn das Einzelschicksal entscheidet letztlich über eine Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland. Und trotz Herkunft aus einem vermeintlich sicheren Herkunftsland, kann eine Schutzberechtigung vorliegen. Denn ohne schwerwiegende Gründe wird kaum ein Mensch seine Heimat verlassen. Verwehrt man Geflüchteten aus bestimmten Ländern pauschal den Zugang zu Sprachkursen und anderen Leistungen, vergeudet das sinnlos Zeit und führt zu psychischer Belastung oder verstärkt sie. Die Kategorisierung von Geflüchteten nach Herkunftsländern und davon abhängige Förder- und Zugangsberechtigungen wird durch soziale Organisationen, wie z.B. die Caritas Deutschland (192), stark kritisiert. Geflüchtete Frauen müssen in Deutschland die Möglichkeit haben ihre Fähigkeiten einzubringen und zu entfalten, von Anfang an. Das schafft Hoffnung und psychische Entlastung.

Als weiteren belastenden Faktor beschrieben die befragten geflüchteten Frauen in der vorliegenden Untersuchung eine Trennung von den eigenen Kindern. Dies wurde sowohl in der Auswertung des Fragebogens als auch in den Fokusgruppeninterviews deutlich, wie die folgenden Freitextangaben auf die Frage „*Gibt es etwas, was sie sich als (weitere) Unterstützung/ Entlastung wünschen?*“ aus dem Fragebogen zeigen:

„Dass meine Kinder zu mir nach Deutschland kommen und ich meine Anerkennung (Flüchtlingsstatus) erhalte.“

„Wenn man mir meine Kinder bringt.“

„Ich mache mir die ganze Zeit Sorgen um meine Kinder. Es ist schwer, eine Mutter zu sein, vor allem, wenn die Kinder ohne Mutter leben müssen, ist das sehr schwer.“

Unkomplizierte **Familienzusammenführungen** ohne lange Wartezeiten könnten Entlastung schaffen. Dafür sollten zusätzlich die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden, wie eine frei verfügbare Kinderbetreuung, ausreichend Wohnraum für die Kinder, Kindergarten- und Schulbesuch der Kinder, ggf. mit Sprachunterricht in der Schule und die entsprechende finanzielle Unterstützung der Familie.

Als weitere belastender Faktor in der Lebensumwelt geflüchteter Frauen in Deutschland ist die Unterbringungssituation zu nennen. Die Mehrheit der Befragten in der vorliegenden Untersuchung war mit der Unterbringungssituation eher unzufrieden. In den Freitextangaben wurde von den befragten Frauen auf die Frage „*Gibt es zurzeit etwas, was Sie belastet?*“ mehrfach geantwortet, dass sie sich eine Wohnung wünschen und aus dem Heim ausziehen möchten. Als Gründe dafür wurde von den Befragten folgendes genannt:

„In dem Heim, wo wir wohnen, ist das Leben schwierig, weil wir mit fünf Personen in einem Zimmer wohnen, das ist ein großes Problem.“

„Ich bin nicht frei. Ich bin wie ein Tier hier eingeschlossen, ich darf mir mein Essen nicht selbst kochen. Was meine Kinder brauchen, kann ich ihnen nicht geben.“

„Es sind sehr schwere Lebensumstände, wie man hier leben muss. Du lebst in einem Haus, aber du denkst, du bist im Gefängnis. Ich beschwere mich und dann werde ich behandelt wie ein faules Ei, um das sich keiner kümmert.“

Belastende **Lebensumstände in einer Erstaufnahmeeinrichtung** und auch in den Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete müssen unbedingt abgebaut und vermieden werden. Denn vor dem Hintergrund der in der vorliegenden Arbeit festgestellten hohen

psychischen Belastung bei über der Hälfte der Befragten sind zusätzliche Erschwernisse wie bei der Unterbringungssituation ernstzunehmende Risikofaktoren. Wichtig sind ausreichende Privatsphäre und Rückzugsorte, gerade für Familien, Frauen und Kinder. Auch die Möglichkeit vertraute Gerichte selbst zuzubereiten sollte gegeben sein. Außerdem muss es getrennte Wohneinheiten für Frauen und Kinder bzw. Familien geben.

Eine Möglichkeit, dies umzusetzen, wäre durch eine dezentrale Unterbringung in eigenen Wohnungen, die durch die Stadt bzw. das Land für Geflüchtete angemietet werden. Gleichzeitig sollte es eine zentrale Anlaufstelle geben, an der man Hilfe und Unterstützung in Alltagsfragen bekommen kann, wo es medizinische und psychosoziale Beratung und Hilfe gibt oder wo regelmäßig Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen stattfinden.

Zusätzlich ist es wahrscheinlich, dass die Ankunft in Deutschland und das Leben in einer fremden Kultur an sich psychisch belastend ist. Im Alltag der geflüchteten Frauen existieren sicherlich zahlreiche irritierende oder ungewohnte Situationen, bis hin zu Erfahrungen der Ausgrenzung. Dies bedeutet neben den Fluchtgründen, den potenziell traumatisierenden Erfahrungen auf der Flucht und belastenden Lebensumständen eine **weitere Belastung im Alltag**. In den Freitextangaben der vorliegenden Untersuchung beschrieben die befragten Frauen folgende Erlebnisse in Deutschland:

„Die Diskriminierung bei dem Umgang mit den Kindern. Unsere Kinder bekommen keine Aufmerksamkeit im Vergleich zu den deutschen auf allen Ebenen. Manche Deutsche sehen die Flüchtlinge weniger Wert.“

„Der Blick der Leute, weil ich ein Kopftuch trage und ein provokativer Blick, weil ich eine geflüchtete Frau bin.“

„Die Diskriminierung.“

„Die Ärztin hat mich zweimal nach Hause geschickt, weil ich keinen Übersetzer hatte.“

„Hass gegenüber Afrikanern/ Schwarzen.“

„Sozialarbeiter, Rassismus! Wir haben keine Übersetzer. Die Araber erhalten alles, vor allem die Syrer. Die Leute, die mit uns leben, beschimpfen uns als *Afrikaner*.“

„a) Die Leute in der Öffentlichkeit, im Bus, auf der Straße. b) Ständiges Fragen: Warum trägst du ein Kopftuch? Bist du gezwungen, ein Kopftuch zu tragen? (...)“

Psychisch belastende Situationen und Erfahrungen wird es beim Ankommen und Einleben in einem fremden Land und einer fremden Kultur immer geben. Wichtig ist dabei, dass psychische

Entlastung durch veränderliche Faktoren in der Lebenswelt geflüchteter Frauen in Deutschland geschaffen wird.

Hier wäre ein **regelmäßiger Austausch mit anderen geflüchteten Frauen** sicherlich entlastend. Dies zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung bei den Fokusgruppen-Interviews.

Im Rahmen der Datenerhebung für die *Female Refugee Study* wurden Fokusgruppen-Interviews durchgeführt. Die geflüchteten Frauen, die daran teilgenommen hatten, bewerteten die Treffen mit der Fokusgruppe als sehr entlastend und hilfreich. Möglicherweise, weil sie geflüchtete Frauen in der gleichen Situation mit ähnlichen Sorgen getroffen haben und weil sie an der Interviewerin sehen konnten, dass Integration erfolgreich gelingen kann⁴³. Solche Gruppentreffen bzw. Gruppentherapien fördern Netzwerke untereinander, können psychosozial entlasten und benötigen weniger personellen Aufwand als einzelne Therapieplätze. Dies kann eine Möglichkeit sein, die psychosoziale Versorgung kurzfristig zu erweitern und an mehr Orten anzubieten, um sie dann langfristig auszubauen.

Aussage einer Geflüchteten im Fokusgruppeninterview:

„Es ist gut über Dinge zu sprechen die dich belasten, denn es erleichtert Stück für Stück.“

Entscheidungssträger im Bereich Geflüchtete und Integration sollten durch die vorliegenden Hinweise für die genannten veränderlichen Risikofaktoren in der Umwelt geflüchteter Frauen sensibilisiert sein, um psychische Entlastung zu schaffen. Folgende **Forderungen für eine Entlastung** von geflüchteten Frauen in Deutschland und Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit lassen sich aus der vorliegenden Untersuchung ableiten:

- Wiederholtes Screening auf Symptome psychischer Störungen
- Niedrigschwellige wohnortnahe psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung, ethnokulturell angepasst
- Förderung und Finanzierung von Dolmetschern bzw. Dolmetscherinnen
- Förderung und Finanzierung von interkultureller Psychotherapie
- Angebot zu regelmäßigen Gruppentreffen unter geschulter Anleitung
- Psychoedukation, wie z.B. Informationsveranstaltungen zu den Themen körperliche und psychische Gesundheit
- Betreuungsangebote für Kinder

⁴³ Die Eltern der Interviewerin waren aus Eritrea geflohen. Die Interviewerin selbst spricht fließend Deutsch und Tigrinya und hat zum Zeitpunkt der Befragung studiert.

- Zeitnahe Familienzusammenführung
- Sprachkurse, uneingeschränkt für alle Geflüchteten
- Beratung zu Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Deutschland
- Beratung zu beruflichen Möglichkeiten und Unterstützung bei der Jobsuche
- Frühzeitige Arbeitserlaubnis in Deutschland

Psychische Gesundheit ist essenziell für eine erfolgreiche Integration von geflüchteten Frauen in die Gesellschaft des Aufnahmelandes. Dabei ist gleichzeitig die Auswirkung von psychischer Krankheit auf die Kinder der geflüchteten Frauen zu beachten. Eine Mutter wird durch ihre eigene Einstellung gegenüber dem Aufnahmeland, der Kultur und durch ihre eigene Integration im Aufnahmeland die Einstellung und Integration ihrer Kinder maßgeblich mitbestimmen. So wird deutlich, welche Priorität die physische und psychische Gesundheit von geflüchteten Frauen respektive Müttern haben muss.

Insgesamt besteht noch erheblicher **Forschungsbedarf** an geeigneten Methoden zur Erfassung der psychischen Gesundheit geflüchteter Frauen, repräsentativen Ergebnissen zur psychischen Gesundheit selbst, sowie mit der psychischen Gesundheit assoziierten Faktoren. Nur so kann der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung erfasst und entsprechend erweitert und angeboten werden. Gleichzeitig ist das Erfassen von Faktoren, die belastend bzw. entlastend auf die psychische Gesundheit von geflüchteten Frauen wirken essenziell, um die Ursachen weiterer psychischer Belastung zu erkennen und zu beheben. Für die Erfassung der psychischen Gesundheit Geflüchteter existieren nur für wenige ethnokulturell validierte psychometrische Frageinstrumente. Selbst das DSM und die ICD sind in westlichen Kulturen entwickelt und gehen auf kulturelle Unterschiede nicht ein bzw. bilden die kulturell bedingte Symptomvariabilität nicht ausreichend ab (81). Es braucht ethnokulturell validierte psychometrische Instrumente, v.a. für Ostafrika und den Nahen/Mittleren Osten. Und, Symptome und Ausprägungen psychischer Störungen sollten in nicht-westlichen Kulturen weiter untersucht und diagnostische Handlungsempfehlungen erstellt werden.

Es sollte ein Screening-Instrument für geflüchtete Frauen in Deutschland erstellt werden, das sich zunächst an bestehenden Instrumenten orientieren kann. Es ist jedoch weitere Forschung, ständige Evaluation und Verbesserung eines solchen Screening-Instruments notwendig, um neueste Erkenntnisse aus der Forschung zu berücksichtigen und der sich ständig verändernden Population Geflüchteter in Deutschland gerecht zu werden.

Die bisherigen Forschungsergebnisse zur psychischen Gesundheit von geflüchteten Frauen und Geflüchteten sind sehr heterogen, breit gestreut und schwer vergleichbar. Es besteht dringender Bedarf an einheitlichen Definitionen für Geflüchtete und einheitlichen Methoden zur Erfassung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten. Das statistische Bundesamt verwendet seit November 2017, nach Durchführung der vorliegenden Untersuchung, den Begriff Schutzsuchende (23, 24). Darunter sind alle ausländischen Personen zusammengefasst, die sich aus humanitären Gründen in Deutschland aufhalten. Dazu zählen Schutzsuchende mit offenem, anerkanntem und abgelehntem Schutzstatus. Im Jahre 2018 wurde der Begriff auch vom UNHCR empfohlen, um vergleichbare nationale Statistiken zu Menschen, die sich aus humanitären Gründen in einem anderen Land aufhalten, zu bekommen. Der Begriff *Geflüchtete* ist in der vorliegenden Arbeit synonym zu dem Begriff *Schutzsuchende* des statistischen Bundesamtes verwendet.

Einheitliche Qualitätskriterien für Studien zu Geflüchteten, wie auch Lindert et al. (9) sie fordern, müssen entwickelt und validiert werden. Erst dann kann man zu Ergebnissen kommen, die nicht verzerrt sind von ethnokulturellen Hintergrundfaktoren und unterschiedlichen diagnostischen Verfahren.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Zur psychischen Gesundheit und über die speziellen Bedürfnisse von geflüchteten Frauen gibt es nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse (2). Geflüchtete Frauen sind im Vergleich zu geflüchteten Männern stärker psychisch belastet (5). Mehrere Studien zeigen, dass Erfahrungen im Aufnahmeland einen sehr großen Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Symptomen haben (6). Ziel dieser Arbeit war es, die Prävalenz von Symptomen der Depression, Angststörung und somatoformen Störung sowie deren Zusammenhang zu soziodemographischen und fluchtspezifischen Merkmalen bei geflüchteten Frauen in Gemeinschaftsunterkünften in Mainz (RLP) zu untersuchen. Zudem sollte die Forschungsfrage beantwortet werden, ob sich mit leicht abzufragenden Merkmalen die individuelle psychische Symptomlast bei geflüchteten Frauen einschätzen lässt.

In der vorliegenden Arbeit wurden 92 geflüchtete Frauen aus Gemeinschaftsunterkünften in Mainz (RLP) schriftlich in ihrer Muttersprache befragt. Neben soziodemographischen Angaben wurden psychometrische Frageinstrumente eingesetzt und potenziell traumatisierende Ereignisse (PTE) abgefragt. Die Teilnehmerinnen wurden in einer Vollerhebung in allen in Gemeinschaftsunterkünften in Mainz für die vorliegende Untersuchung gewonnen (Teilnahmequote 92/332). Die anonyme schriftliche Befragung war auf 90 Minuten ausgelegt und wurde von muttersprachlichen, bilingualen studentischen Hilfskräften in der jeweiligen Landessprache betreut. In den Fragebogen waren psychometrische Instrumente eingearbeitet. Die Auswertung der Ergebnisse wurde explorativ vorgenommen.

Die vorliegenden Ergebnisse geben Hinweise auf eine sehr hohe Prävalenz (59,8%-78,3%) für klinisch relevante psychische Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung unter geflüchteten Frauen in Mainz. Bei konservativer Schätzung lassen die Ergebnisse mindestens bei jeder zweiten geflüchteten Frau klinisch relevante psychische Symptome einer Depression, Angststörung oder somatoformen Störung vermuten.

Weiter weisen die vorliegenden Ergebnisse auf mehrere Risikofaktoren für eine starke psychische Belastung unter geflüchteten Frauen in Mainz hin. Es ergaben sich deutliche Hinweise auf folgende Risikofaktoren: ein hohes Alter, Herkunft aus dem Nahen/Mittleren Osten, eine lange Schulbildung, viele Kinder und viele berichtete potenziell traumatisierende Ereignisse (PTE).

Anhand von Regressionsmodellen ließen sich bis zu ein Drittel der Symptombelastung durch eine Angststörung und bis zu ein Viertel der Symptombelastung durch eine somatoforme

Störung mit den Merkmalen Alter, Schulbildung, Kinderzahl, Anzahl an PTE und Herkunft (nach Kontinent) erklären. Die Vorhersagekraft der berechneten Modelle ist gering. Die Anzahl an PTE verbesserte die Vorhersagekraft der Modelle kaum.

Eine Stärke der Untersuchungen ist die Vollerhebung in allen Gemeinschaftsunterkünften in Mainz. Fast ein Drittel aller geflüchteten Frauen in Gemeinschaftsunterkünften in Mainz stimmte einer Studienteilnahme zu. Damit bietet vorliegende Untersuchung eine realistische Einschätzung der psychischen Gesundheit geflüchteter Frauen in Mainz. Für geflüchtete Frauen in ganz Deutschland und ihre psychische Gesundheit bietet die vorliegende Untersuchung lediglich einen Hinweis.

Die Schwächen der vorliegenden Arbeit sind hauptsächlich die fehlende ethnokulturelle Anpassung und Validierung der psychometrischen Erhebungsinstrumente. Es bleibt fraglich, ob die Instrumente an Teilnehmerinnen verschiedener Kulturen das Gleiche gemessen haben.

In Zukunft sollte die psychische Gesundheit geflüchteter Frauen in RLP mit repräsentativen Stichproben und in prospektiven Studien kontinuierlich untersucht werden. Entsprechende ethnokulturell validierte Instrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit sollten dazu entwickelt werden.

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich dennoch folgende Handlungsempfehlungen formulieren: Ein Screening auf psychische Symptome sollte bei jeder geflüchteten Frau durchgeführt werden. Ein hierfür entwickeltes Screening-Instrument sollte leicht abzufragende Merkmale dafür verwenden, die ein zeitökonomisches Screening ohne erneute Traumatisierung zulassen (z.B. ohne Abfrage von PTE).

Es sollte eine wohnortnahe und niedrigschwellige psychosoziale Versorgung sichergestellt werden, die ethnokulturell angepasst ist. Regelmäßige professionell geleitete Gruppentreffen zum Austausch und zur gegenseitigen Unterstützung sollten für geflüchtete Frauen angeboten werden. Eine Kinderbetreuung sollte für alle geflüchteten Frauen zur Verfügung stehen. Damit wären die Voraussetzungen für die Möglichkeit zur Erholung, zum Spracherwerb, zur Weiterbildung oder zur Teilhabe am Arbeitsleben deutlich verbessert. Die von den befragten, geflüchteten Frauen am häufigsten genannten Ziele und Wünsche für die Zukunft sind Spracherwerb, Bildung, Arbeiten und den eigenen Kindern ein gutes Leben ermöglichen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

1. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2016: Asyl [Internet]. März 2017 [zitiert am 22.05.2017]. URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlage_n/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016-asyl.pdf?__blob=publicationFile
2. European Parliament: Directorate-General for Internal Policies: Policy Department: Citizens' Rights and Constitutional Affairs. Female refugees and asylum seekers: the issue of integration [Internet]. Februar 2016 [zitiert am 16.08.2016]. URL: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/536497/IPOL_STU\(2016\)536497_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/536497/IPOL_STU(2016)536497_EN.pdf)
3. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, Jank R, Klerings I, Szelag M, Kerschner B, Brattstrom P, Gartlehner G. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;28(10):1295-310.
4. Jesuthasan J, Sonmez E, Abels I, Kurmeyer C, Gutermann J, Kimbel R, Kruger A, Niklewski G, Richter K, Stangier U, Wollny A, Zier U, Oertelt-Prigione S, Shouler-Ocak M. 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 medicine*. 2018;16(1):15.
5. Kröger C, Frantz I, Friel P, Heinrichs N. Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden: Screening in einer Landesaufnahmestelle. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2016;66(9-10):377-84.
6. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, van der Tweel I, De Jong JTVM. Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005;193(12):825-32.
7. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde. Positionspapier: Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern [Internet]. 22.03.2016 [zitiert am 23.08.2016]. URL: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
8. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, Schneider C. Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014). *Bundesgesundheitsbl*. 2016;59(5):599-620.
9. Lindert J, Shouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiat*. 2008;23:14-20.
10. Sundquist K, Johansson LM, DeMarinis V, Johansson SE, Sundquist J. Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *Eur Psychiat*. 2005;20(2):158-64.
11. Jaranson JM, Butcher J, Halcon L, Johnson DR, Robertson C, Savik K, Spring M, Westermeyer J. Somali and Oromo refugees: Correlates of torture and trauma history. *American Journal of Public Health*. 2004;94(4):591-8.
12. Robertson CL, Halcon L, Savik K, Johnson D, Spring M, Butcher J, Westermeyer J, Jaranson J. Somali and Oromo refugee women: trauma and associated factors. *J Adv Nurs*. 2006;56(6):577-87.

13. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, Morina N, Popovski M, Schutzwohl M, Wang DL, Priebe S. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Brit J Psychiat.* 2012;200(3):216-23.
14. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *Brit J Psychiat.* 2000;177:486-92.
15. Angst J, Sellaro R. Geschlecht und Angsterkrankungen, Phobien und Zwangsstörungen. In: Riecher-Rössler A, Rohde A, Hrsg. *Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie.* Basel, Freiburg: Karger Publishers; 2001: 62-72.
16. Swartz M, Blazer D, George L, Landerman R. Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry.* 1986;143(11):1403-8.
17. Keller A, Lhewa D, Rosenfeld B, Sachs E, Aladjem A, Cohen I, Smith H, Porterfield K. Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services. *The Journal of nervous and mental disease.* 2006;194(3):188-94.
18. Richter K, Lehfeld H, Niklewski G. Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Gesundheitswesen.* 2015;77(11):834-8.
19. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin.* 2006;132(6):959.
20. Kroenke K, Spitzer RL. Gender Differences in the Reporting of Physical and Somatoform Symptoms. *Psychosomatic Medicine.* 1998;60(2):150-5.
21. Bundeszentrale für politische Bildung. Dossier Migration [Internet]. [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/>
22. United Nations. Refugees and Migrants [Internet]. 2019 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://refugeesmigrants.un.org/definitions>
23. Statistisches Bundesamt (DE STATIS). Schutzsuchende nach dem Ausländerzentralregister [Internet]. 2019 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Methoden/schutzsuchende.html>
24. Eberle J. Schutzsuchende: Ein Konzept zur Quantifizierung des Bestands an Ausländerinnen und Ausländern, die sich aus humanitären Gründen in Deutschland aufhalten. *WISTA- Wirtschaft und Statistik.* 2019;1:19-34.
25. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Ablauf des deutschen Asylverfahrens (Broschüre): Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen [Internet]. 17.05.2019 [zitiert am 20.06.2019]. URL: <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/ablauf-des-asylverfahrens-node.html>
26. United Nations High Commissioner for Refugees. Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 und Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967 [Internet]. 31.01.1967 [zitiert am 18.08.2016]. URL: http://www.unhcr.de/no_cache/mandat/genfer-fluechtlingskonvention.html?cid=1790&did=7631&sechash=395ee350
27. USA for UNHCR: The UN Refugee Agency. Refugee facts: What is a refugee? [Internet]. 2017 [zitiert am 07.04.2017]. URL: <http://www.unrefugees.org/what-is-a-refugee/>

28. Asylgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008 (BGBl. I S. 1798), das durch Artikel 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 4. November 2016 (BGBl. I S. 2460) geändert worden ist.
29. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist.
30. Bundeszentrale für politische Bildung. Welche unterschiedlichen Schutzformen können im Asylverfahren erteilt werden? [Internet]. 21.04.2016 [zitiert am 11.09.2017]. URL: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdoessiers/224699/schutzanspruch-im-deutschen-asylverfahren?p=all>
31. Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das durch Artikel 8 Absatz 6 des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1939) geändert worden ist.
32. Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S. Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2016.
33. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. ICD-10-GM Version 2017: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification [Internet]. 23.09.2016 [zitiert am 09.04.2017]. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/index.htm>
34. Dilling H, Freyberger HJ. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper. Bern: Huber; 2012.
35. Rupprecht R, Hampel H, Hrsg. Roter Faden Psychiatrie und Psychotherapie: Nach der neuen ÄAppO. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgruppe; 2006.
36. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International journal of methods in psychiatric research. 2014;23(3):304-19.
37. Bandelow BW, J.; Alpers, G. W.; Benecke, C.; Deckert, J.; Eckhardt-Henn, A.; Ehrig, C., Engel, E.; Falkai, P.; Geiser, F.; Gerlach, A.L.; Harfst, T.; Hau, S.; Joraschky, P.; Kellner, M.; Köllner, V.; Kopp, I.; Langa, G.; Lichte, T.; Liebeck, H.; Matzat, J.; Reitt, M.; Rüddel, H.P.; Rudolf, S.; Schick, G.; Schweiger, U.; Simon, R.; Springer, A.; Staats, H., Ströhle, A.; Ströhm, W; Waldherr, B.; Watzke, B.; Wedekind, D.; Zottl, C.; Zwanzger, F.; Beutel, M.E.; . Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen [Internet]. 2014 [zitiert am 30.03.2020]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0281_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05-abgelaufen.pdf
38. Matthies V. Bundeszentrale für politische Bildung. Dossier-Africome: Konfliktlagen am Horn von Afrika [Internet]. 2006 [zitiert am 24.02.2019]. URL: <http://www.bpb.de/internationales/afrika/afrika/59031/horn-von-afrika>
39. Fürtig H, Bank A, Lucas V, Ranko A, Richter T, Rosiny S. Informationen zur politischen Bildung/ izpb: Naher Osten [Internet]. 2016 [zitiert am 24.02.2016]. URL: https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/BPB_620-16_Izpb%20331_Naher%20Osten_barrierefrei_2016-12-12.pdf

40. Amnesty International. Amnesty Report: Afghanistan 2017 [Internet]. 15.02.2017 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2017/afghanistan>
41. Amnesty International. Amnesty Report: Afghanistan 2017/2018 [Internet]. 22.02.2018 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2018/afghanistan#section-1719607>
42. Amnesty International. Amnesty Report: Iran 2017/2018 [Internet]. 22.02.2018 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2018/iran#section-1723135>
43. Amnesty International. Amnesty Report: Iran 2016 [Internet]. 17.02.2016 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2016/iran>
44. Amnesty International. Amnesty Report: Syrien 2017/2018 [Internet]. 22.02.2018 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2018/syrien>
45. Amnesty International. Amnesty Report: Syrien 2016 [Internet]. 19.02.2017 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2017/syrien>
46. Amnesty International. Amnesty Report: Eritrea 2017/2018 [Internet]. 22.02.2018 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2018/eritrea>
47. Amnesty International. Amnesty Report: Eritrea 2016 [Internet]. 16.02.2017 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2018/eritrea>
48. Amnesty International. Amnesty Report: Somalia 2016 [Internet]. 09.06.2016 [zitiert am 20.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2016/somalia>
49. Amnesty International. Amnesty Report: Somalia 2017 [Internet]. 20.05.2017 [zitiert am 20.06.2019]. URL: <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2017/somalia>
50. Ribbeck E. Bundeszentrale für politische Bildung. Dossier-Megastädte: Human Development Index [Internet]. 17.09.2008 [zitiert am 19.06.2019]. URL: http://www.bpb.de/themen/26g2cn,0,0,human_development_index_
51. UNESCO Institute für Statistics. UNESCO eAtlas of Literacy [Internet]. 2017 [zitiert am 19.06.2019]. URL: <https://tellmaps.com/uis/literacy/#!/tellmap/-1003531175/1>
52. Statistisches Bundesamt. Statistische Länderprofile zu allen UN-Staaten [Internet]. 2018 [zitiert am 19.06.2019]. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/_inhalt.html#sprg250204
53. VERORDNUNG (EU) Nr. 604/2013 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist (Neufassung).
54. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Erstverteilung der Asylsuchenden (EASY) [Internet]. 16.05.2019 [zitiert am 20.06.2019]. URL: <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Erstverteilung/erstverteilung-node.html>
55. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Glossar: Königsteiner Schlüssel [Internet]. 16.05.2019 [zitiert am 20.06.2019]. URL: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/K/koenigsteiner-schluessel.html?view=renderHelp\[CatalogHelp\]&nn=7525838](http://www.bamf.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/K/koenigsteiner-schluessel.html?view=renderHelp[CatalogHelp]&nn=7525838)
56. Rheinland-Pfalz Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion. Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende in Rheinland-Pfalz (Afa's) [Internet]. 2016 [zitiert am 20.06.2019]. URL:

<https://add.rlp.de/de/themen/fluechtlinge-in-rheinland-pfalz/aufnahmeeinrichtungen-fuer-asylbegehrende-in-rheinland-pfalz/>

57. European Parliament: Directorate-General for Internal Policies: Policy Department: Citizens' Rights and Constitutional Affairs. Reception of female refugees and asylum seekers in the EU: Case study Germany [Internet]. Februar 2016 [zitiert am 16.08.2016]. URL: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/556929/IPOL_STU\(2016\)55692_9_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/556929/IPOL_STU(2016)55692_9_EN.pdf)
58. Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht des deutschen Bundestages vom 15.08.2019.
59. Bebenburg Pv. Frankfurter Rundschau. Asylpolitik: Jetzt kommt das "Hau-Ab-Gesetz" [Internet]. 07.06.2019 [zitiert am 09.03.2020]. URL: <https://www.fr.de/politik/asylpolitik-jetzt-kommt-hau-ab-gesetz-12356872.html>
60. European Council on Refugees and Exiles. Asylum Information Database: Country Report Germany [Internet]. 31.12.2016 [zitiert am 21.05.2017]. URL: http://www.asylumineurope.org/sites/default/files/report-download/aida_de_update.iv__0.pdf
61. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Asylzahlen: Jahresbilanz 2016 [Internet]. 11.01.2017 [zitiert am 05.03.2018]. URL: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2017/20170111-asylgeschaeftsstatistik-dezember.html>
62. Deutscher Bundestag: PuK2-Parlamentsnachrichten. Dauer von Asylverfahren [Internet]. 17.03.2016 [zitiert am 22.05.2017]. URL: <https://www.bundestag.de/presse/hib/201603/-/415640>
63. Robert-Koch-Institut. Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende [Internet]. 20.11.2015 [zitiert am 21.05.2017]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Erstaufnahmeuntersuchung.pdf?__blob=publicationFile
64. Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das durch Artikel 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1939) geändert worden ist.
65. Folteropfer BAdpZfFu. Flüchtlinge in unserer Praxis: Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen [Internet]. Januar 2016 [zitiert am 23.05.2017]. URL: http://www.baffzentren.org/wp-content/uploads/2016/03/BAfF-Fluechtlinge_in_unserer_Praxis.pdf
66. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheitsschutz und Demografie, Ministerium für Familie, Frauen, Jugend und Integration und Verbraucherschutz. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Mainz [Internet]. 29.03.2017 [zitiert am 23.05.2017]. URL: https://www.mainz.de%2Fnewsdesk%2Fpublications%2FMainz%2F181010100000123137.php.media%2F123157%2F29032017_PM_eGK_Mainz.pdf&usg=AFQjCNHI35ZMus-90dsP-jdee2qQ__Bhdg&cad=rja
67. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. Implementierung der Gesundheitskarte in Rheinland-Pfalz [Internet]. Juli 2017 [zitiert am 01.10.2017]. URL: <http://gesundheit-gefuechtete.info/implementierung-der-karte-in-rheinland-pfalz/>
68. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheitsschutz und Demografie, Ministerium für Familie, Frauen, Jugend und Integration und Verbraucherschutz. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Mainz [Internet]. 29.03.2017 [zitiert am 1.10.2017]. URL: <https://www.mainz.de%2Fnewsdesk%2Fpublications%2FMainz%2F181010100000123137.p>

hp.media%2F123157%2F29032017_PM_eGK_Mainz.pdf&usg=AOvVaw0BNXWjrOeEejcTjnb9cJeK

69. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Versorgungsbericht: Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland [Internet]. 2015 [zitiert am 22.08.2016]. URL: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf

70. RICHTLINIE 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).

71. Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz. Rundschreiben: Gewährung medizinischer und anderer Hilfen an schutzbedürftige Personen nach den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie [Internet]. 03.08.2016 [zitiert am 21.06.2019]. URL: https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/MFFJIV/Integration/Rundschreiben/Rundschreiben_zur_EU-Aufnahmerichtlinie_vom_3.8.2016.pdf

72. Diakonisches Werk Altkirchen. Migrationsfachdienst [Internet]. 2019 [zitiert am 21.06.2019]. URL: <https://diakonie-altenkirchen.de/psz>

73. Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Kaiserslautern-Stadt. Psychosoziales Zentrum Westpfalz [Internet]. 2019 [zitiert am 21.06.2019]. URL: <http://drk-kl.de/angebote/psychosoziales-zentrum-westpfalz.html>

74. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Mitgliedszentren und Fördermitglieder [Internet]. 1/2019 [zitiert am 21.06.2019]. URL: <http://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/>

75. BundesPsychotherapeutenKammer. BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen [Internet]. September 2015 [zitiert am 23.05.2017]. URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf

76. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl. BAMF-Kurzanalyse: Die Wohnsituation Geflüchteter [Internet]. 2016 [zitiert am 21.06.2019]. URL: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Kurzanalysen/kurzanalyse11_iab-bamf-soep-befragung-gefluechtete-wohnsituation.pdf;jsessionid=393861D2E153EC4CEC33C0487532AA48.internet561?__blob=publicationFile&v=11

77. ProAsyl. Ein Leben ohne Privatsphäre? Sammelunterbringung darf nicht zum Dauerzustand werden! [Internet]. 10.01.2017 [zitiert am 24.05.2017]. URL: <https://www.proasyl.de/news/ein-leben-ohne-privatsphaere-sammelunterbringung-darf-nicht-zum-dauerzustand-werden/>

78. Die Landesflüchtlingsräte, ProAsyl. ausgeLAGERt: Zur Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland [Internet]. 2011 [zitiert am 18.08.2016]. URL: <http://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2011/03/webversion21.pdf>

79. Flüchtlingsrat NRW e.V. Unterbringung von Flüchtlingen: Unterbringung auf Landesebene [Internet]. August 2019 [zitiert am 10.03.2020]. URL: <https://www.frnw.de/themen-a-z/unterbringung-von-fluechtlingen/unterbringung-auf-landesebene.html>

80. Siefen G, Glaesmer H, Brähler E. Kapitel 20 - Interkulturelle psychologische Testdiagnostik. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Aufl. München: Urban & Fischer; 2011: 199-208.
81. Paniagua FA. ICD-10 Versus DSM-5 on Cultural Issues. SAGE Open. 2018;8:1-14.
82. Kizilhan JI. Heinrich-Böll-Stiftung. Subjektive Krankheitswahrnehmung bei MigrantInnen aus familienorientierten Gesellschaften [Internet]. 04/2009 [zitiert am 23.06.2019]. URL: http://www.kultur-gesundheit.de/projekt/publikationen_vortraege/dokumente_weitere/dossier_migration_und_gesundheit.pdf#page=69
83. Lindert J, von Ehrenstein OS, Wehrwein A, Brähler E, Schäfer I. Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. PPM-Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2017.
84. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. Comprehensive psychiatry. 2014;55(4):818-25.
85. Hollander AC, Bruce D, Burstrom B, Ekblad S. Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants- a cross-sectional register-based study. BMC Public Health. 2011;11:180-88.
86. Mölsä M, Punamäki RL, Saarni SI, Tiilikainen M, Kuittinen S, Honkasalo ML. Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. Transcultural psychiatry. 2014;51(4):499-525.
87. Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson S-E. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. The Journal of nervous and mental disease. 2000;188(6):357-65.
88. Rousseau C, Frounfelker RL. Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. J Travel Med. 2019;26(2):1-8.
89. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet. 2005;365(9467):1309-14.
90. Ryan DA, Benson CA, Dooley BA. Psychological distress and the asylum process: A longitudinal study of forced migrants in Ireland. J Nerv Ment Dis. 2008;196(1):37-45.
91. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. J Nerv Ment Dis. 2004;192:843-51.
92. Robert-Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012" [Internet]. 11.12.2014 [zitiert am 25.02.2020]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile
93. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA. 2005;294(5):602-12.
94. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Hrsg. Study on Female Refugees: Abschlussbericht: Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland [Internet]. 22.03.2017 [zitiert am 14.08.2017]. URL: <https://www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Themen/Gesellschaft>

UndTeilhabe/Medien/2017-03-22-study-on-female-refugees.pdf?__blob=publication
File&v=3

95. Molsa M, Kuittinen S, Tiilikainen M, Honkasalo ML, Punamaki RL. Mental health among older refugees: the role of trauma, discrimination, and religiousness. *Aging & mental health*. 2017;21(8):829-37.
96. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, Stevenson J, Westermeyer J. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *Jama*. 2002;288(5):611-21.
97. World Health Organisation. Media Center: Mental Disorders - Fact Sheet [Internet]. April 2017 [zitiert am 07.10.2017]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
98. Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2018;9:433.
99. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Braehler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees - A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2009;69(2):246-57.
100. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*. 2003;361(9375):2128-30.
101. Hocking DC, Kennedy GA, Sundram S. Social factors ameliorate psychiatric disorders in community-based asylum seekers independent of visa status. *Psychiatry research*. 2015;230(2):628-36.
102. Van Ommeren M, de Jong JT, Sharma B, Komproe I, Thapa SB, Cardeña E. Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of general psychiatry*. 2001;58(5):475-82.
103. Gerritsen AAM, Bramsen I, Deville W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psych Psych Epid*. 2006;41(1):18-26.
104. Beutel ME, Jünger C, Klein EM, Wild P, Lackner KJ, Blettner M, Banerjee M, Michal M, Wiltink J, Brähler E. Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants: results from the Gutenberg health study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:288.
105. Sieberer M, Ziegenbein M, Eckhardt G, Machleidt W, Calliess IT. Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. *Psychiatrische Praxis*. 2011;38(01):38-44.
106. Georgiadou E, Zbidat A, Schmitt GM, Erim Y. Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. *Front Psychiatry*. 2018;9:393.
107. Chaudhry N, Husain N, Tomenson B, Creed F. A prospective study of social difficulties, acculturation and persistent depression in Pakistani women living in the UK. *Psychological Medicine*. 2012;42(6):1217-26.
108. Morof DF, Sami S, Mangeni M, Blanton C, Cardozo BL, Tomczyk B. A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda. *Int J Gynecol Obstet*. 2014;127(2):138-43.
109. Niklewski G. Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für "Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern -

- Zirndorf" [Internet]. 23.10.2012 [zitiert am 06.10.2017]. URL: <http://www.pgasyll.de/cms/images/stories/PGAsyll/abschlussbericht%20zirndorf%20endfassung%2029.10.2012.pdf>
110. Wittchen HU, Jacobi F. Robert-Koch-Institut. Angststörungen [Gesundheitsberichterstattung - Themenhefte, Mai 2004] [Internet]. Mai 2014 [zitiert am 11.09.2017]. URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon? p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9043
111. Hoyer J, Wittchen HU. Generalisierte Angststörungen in der primärärztlichen Versorgung. *Versicherungsmedizin* 55. 2003;3:127-35.
112. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W. Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? *Psychiatrische Praxis*. 2009;36(01):16-22.
113. Morawa E, Dragano N, Jockel KH, Moebus S, Brand T, Erim Y. Somatization among persons with Turkish origin: Results of the pretest of the German National Cohort Study. *Journal of psychosomatic research*. 2017;96:1-9.
114. Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M. Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatr Prax*. 2019;46(4):191-9.
115. Rask S, Suvisaari J, Koskinen S, Koponen P, Mölsä M, Lehtisalo R, Schubert C, Pakaslahti A, Castaneda AE. The ethnic gap in mental health: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scandinavian journal of public health*. 2016;44:281-90.
116. Rupprecht R, Hampel H, Hrsg. Roter Faden: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH; 2006.
117. Chung MC, AlQarni N, AlMazrouei M, Al Muhairi S, Shakra M, Mitchell B, Al Mazrouei S, Al Hashimi S. Posttraumatic Stress Disorder and Psychiatric Co-morbidity among Syrian Refugees of Different Ages: the Role of Trauma Centrality. *Psychiatr Q*. 2018;89(4):909-21.
118. Machleidt W, Heinz A. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Aufl. München: Elsevier; 2011.
119. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. Robert-Koch-Institut. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland [Internet]. 2012 [zitiert am 27.02.2020]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDo wnloadsB/Geda2010/kapitel_psych_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile
120. Sluzki CE. Migration and family conflict. *Family process*. 1979;18(4):379-90.
121. Pernice R, Brook J. The Mental Health Pattern of Migrants: Is There a Euphoric Period Followed By a Mental Health Crisis? *International Journal of Social Psychiatry*. 1996;42(1):18-27.
122. Ritsner M, Ponizovsky A. Psychological Distress Through Immigration: the Two-Phase Temporal Pattern? *International Journal of Social Psychiatry*. 1999;45(2):125-39.
123. Sperlich S, Arnhold-Kerri S, Geyer S. Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2011;54(6):735-44.
124. Stöbel-Richter Y, Brähler E, Zenger M. Unterscheiden sich Frauen mit und ohne Kinder hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit und psychischen Gesundheit? In: Wimmer-Puchinger B,

- Gutiérrez-Lobos K, Riecher-Rössler A, Hrsg. Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben: Hilfestellung für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016: 171-84.
125. Rousseau C, Mekki-Berrada A, Moreau S. Trauma and Extended Separation from Family among Latin American and African Refugees in Montreal. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2001;64(1):40-59.
126. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Familienasyl und Familiennachzug [Internet]. 09.12.2016 [zitiert am 08.09.2017]. URL: <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/FamilienasylFamiliennachzug/familienasyl-familiennachzug-node.html>
127. Weiss R. Macht Migration krank? : Eine transdisziplinäre Übersicht zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. 2. Aufl. Zürich: Seismo; 2005.
128. Flüchtlingsrat Niedersachsen. Zuständigkeiten, Außenstellen und Ankunftscentren des BAMF bundesweit [Internet]. 16.10.2017 [zitiert am 17.10.2017]. URL: <https://www.nds-fluerat.org/26100/aktuelles/zustaendigkeiten-aussenstellen-und-ankunftscentren-des-bamf-bundesweit/>
129. Bauer N, Blasius J, Hrsg. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS; 2014.
130. Glaesmer H, Braehler E, Grande G, Hinz A, Petermann F, Rompell M. The German Version of the Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25)—Factorial structure, psychometric properties, and population-based norms. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(2):396-403.
131. Mollica RF, Wyshak G, de Marneffe D, Khuon F, Lavelle J. Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatry*. 1987;144(4):497-500.
132. Veijola J, Jokelainen J, Läksy K, Kantojärvi L, Kokkonen P, Järvelin M-R, Joukamaa M. The Hopkins Symptom Checklist-25 in screening DSM-III-R axis-I disorders. *Nordic journal of psychiatry*. 2003;57(2):119-23.
133. Franke GH. SCL-90-R: Symptom Checkliste von L. R. Derogatis -deutsche Version-: Manual. 2. Aufl. Göttingen: Beltz Test GmbH; 2002.
134. Foa EB. PTSD Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) [Internet]. 2013 [zitiert am 12.11.2016]. URL: https://www.adaa.org/sites/default/files/Yusko%20_210.pdf
135. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and post traumatic stress disorders in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180 (2):111-6.
136. Schmidt S, Mühlhan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(4):420-8.
137. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, Effectiveness and Self-Awareness as Criteria of Improvement in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 1954;111(5):343-52.
138. Petermann F, Brähler E. HSCL-25: Hopkins-Symptom-Checkliste-25: Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe; 2013.
139. Hesbacher PT, Rickels K, Morris RJ, Newman H, Rosenfeld H. Psychiatric illness in family practice. *The Journal of clinical psychiatry*. 1980;41(1):6-10.

140. Mollica R, Wyshak G, de Marnette D, Tu B, Yang T, Khuon F. Hopkins symptom checklist (HSCL-25): manual for Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. 1996;6(Suppl 1):35-42.
141. Harvard Program in Refugee Trauma. Hopkins Symptom Checklist (HSCL) [Internet]. 2011 [zitiert am 27.07.2019]. URL: <http://hpvt-cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist/>
142. Ventevogel P, De Vries G, Scholte WF, Shinwari NR, Faiz H, Nassery R, van den Brink W, Olf M. Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Soc Psych Psych Epid*. 2007;42(4):328-35.
143. Lee B, Kaaya SF, Mbwambo JK, Smith-Fawzi MC, Leshabari MT. Detecting depressive disorder with the Hopkins Symptom Checklist-25 in Tanzania. *International Journal of Social Psychiatry*. 2008;54(1):7-20.
144. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology bulletin*. 1973;9(1):13-28.
145. Franke GH. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual. Beltz Test: Göttingen; 2002.
146. Franke G. Die Symptom-Checkliste SCL-90-R: Arbeitseinheit Diagnostik & Intervention [Internet]. 2007 [zitiert am 02.11.2016]. URL: <https://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/d8f0aaf1d7844fb6865f10e3023ffcf/hb.htm>
147. Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J, Franke G, Reister G, Tress W. The symptom checklist-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Quality of Life Research*. 2000;9(2):185-93.
148. Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E. Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung. *Diagnostica*. 2001;74:27-39.
149. Hauff E, Vaglum P. Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Br J Psychiatry*. 1995;166(3):360-7.
150. Jyvasjärvi S, Joukamaa M, Vaisänen E, Larivaara P, Kivela S-L, Keinänen-Kiukaanniemi S. Somatizing frequent attenders in primary health care. *Journal of psychosomatic research*. 2001;50:185-92.
151. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Powers MB, Kauffman BY, Rauch S, Porter K, Knowles K. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological assessment*. 2016;28(10):1166-71.
152. Geiser F, Imbierowicz K, Schilling G, Conrad R, Liedtke R. Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R): Konsequenzen für den Gebrauch der SCL-90-R in der Verlaufsforschung. *PPmP- Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2000;50:447-53.
153. Möhring W, Schlütz D. Modi der Befragung. In: Möhring W, Schlütz D, Hrsg. *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft: Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010: 117-44.

154. United Nations. Bericht der vierten Weltfrauenkonferenz: Kapitel IV: Strategische Ziele und Maßnahmen: D. Gewalt gegen Frauen [Internet]. 1995 [zitiert am 08.09.2017]. URL: http://www.un.org/depts/german/conf/beijing/anh_2_4.html#iv-d
155. Schröttle M. Gewalt in Paarbeziehungen: Expertise für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung [Internet]. 24.04.2017 [zitiert am 27.02.2020]. URL: <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/122398/zweiter-gleichstellungsbericht-der-bundesregierung-eine-zusammenfassung-data.pdf>
156. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen in Österreich. Gewalt in der Familie, Gewaltbericht Teil VI: Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder [Internet]. 2001 [zitiert am 27.02.2020]. URL: Fehler! Linkreferenz ungültig.
157. Clauß G, Finze F-R, Partzsch L. Statistik - Für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner - Band 1. Thun und Frankfurt am Main: H. Deutsch; 1995.
158. Janssen J, Laatz W. Statistische Datenanalyse mit SPSS: eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests: Springer-Verlag; 2010.
159. du Prel JB, Hommel G, Rohrig B, Blettner M. Konfidenzintervall oder p-Wert?: Teil 4 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. Dtsch Arztebl Int. 2009;106(19):335-9.
160. Wolf C, Best H. Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: Springer; 2010.
161. Schneider A, Hommel G, Blettner M. Linear regression analysis: part 14 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(44):776-82.
162. Geiser F, Imbierowicz K, Schilling G, Conrad R, Liedtke R. Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R). Psychother Psych Med. 2000;50(12):447-53.
163. Schlittgen R. Multivariate Statistik. München: Oldenbourg Verlag; 2009.
164. Leiler A, Bjarta A, Ekdahl J, Wasteson E. Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees living in refugee housing facilities in Sweden. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(5):543-51.
165. Uribe Guajardo MG, Slewa-Younan S, Smith M, Eagar S, Stone G. Psychological distress is influenced by length of stay in resettled Iraqi refugees in Australia. International Journal of Mental Health Systems. 2016;10(1):4.
166. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Infos für Asylsuchende: Arbeitsmarktzugang für Flüchtlinge [Internet]. 17.12.2018 [zitiert am 14.03.2020]. URL: <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Infos-fuer-Asylsuchende/arbeitsmarktzugang-asylbewerber-geduldete.html>
167. Nickerson A, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Morina N. Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Tortured, Treatment-Seeking Refugees. Journal of traumatic stress. 2017;30(4):409-15.
168. Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J, Franke GH, Reister G, Tress W. The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): a German validation study. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2000;9(2):185-93.
169. Razum O, Spallek J. Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. 2009.

170. Razum O, Rohrmann S. Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. *Gesundheitswesen*. 2002;64(02):82-8.
171. Markides KS, Rote S. The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *The Gerontologist*. 2019;59(2):205-14.
172. Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *Eur J Public Health*. 2014;24(1):80-6.
173. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. [Internet]. 2008 [zitiert am 14.03.2020]. URL: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf?__blob=publicationFile&v=10
174. Omran AR. Epidemiologic Transition - Theory of Epidemiology of Population Change. *Milbank Meml Fund Q*. 1971;49(4):509-&.
175. Kessler RC, Chiu W, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
176. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(4):243-58.
177. Stöbel-Richter Y, Brähler E, Zenger M. Unterscheiden sich Frauen mit und ohne Kinder hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit und psychischen Gesundheit? Irrsinnig weiblich-psychische Krisen im Frauenleben: 171-84.
178. Bundesministerium der Verteidigung. Fluchtrouten: Alles konzentriert sich auf Libyen [Internet]. 2017 [zitiert am 21.10.2019]. URL: <https://www.bmvg.de/de/themen/dossiers/engagement-in-afrika/herausforderungen/migration/fluchtrouten>
179. Hey C. Ärzte ohne Grenzen. „Die Zustände sind absolut erbärmlich“ [Internet]. 13.09.2019 [zitiert am 21.10.2019]. URL: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/libyen-sintan-fluechtlingslager-bericht>
180. Tribe R. Mental health of refugees and asylum-seekers. *Advances in psychiatric treatment*. 2002;8(4):240-8.
181. Ternès A, Zimmermann K, Herzog L, Udovychenko M. Flüchtlingssituation in Deutschland heute: Zahlen, Daten, Fakten. Flüchtlingsstandort Deutschland – eine Analyse: Chancen und Herausforderungen für Gesellschaft und Wirtschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017: 19-33.
182. Stone BK, Scibilia B, Pammer C, Steele C, Keller D. Minitab Inc. Regression Analysis: How Do I Interpret R-squared and Assess the Goodness-of-Fit? [Internet]. 30.05.2013 [zitiert am 22.07.2018]. URL: <http://blog.minitab.com/blog/adventures-in-statistics-2/regression-analysis-how-do-i-interpret-r-squared-and-assess-the-goodness-of-fit>
183. Hiller W, Winfried R, Elefant S, Margraf J, Kroymann R, Leibbrand R, Manfred MM. Dysfunktionale Kognition bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 1997;6(3):226-34.
184. Geue K, Strauß B, Brähler E. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie: Hogrefe Verlag; 2016.

185. Grouven U, Bender R, Ziegler A, Lange S. Vergleich von Messmethoden. Dtsch med Wochenschr. 2007;132(S 01):e69-e73.
186. Riedel L, Schneider G. Abhandlung: Dezentraler Asylvollzug diskriminiert: Anerkennungsquoten von Flüchtlingen im bundesdeutschen Vergleich, 2010-2015. PVS. 2017;1/2017:S. 21-48.
187. Schouler-Ocak M, Kurmeyer C. Study on Female Refugees: Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland [Internet]. 28.02.2017 [zitiert am 14.08.2017].
188. Baschin K, Ülsmann D, Jacobi F, Fydrich T. Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen: Theoretisches Modell für Personen mit Migrationshintergrund. Psychotherapeut. 2012;57(1):7-14.
189. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia. 1997;Vol 166.
190. Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern - Ausländerbeschäftigungsförderungsgesetz des deutschen Bundestages vom 8. Juli 2019.
191. Pro Asyl. News: Ene, mene, muh und raus bist du! Mehr Asylsuchende von Integrationschancen ausgeschlossen [Internet]. 02.08.2019 [zitiert am 28.03.2020]. URL: <https://www.proasyl.de/news/ene-mene-muh-und-raus-bist-du-mehr-asylsuchende-von-integrationschancen-ausgeschlossen/>
192. Tießler-Marenda E. Caritas Deutschland. Zugang von Flüchtlingen zum Arbeitsmarkt [Internet]. 11.04.2017 [zitiert am 28.03.2020]. URL: <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthe men/migration/zugang-von-fluechtlingen-zum-arbeitsmark>

8 ANHANG

8.1 KOLLEKTIVBESCHREIBUNG, DETAILLIERTE AUSFÜHRUNG FÜR AUSGEWÄHLTE VARIABLEN.

Variablen	Gesamt	Naher/ Mittlerer	Ostafrika
	n=92 (100%) n (%)	Osten n=67 (72,8%) n (%)	n=25 (27,2%) n (%)
Herkunft (Länder)			
Afghanistan	32 (34,8)	32 (47,8)	-
Eritrea	13 (14,1)	-	13 (52,0)
Iran	5 (5,4)	5 (7,4)	-
Somalia	12 (13,0)	-	12 (48,0)
Syrien	30 (32,6)	30 (44,8)	-
Familienstand			
Ledig/ keine Partnerschaft	18 (19,6)	7 (10,4)	11 (44,0)
Ehe, zusammenlebend	49 (53,3)	44 (65,7)	5 (20,0)
Partnerschaft, zusammenlebend	1 (1,1)	1 (1,5)	-
Ehe, getrenntlebend	14 (15,2)	5 (7,5)	9 (36,0)
Verwitwet	5 (5,4)	5 (7,5)	-
Geschieden	3 (3,3)	3 (4,5)	-
Partner verschwunden/ entführt	2 (2,2)	2 (3,0)	-
Kinderzahl			
keine	23 (25,0)	12 (17,9)	11 (44,0)
1 Kind	11 (12,0)	5 (7,5)	6 (24,0)
2 Kinder	16 (17,4)	12 (17,9)	4 (16,0)
3 Kinder	21 (22,8)	17 (25,4)	4 (16,0)
4 Kinder	11 (12,0)	11 (16,4)	-
5 Kinder	5 (5,4)	5 (7,5)	-
6 Kinder	3 (3,3)	3 (4,5)	-
7 Kinder	1 (1,1)	1 (1,5)	-
8 Kinder	1 (1,1)	1 (1,5)	-
Physische Gewalt			
Erlebt	10 (10,9)	6 (9,0)	4 (16,0)
Nicht erlebt	46 (50,0)	33 (49,3)	13 (52,0)
k.A.	36 (39,1)	28 (41,8)	8 (32,0)
Psychische Gewalt			

Anhang

Erlebt	19 (20,7)	12 (17,9)	7 (28,0)
Nicht erlebt	68 (73,)	51 (76,1)	17 (68,0)
k.A.	5 (5,4)	4 (6,0)	1 (4,0)
Sexuelle Gewalt			
Erlebt	17 (18,5)	9 (13,4)	8 (32,0)
Nicht erlebt	69 (75,0)	53 (79,1)	16 (64,0)
k.A.	6 (6,5)	5 (7,5)	1 (4,0)
Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation			
Völlig	13 (14,1)	8 (11,9)	5 (20,0)
Überwiegend	9 (9,8)	6 (9,0)	3 (12,0)
Halbwegs	18 (19,6)	11 (16,4)	7 (28,0)
Eher nicht	18 (19,6)	15 (22,4)	3 (12,0)
Überhaupt nicht	32 (34,8)	25 (37,7)	7 (28,0)
k.A.	2 (2,2)	2 (3,0)	-

8.2 SYMPTOMBELASTUNG UND HERKUNFT IN ABHÄNGIGKEIT VOM AUFENTHALTSSTATUS, N=92.

	Naher/ Mittlerer Osten			Ostafrika	
	Afghanist an	Iran	Syrien	Eritrea	Somalia
Über Asylantrag entschieden					
Ja (n/%)	19 (59,4)	1 (20,0)	23 (76,7)	3 (23,1)	1 (8,3)
Nein (n/%)	10 (31,3)	4 (80,0)	6 (20,0)	5 (38,5)	11 (91,7)
k.A. n (%)	3 (9,4)	-	1 (3,3)	5 (38,5)	-

Über Asylantrag entschieden	Symptome einer Depression	Symptome einer Angststörung	Symptome einer somatoformen Störung
	n=60	n=56	n=50
Ja (n/%)	31 (51,7)	31 (55,4)	28 (56,0)
Nein (n/%)	25 (41,7)	21 (37,5)	20 (40,0)
k.A. (n/%)	4 (6,7)	4 (7,1)	2 (4,0)

8.3 SCORES DER SYMPTOMSKALEN NACH AUSGEWÄHLTEN VARIABLEN.

Variablen	Depressionsskala	Angstskala	Somatisierungsskala
	n=88 <i>Median (IQR)</i>	n=88 <i>Median (IQR)</i>	n=89 <i>Median (IQR)</i>
Herkunft (<i>K-W</i>)		*	**
Afghanistan	2,39 (1,07)	2,65 (1,18)	1,66 (1,77)
Eritrea	1,64 (0,55)	1,70 (0,55)	0,58 (0,42)
Iran	2,07 (1,37)	2,80 (0,75)	1,67 (0,96)
Somalia	1,93 (2,53)	1,50 (1,36)	0,50 (1,08)
Syrien	2,24 (1,14)	2,05 (1,45)	1,13 (1,27)
Familienstand (<i>K-W</i>)		*	
Ledig/ keine Partnerschaft	1,87 (0,65)	1,89 (1,14)	1,00 (1,02)
Ehe, zusammenlebend	2,20 (1,18)	2,05 (1,43)	1,13 (1,38)
Partnerschaft, zusammenlebend (n=1)	3,47 (-)	3,60 (-)	1,75 (-)
Ehe, getrenntlebend	2,27 (1,06)	1,80 (0,75)	0,83 (1,19)
Geschieden	2,27 (-)	2,80 (-)	1,83 (-)
Verwitwet	2,47 (0,67)	2,85 (0,40)	1,54 (0,98)
Partner verschwunden/entführt	1,97 (-)	2,30 (-)	1,13 (-)
Kinderzahl (<i>K-W</i>)	*	*	
keine	1,87 (0,73)	1,89 (1,10)	0,75 (1,33)
1 Kind	1,60 (0,93)	1,80 (0,80)	0,83 (1,08)
2 Kinder	1,70 (0,73)	1,63 (1,23)	0,71 (1,19)
3 Kinder	2,47 (0,59)	2,70 (1,10)	1,33 (1,17)
4 Kinder	2,63 (0,55)	2,80 (0,78)	1,83 (1,10)
5 Kinder	1,27 (2,07)	1,60 (1,49)	1,00 (0,63)
6 Kinder	2,33 (-)	2,33 (-)	2,42 (-)
7 Kinder (n=1)	1,40 (-)	3,20 (-)	1,58 (-)
8 Kinder (n=1)	1,80 (-)	1,50 (-)	1,00 (-)
Physische Gewalt			
Genannt	2,20 (0,97)	2,20 (1,34)	1,25 (1,33)
Nicht genannt	2,07 (1,27)	1,90 (1,30)	1,08 (1,42)
k.A. (n=1)	1,60 (-)	1,40 (-)	0,83 (-)
Psychische Gewalt			
Genannt	2,27 (1,07)	2,20 (1,30)	1,17 (1,31)
Nicht genannt	1,87 (0,90)	1,80 (1,20)	1,08 (1,75)
k.A. (n=1)	1,60 (-)	1,40 (-)	0,83 (-)
Sexuelle Gewalt			
Genannt	2,20 (1,02)	2,35 (1,32)	1,25 (1,23)
Nicht genannt	2,20 (1,04)	2,00 (1,30)	1,08 (1,42)
k.A. (n=2)	1,62 (-)	1,00 (-)	0,63 (-)

Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation (<i>K-W</i>)			
Völlig	2,36 (0,90)	2,50 (1,22)	1,25 (0,93)
Überwiegend	1,87 (1,23)	2,15 (1,60)	0,75 (1,10)
Halbwegs	2,07 (1,01)	1,95 (1,15)	0,96 (1,05)
Eher nicht	1,97 (1,28)	1,90 (1,08)	1,13 (1,29)
Überhaupt nicht	2,33 (1,07)	2,40 (1,60)	1,25 (2,17)
k.A. (n=1)	1,69 (-)	1,56 (-)	1,17 (-)

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; IQR = Interquartilsabstand; k.A. = keine Angabe;

K-W = p-Wert berechnet mit Kruskal-Wallis H-Test; *M-W* = p-Wert berechnet mit Mann-Whitney U-Test;

8.4 AUSWERTUNG DER DEPRESSIONSSKALA NACH HERKUNFTSLAND, N=92.

	Naher/ Mittlerer Osten			Ostafrika	
	Afghanistan	Iran	Syrien	Eritrea	Somalia
Berechnung mit Grenzwert					
Hohe Symptomlast n (%)	22 (68,8)	4 (80,0)	21 (70,0)	5 (38,5)	8 (66,7)
Niedrige Symptomlast n (%)	7 (21,9)	1 (20,0)	9 (30,0)	8 (61,5)	3 (25,0)
k.A. n (%)	3 (9,4)	-	-	-	1 (8,3)
Berechnung mit Symptomzahl					
Hohe Symptomlast n (%)	16 (50,0)	3 (60,0)	16 (53,3)	4 (30,8)	3 (25,0)
Niedrige Symptomlast n (%)	13 (40,6)	2 (40,0)	14 (46,7)	9 (69,2)	8 (66,7)
k.A. n (%)	3 (9,4)	-	-	-	1 (8,3)

k.A. = Keine Angabe

8.5 AUSWERTUNG DER ÄNGSTSKALA NACH HERKUNFTSLAND, N=92.

	Naher/ Mittlerer Osten			Ostafrika	
	Afghanistan	Iran	Syrien	Eritrea	Somalia
Berechnung mit Grenzwert					
Hohe Symptomlast n (%)	22 (68,8)	5 (100)	19 (63,3)	6 (46,2)	4 (33,3)
Niedrige Symptomlast n (%)	6 (18,8)	-	11 (36,7)	7 (53,8)	8 (66,7)
k.A. n (%)	4 (12,5)	-	-	-	-
Berechnung mit Symptomzahl					
Hohe Symptomlast n (%)	16 (50,0)	4 (80,0)	16 (53,3)	3 (23,1)	3 (25,0)
Niedrige Symptomlast n (%)	12 (37,5)	1 (20,0)	14 (46,7)	10 (76,9)	9 (75,0)
k.A. n (%)	4 (12,5)	-	-	-	-

k.A. = Keine Angabe

8.6 AUSWERTUNG DER SOMATISIERUNGSSKALA NACH HERKUNFTSLAND, N=92.

	Naher/ Mittlerer Osten			Ostafrika	
	Afghanistan	Iran	Syrien	Eritrea	Somalia
Berechnung mit Grenzwert					
Hohe Symptomlast n (%)	21 (65,6)	5 (100)	18 (60,0)	1 (7,7)	5 (41,7)
Niedrige Symptomlast n (%)	8 (25,0)	-	12 (40,0)	12 (92,3)	7 (58,3)
k.A. n (%)	3 (9,4)	-	-	-	-
Berechnung mit Symptomzahl					
Hohe Symptomlast n (%)	17 (53,1))	4 (80,0)	11 (36,7)	3 (23,1)	2 (16,7)
Niedrige Symptomlast n (%)	12 (37,5)	1 (20,0)	19 (56,5)	10 (76,9)	10 (83,3)
k.A. n (%)	3 (9,4)	-	-	-	-

k.A. = Keine Angabe

8.7 PAARWEISE KORRELATION ZWISCHEN ABHÄNGIGEN UND UNABHÄNGIGEN VARIABLEN

Die nachfolgende Tabelle (siehe unten) zeigt die Korrelation nach Pearson (stetige Variablen) bzw. die punktbiserial Korrelation (kategoriale Variablen mit zwei Ausprägungen) zwischen den Einflussfaktoren und den Scores der Depressions-, Angst- und Somatisierungsskala.

Für folgenden Variablen konnte eine statistisch auffällige Korrelation zu mindestens einer der Zielgrößen gezeigt werden: *Alter, Schulbildung, Fragebogen selbst ausgefüllt, Kinderzahl, physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung* und *Herkunft nach Kontinent*.

Für die Scores der Depressionsskala zeigte sich für die Variable *physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung* eine statistisch auffällige Korrelation.

Eine statistisch auffällige Korrelation ergab sich ebenso zwischen dem Score der Angstskala und den Merkmalen *Alter, Schulbildung, Fragebogen selbst ausgefüllt, Kinderzahl* und *Herkunft nach Kontinent* und einer *physischen, psychischen oder sexuellen Gewalterfahrung*.

Der Score der Somatisierungsskala zeigte eine statistisch auffällige Korrelation mit den Variablen *Alter, Kinderzahl* und *Herkunft nach Kontinent*.

Tabelle: Korrelation zwischen stetigen und binären unabhängigen Merkmalen und den Scores der Symptomskalen.

Variablen ⁴⁴	Score	Score	Score
	Depressionsskala	Angstskala	Somatisierungsskala
	n=88	n=88	n=89
	r	r	r
Alter in Jahren ^P	0,128	0,322**	0,356**
Schulbildung in Jahren ^P	0,096	0,283*	0,055
Herkunft ^B (Naher/Mittlerer Osten, Referenz: Ostafrika)	0,235	0,348**	0,371**
Fragebogen selbst ausgefüllt ^B (ja, Referenz: nein)	0,244	0,361**	0,236
Aufenthaltsdauer in Monaten ^P	-0,091	-0,112	-0,109
Familienstand ^B (nicht ledig, Referenz: ledig)	0,084	0,133	0,058
Kinderzahl ^P	0,160	0,236 *	0,276 **
Trennung von den Kindern (ja, Referenz: nein) ^B	0,057	0,100	0,173
Anzahl an PTE ^P	0,123	0,161	0,093
Physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung (genannt, Referenz: nicht genannt) ^B	0,219*	0,252*	0,110
Belastende Erfahrungen in Dtl. (genannt, Referenz: nicht genannt) ^B	-0,193	-0,052	-0,021
Zufriedenheit mit der Unterbringungssituation (eher unzufrieden, Referenz: eher zufrieden) ^B	0,004	0,051	0,131
r = Korrelationskoeffizient; ^P = nach Pearson; ^B = punktbiseriale Korrelation; * = p < 0,05; ** = p < 0,01; Dtl. = Deutschland;			

⁴⁴ Fett gedruckte Variablen sind für das multiple lineare Regressionsmodell ausgewählt. Kategoriale Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen wurden dichotomisiert, da für kategoriale Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen keine Korrelation zu einer stetigen Variablen berechnet werden kann.

8.8 LINEARE REGRESSIONSMODELLE, NICHT-STANDARDISIERTE BETA-KOEFFIZIENTEN.

	Modell Depression n=88	Modell Angststörung n=88	Modell somatoforme Störung n=89
	Beta-Koeffizienten		
Version 1			
Alter	0,004	0,020	0,025
Bildung	0,016	0,041	0,008
Kinderzahl	0,031	0,008	0,008
Herkunft (Kontinent)	0,293	0,412	0,527
Fit des Modells - R ² (p-Wert)	0,087 (0,139)	0,257 (<0,001) **	0,209 (0,001) **
Version 2			
Alter	0,004	0,020	0,025
Bildung	0,014	0,037	0,002
Kinderzahl	0,014	-0,021	-0,021
Herkunft (Kontinent)	0,428	0,653	0,793
Anzahl an PTE	0,024	0,042	0,041
Fit des Modells – R ² (p-Wert)	0,110 (0,122)	0,324 (< 0,001) **	0,254 (0,001) **
			* = p <0,05; ** = p <0,01

8.9 VERGLEICH DER AUSWERTUNGSMETHODEN DER SCORES NACH HERKUNFTSLAND.

	Depression n=88	Angststörung n=88	Somatoforme Störung n=89
	Prävalenz - n (%)		
Afghanistan			
Nach Symptomzahl	16 (50,0)	16 (50,0)	17 (53,1)
Nach Grenzwert	22 (68,8)	22 (68,8)	21 (65,6)
Eritrea			
Nach Symptomzahl	4 (30,8)	3 (23,1)	3 (23,1)
Nach Grenzwert	5 (38,5)	6 (46,2)	1 (7,7)
Iran			
Nach Symptomzahl	3 (60,0)	4 (80,0)	4 (80)
Nach Grenzwert	4 (80,0)	5 (100,0)	5 (100,0)
Somalia			
Nach Symptomzahl	3 (25,0)	3 (25,0)	2 (16,7)
Nach Grenzwert	8 (66,7)	4 (33,3)	5 (41,7)
Syrien			
Nach Symptomzahl	16 (53,3)	16 (53,3)	11 (36,7)
Nach Grenzwert	21 (70,0)	19 (63,3)	18 (60,0)

8.10 REGRESSIONSDIAGNOSTIK

Im Anschluss an die Berechnung des Modells wurde die restliche **Regressionsdiagnostik** durchgeführt. Ein Teil der Regressionsdiagnostik (Linearitätsannahme, paarweise Korrelation) wurde schon zur Auswahl des Modells durchgeführt und in den statistischen Methoden beschrieben (Kapitel 3.4). Die Regressionsdiagnostik dient dazu, die Entscheidung für ein lineares Modell zu überprüfen und die Aussagekraft des Modells einzuschätzen. Es existieren vier Annahmen, die erfüllt sein sollten, damit ein lineares Regressionsmodell angewendet werden kann und Aussagekraft hat. Zu diesen Annahmen gehören die Linearitätsannahme, die Homoskedastizitätsannahme, die Annahme über Normalverteilung des Fehlerwertes und die Multikollinearitätsannahme⁴⁵. (160, 163)

Die Linearitätsannahme verlangt einen linearen Zusammenhang zwischen jeder erklärenden Variablen und den abhängigen Variablen (Scores) (160). Mit Streudiagrammen wurde der Zusammenhang untersucht. Für die Variablen *Alter*, *Bildung*, *Kinderzahl* und *Anzahl an PTE* zeigt sich mit allen drei Scores ein positiver linearer Zusammenhang. Für die *Herkunft nach Kontinent* lässt sich ebenfalls ein Zusammenhang zu den Scores erkennen. Da es sich im Regressionsmodell bei der *Herkunft*⁴⁶ um eine binäre Variable handelt, ist der Zusammenhang im Streudiagramm nur eingeschränkt beurteilbar.

Die Annahme der Multikollinearität ist äußerst aufwendig zu überprüfen. Nach Inanspruchnahme der statistischen Beratung wurde statt der Multikollinearität die paarweise Korrelation herangezogen geprüft⁴⁷. Die paarweise Korrelation zwischen den Variablen sollte möglichst niedrig sein (160). Es soll ausgeschlossen sein, dass ein starker Zusammenhang im Modell vorgetäuscht wird (160). Denn es wäre denkbar, dass lediglich ein Zusammenhang zu einer anderen erklärenden Variablen (z.B. zwischen Alter und Kinderzahl) besteht, aber kein Zusammenhang zur abhängigen Variablen (z.B. zwischen Kinderzahl und Score)⁴⁸.

⁴⁵ In dieser Arbeit wurde lediglich die paarweise Korrelation (Inter-Itemkorrelation) überprüft.

⁴⁶ Die *Herkunft* ist als Dummy-Variable kodiert, d.h. sie hat zwei Ausprägungen: Ostafrika und Naher/Mittlerer Osten.

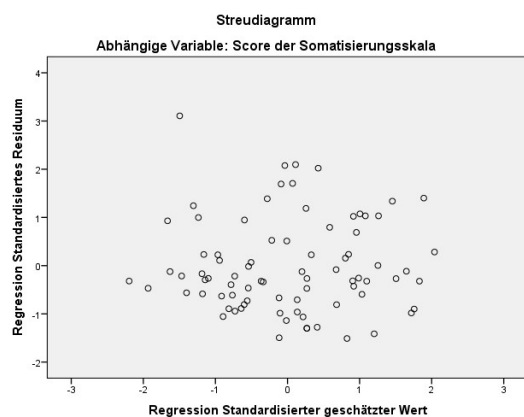
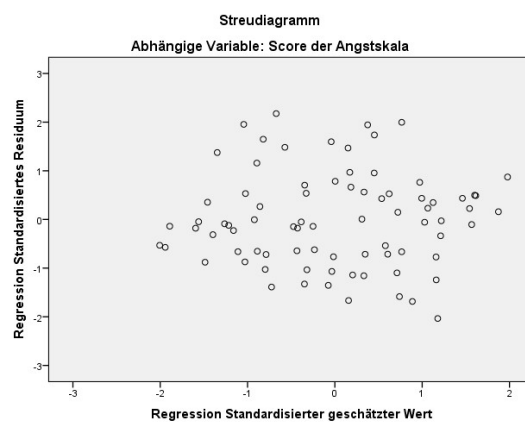
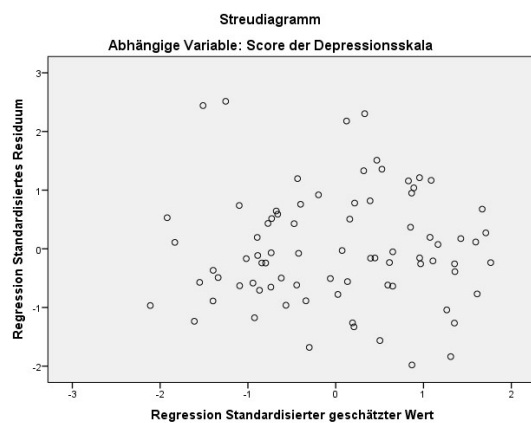
⁴⁷ In Absprache mit Statistiker des IMBEI.

⁴⁸ Beispiel: Dann würden im Modell Alter und Kinderzahl einen Zusammenhang zum Score zeigen, obwohl lediglich das Alter einen tatsächlichen Zusammenhang zum Score hat.

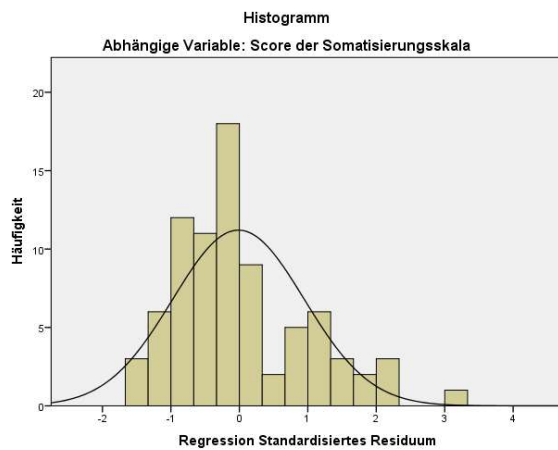
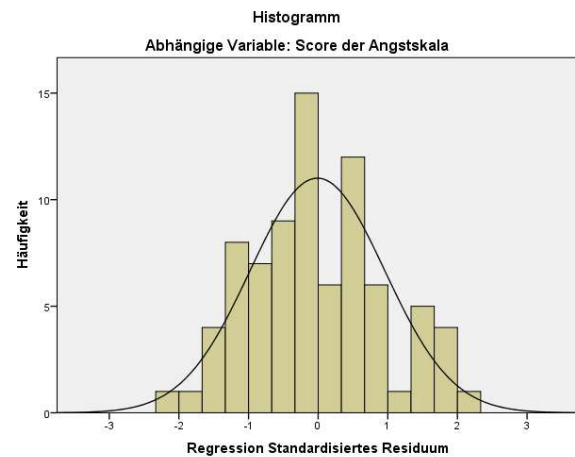
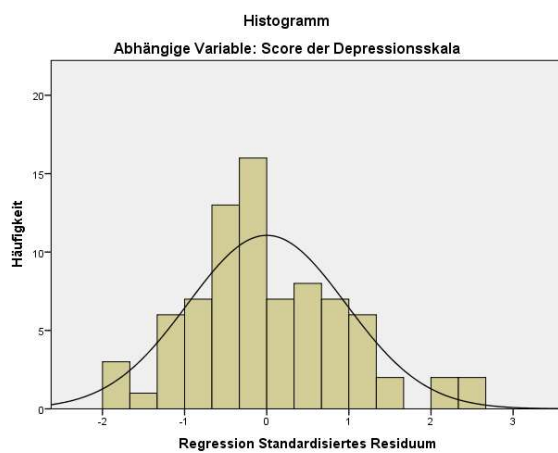
Tabelle zur Inter-Itemkorrelation, n=92.

	Alter	Bildung	Kinderzahl	Herkunft (Kontinent)	Anzahl an PTE
Alter in Jahren	1,000				
Bildung in Jahren	-0,031	1,000			
Kinderzahl	0,708	-0,178	1,000		
Herkunft (Kontinent)	0,357	0,074	0,448	1,000	
Anzahl an PTE	-0,090	0,130	-0,070	-0,083	1,000

Die Homoskedastizitätsannahme verlangt, dass die Fehlerwerte bzw. die standardisierten Residuen in einem Streudiagramm mit den standardisierten geschätzten Werten zufällig verteilt sind (160). Beides lässt sich mit einem Streudiagramm abschätzen und dient dazu Störvariablen zu erkennen. Die Homoskedastizitätsannahme trifft auf alle drei Modelle (Scores) zu.



Die Annahme über Normalverteilung des Fehlerwertes verlangt, dass die Fehlerwerte bzw. die standardisierten Residuen der abhängigen Variablen im Modell annähernd normalverteilt sind (160). Die standardisierten Residuen im Modell Angststörung und somatoforme Störung sind annähernd normalverteilt. Die standardisierten Residuen im Modell Depression (Version 1) unterscheiden sich hauptsächlich durch die negativen Residuen von der Normalverteilung, d.h. durch eine Überschätzung der Scores durch das Modell. Das heißt die Normalverteilungsannahme des Fehlerwertes ist nicht gänzlich erfüllt.



Die Regressionsdiagnostik hat gezeigt, dass die Linearitätsannahme, die Homoskedastizitätsannahme, die Annahme zur paarweisen Korrelation mit Einschränkungen (zwischen Alter und Kinderzahl) und die Normalverteilungsannahme der Fehlerwerte (ausgenommen im Modell Depression) erfüllt sind. Das bestätigt die Eignung eines linearen Regressionsmodells zur Beschreibung und Analyse der vorliegenden Daten (mit Einschränkung beim Modell Depression).

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Stephan Letzel, meinem zweiten Gutachter Herrn Dr. Jörg Wiltink und meinen Betreuerinnen Frau Dr. Renate Kimbel und Frau Ulrike Zier für die ausgezeichnete Betreuung bei der Umsetzung der gesamten Arbeit.

Ich danke meinen Betreuern und Betreuerinnen für ihre zahlreichen Korrekturen, Denkanstöße, Beratung bei der statistischen Auswertung und für ihre Begeisterung, mit der sie die *Female Refugee Study* am Standort Mainz begleitet haben.

Den Statistikern des Institutes für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz danke ich für ihre statistische Beratung.

Des Weiteren möchte ich den wissenschaftlichen Hilfskräften meinen Dank äußern, die die Interviews für die vorliegende Untersuchung mit den Teilnehmerinnen durchgeführt haben. Ohne ihren Einsatz und ihre sprachlichen und kulturellen Fähigkeiten wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Für die Durchsicht und Korrektur der Arbeit danke ich meinem Vater.

Meinen Eltern, meiner Schwester, meiner Tante und meinem Verlobten danke ich für ihre Unterstützung, Ermutigung und Zuspruch während des Studiums und der Arbeit an dieser Dissertation.

Mein größter Dank gilt jedoch allen befragten, geflüchteten Frauen, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Ich danke Ihnen für ihren Mut an der *Female Refugee Study* teilzunehmen und wünsche Ihnen für ihre Zukunft alles Gute.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name Helena Katharina Eikenbusch
Geburtsort, -datum Bad Kreuznach, 02.12.1990
Kontakt helena.eikenbusch@gmail.com

Bildung

Seit 07.2019 Assistenzärztin in der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie, St.-Josefs-Hospital, Wiesbaden
Seit 04.2017 Promotion am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
09.2014-01.2015 Auslandssemester an der Université de Bourgogne, Dijon, Frankreich
04.2012-07.2019 Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
02.-03.2012 und 09.2012 Ausbildung zur Rettungssanitäterin beim Deutschen Roten Kreuz, Mainz
10.2011-01.2012 Pflegepraktikum im Krankenhaus St. Marienwörth, Bad Kreuznach
08.2010-08.2011 Entwicklungspolitischer Freiwilligendienst in der Diakonie Tandala - Ausbildungsstätte für Menschen mit Behinderung, Tandala, Tansania
03.2010 Erlangung der allgemeinen Hochschulreife an der Alfred Delp-Schule, Hargesheim