



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hamburg University of Applied Sciences

Gesundheitsdeterminanten der Unterbringungsverfahren für Flüchtlinge.

In wie weit sind geflüchtete Frauen in Gemeinschaftsunterkünften
gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt?

Bachelor Arbeit

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von

Meerim Beisheeva

Matrikel Nummer: XXXXXXXXXX

Hamburg

am 11. April 2017

Erstgutachterin: Prof.in Dr.in Christine Färber

Zweitgutachterin: Dr.in Angelica Ensel

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	3
Einleitung.....	5
1. Begriffsklärungen.....	7
2. Aktuelle Zahlen zu Flucht und Asyl.....	8
2.1. Geschlechterbezogene Unterschiede in Asylantragszahlen	10
3. Frauen im Asylverfahren.....	11
4. Grundlagen der Flüchtlingsunterbringung in Deutschland	14
4.1. Gemeinschaftsunterbringung.....	16
4.1.1. Dezentrale Unterbringung.....	21
4.2. Fazit	27
5. Determinanten von Gesundheit	28
5.1. Gesundheitsdeterminanten der Unterbringungsverfahren.....	31
5.1.1. Wohnsituation	31
5.1.2. Arbeitssituation	32
5.1.3. Residenzpflicht	33
5.1.4. Defizite der Gesundheitsversorgung.....	34
5.1.5. Dauer und Unsicherheit des Asylverfahrens.....	37
6. Fragestellung und Methodik der qualitativen Erhebung.....	40
6.1. Methodik	41
6.2. Auswahl der Interviewteilnehmerinnen	42
6.3. Leitfragen.....	42
6.4. Materialauswertung.....	44
7. Darstellung der Ergebnisse	45
7.1. Ergebnisse.....	46
7.1.1. Thema Wohnsituation (Einschätzung der eigenen Wohnsituation)	46
7.1.2. Thema Wohnsicherheit (unmittelbare Wohnumgebung/ Einrichtungsumgebung)	49

7.1.3. Thema Gesundheit	50
7.1.4. Thema Verbesserungsvorschläge.....	51
7.2. Zusammenfassung.....	52
8. Diskussion	54
8.1. Methodendiskussion	54
8.2. Ergebnisdiskussion	55
9. Schlussbetrachtung und Empfehlungen.....	55
Abkürzungsverzeichnis	59
Literaturverzeichnis	60
Anhänge.....	67
Anhang 1: Interviewleitfaden	67
Anhang 2: Gesamtauswertung.....	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Entwicklung der Asylantragszahlen seit 1995.....	9
Abbildung 2 Hauptherkunftsländer der Asylsuchenden Menschen vom Januar- Februar 2017	10
Abbildung 3 Asylanträge nach Altersgruppen und Geschlecht im Zeitraum Januar-Februar 2017.....	11
Abbildung 4 Vollverpflegung in Unterkünften für Asylsuchende.....	15
Abbildung 5 Blick in ein Drei-Bett-Zimmer der Gemeinschaftsunterkunft	19
Abbildung 6 Flüchtlingsunterkunft in Hamburg-Bahrenfeld.....	19
Abbildung 7 Kriterien für Auszug aus der Gemeinschaftsunterbringung nach Bundesländern	24
Abbildung 8 Grafik der Gesundheitsdeterminanten.....	29
Abbildung 9 Zufriedenheit mit Wohnbedingungen der geflüchteten Frauen.	32
Abbildung 10 Dauer der Asylverfahren nach TOP 15 Herkunftsländern im Zeitraum im Jahr 2015	39
Abbildung 11 Infografik. Flüchtlinge in Essen: Von der Zuweisung zur Integration	40
Abbildung 12 Sozialdemografische Daten der Interviewteilnehmerinnen.....	45
Abbildung 13 Gesamtauswertung der qualitativen Erhebung.....	69

„Ich wünsche mir, dass das Leben in Gemeinschaftsunterkünften fröhlicher und angenehmer ist. So, dass man nicht das Gefühl hat in einem Lager zu wohnen. Als ob man auch in einem normalen Haus wohnen würde.“

Lulae (Bewohnerin einer Gemeinschaftsunterkunft in Hamburg)

Einleitung

Für die Versorgung der asylsuchenden Menschen sind in Deutschland die Bundesländer und Kommunen zuständig. Die Unterbringung in Gemeinschaftsunterbringungen stellt dabei eine der häufigsten Formen der Unterbringung für AsylbewerberInnen dar. Dort leben die Menschen „... bis zu sechs Monate lang oder bis zur Entscheidung ihres Antrags ...“ (vgl. BAMF, 2017). Das Zusammenleben vieler Menschen aus unterschiedlichen Ländern, mit deren unterschiedlichen kulturellen Besonderheiten, und mitgebrachten bisherigen individuellen Lebensstilen sowie Erfahrungen, stellt die Betroffenen in den Gemeinschaftsunterkünften auf die Probe. Bei ihrem Wunsch nach Schutz und einem friedlichen Leben kommt die Ungewissheit hinzu, wann sie überhaupt aus diesen Unterkünften ausziehen können. Es lässt sich beobachten, dass die Mehrheit der Asylsuchenden Menschen Männer sind. Frauen stellen nur ein Drittel der Asylanträge beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (vgl. BAMF, 2017). Die Wohnbedingungen der Gemeinschaftsunterkünfte mit zentralen Sanitär-, und Essensräumen sowie mit gemeinsamen Wohnräumen, die kaum Raum für Privatsphäre lassen, belasten insbesondere die Frauen und Kinder. Denn die Familien müssen oft die Wohnräume mit anderen Familien teilen. Zudem müssen die Frauen und Kinder nachts raus zu den Sanitäreinrichtungen, die sich einige Meter entfernt von den Wohnräumen befinden (vgl. Interviews S. 45 ff., vorliegende Arbeit). Bei der Arbeit als Dolmetscherin, im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden in Asylbewerberunterkünften, begegnen der Autorin der vorliegenden Bachelor-Thesis oft Menschen, die ihre Wohnsituation als belastend empfinden. Häufig berichten besonders Frauen über ihre Unsicherheits-, und Angstgefühle, wenn sie beim Einbruch der Dunkelheit in die zentralen Sanitärräume gehen, weil sie von fremden Männern belästigt werden. Zahlreiche öffentliche, gemeinnützige Organisationen und Zeitungsartikel thematisieren die prekäre Lage der Frauen in Asylunterkünften. So äußert sich beispielsweise die Grünen Politikerin Brantner in einem Artikel der „Welt“, darüber, dass das Thema Frauenrechte lange Zeit als Luxusproblem in Deutschland verkannt wurde und appelliert für Gewaltprävention auch in Flüchtlingsunterkünften (vgl. Peters, 2016).

Laut der Angabe der Bundesregierung zum Thema Integration geflüchteter Frauen und Mädchen: „Bisher liegen – wie für Flüchtlinge insgesamt – keine umfassenden Erkenntnisse über die Lebenssituation von geflüchteten Frauen und Mädchen“ (Bundesregierung 2016, S.1). Dies kann unter anderem daran liegen, dass sich der Zugang zu dieser Zielgruppe aufgrund der Fremdsprachlichkeit und der unterschiedlichen Kulturgewohnheiten in der Abfragemethode schwer gestaltet (vgl. BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche 2004, S. 19).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Untersuchung von gesundheitsbelastenden Faktoren für geflüchtete Frauen, die aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität eine besonders belastete Personengruppe darstellen, zu ermitteln. Wenn in Deutschland, einem der wohlhabendsten Länder der Welt (vgl. Ulrich, 2016), Frauen in Asylunterkünften wenig Sicherheit und Schutz erfahren können, ist es kaum vorstellbar, wie tief belastend die Situation der geflüchteten Frauen in anderen Ländern der Welt ist. Es sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass die Zahl der Frauen auf der Flucht weit höher ist, als die in Deutschland ankommende Anzahl. Die UN-Flüchtlingshilfe weist darauf hin, dass „mindestens 50 Prozent aller Flüchtlinge Frauen und Mädchen sind“ (vgl. UNO-Flüchtlingshilfe 2016).

In der vorliegenden Abschlussarbeit ermittelt die Autorin, ausgehend aus einer teilnehmenden Beobachtung während ihrer Tätigkeit als Dolmetscherin und anhand einer qualitativen Untersuchung, die Gesundheitsdeterminanten der Unterbringungsverfahren. Untersuchungsgegenstand ist die Frage „In welchem Maße sind die geflüchteten Frauen in Gemeinschaftsunterbringungen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt?“

Im ersten Kapitel wird auf die Begriffsklärungen eingegangen. Das zweite Kapitel beschreibt die aktuellen Statistiken zum Thema Asyl in Deutschland. Im anschließenden dritten Kapitel werden die rechtlichen Grundlagen zu Asyl in Deutschland dargestellt. Dieses Kapitel umfasst die Themen: Frauen im Asylverfahren und Unterbringungsbezogene Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Der Fokus beschränkt sich hierbei auf zwei Hauptformen: die Gemeinschafts-, und dezentralen Unterbringungsverfahren. Darauf aufbauend im vierten Kapitel werden die ausgewählten Determinanten (Einflussfaktoren) der Unterbringungsverfahren auf die Gesundheit der geflüchteten Menschen aus

gesundheitswissenschaftlicher Sicht beleuchtet. Die Darstellungen erfolgen dabei auf der Grundlage des gesundheitswissenschaftlichen Modells der Einflussfaktoren auf die Gesundheit, den „Gesundheitsdeterminanten“ nach Dahlgren und Whitehead (1991) und einer Literaturrecherche (vgl. Richter & Hurrelmann, 2015).

Darauf aufbauend im empirischen Teil, wird die ausgewählte Untersuchungsmethode erläutert. Die Wahl der Untersuchungsmethode wird begründet und die Vorgehensweise während der Untersuchungs-, und der Auswertungsphase wird erläutert. Das anschließende sechste Kapitel stellt die Ergebnisse der geführten Untersuchung dar.

Das siebte Kapitel diskutiert die Untersuchungsmethode und -ergebnisse kontrovers. Abschließend im Fazit werden die Ergebnisse auf die Hauptfragestellung zurückgeführt und zusammengefasst sowie Empfehlungen aus Sicht der Autorin benannt.

1. Begriffsklärungen

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe *Flüchtlinge* und *Asylsuchende* in ihrer Bedeutung oft gleichgesetzt (vgl. UNHCR, 2016). Im Folgenden werden die Unterschiede der beiden Hauptbegriffe erläutert.

Flüchtling: Nach Völkerrechtlichen Bestimmungen sind *Flüchtlinge* Menschen, die „auf Grund äußerlicher Einflüsse“ aus ihrem Heimatland fliehen müssen. Während es sich bei „*Migrant Innen*“ um Menschen handelt, die aus eigenem Antrieb ihr Land verlassen haben (vgl. BMZ, 2017). Flüchtlinge können vorübergehenden Schutz in jenen 145 Ländern der Welt bekommen, von denen die international geltende Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) unterschrieben wurde (vgl. Das Portal Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 2017) Die Konvention bietet eine Grundlage für den Flüchtlingsschutz. Darin haben sich die Länder geeinigt den Flüchtlingen Schutz zu gewähren. Hierfür wurden Rechtsbestimmungen definiert an denen die Länder sich orientieren. Zusätzlich wurden und werden immer auch landeseigene Verfahren für die Überprüfung der Schutzbedürftigkeit festgelegt. Nach der Rechtsbestimmung der GFK ist ein Flüchtling jene Person, die sich „... 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“ (UNHCR 2011, S.7). So gelten nach der Genfer Flüchtlingskonvention als *anerkannte Flüchtlinge*, jene Personen, die nach Abschluss eines Asylverfahrens den Flüchtlingsschutz erhalten (vgl. BAMF 2016).

Asylsuchende: Wenn man das Wort „Asyl“ aus etymologischer Sicht betrachtet, stammt das Wort „... aus dem Griechischen und bedeutet "Heim", "Unterkunft" und "Zufluchtsstätte“ (vgl. Informationsportal Hinausland, 2017). Für die Überprüfung der Schutzbedürftigkeit berufen sich die Staaten neben den GFK Rechtsbestimmungen auf eigene Anerkennungsverfahren. In der Bundesrepublik Deutschland ist dies das Asylverfahren. „Das Anerkennungsverfahren für Asylsuchende ist im Wesentlichen im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) festgelegt“ (vgl. BMI 2016). Für die Aufnahme und die Bearbeitung der Asylanträge in Deutschland ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zuständig. Demzufolge sind *Asylsuchende* Personen, die vorhaben einen Asylantrag zu stellen und die noch nicht als Asylantragstellende beim BAMF erfasst sind. *Als Asylantragstellende* unterscheidet das Bundesamt die AsylbewerberInnen, die sich im Asylverfahren befinden und deren Verfahren noch nicht entschieden wurde. Die Personen, die nach dem Asylverfahren eine Asylberechtigung, einen Flüchtlingsschutz oder einen subsidiären Schutz erhalten haben oder infolge eines Abschiebeverbots in Deutschland bleiben dürfen, gelten als *Schutzberechtigte* sowie *Bleibeberechtigte* (vgl. BAMF 2016).

2. Aktuelle Zahlen zu Flucht und Asyl

Im Folgenden werden die Zahlen der Asylanträge und deren Entwicklung seit dem Jahre 1995 dargestellt und beschrieben. Besonders interessant ist die genauere Betrachtung der Entwicklungszahlen im Jahre 2016. Zudem werden die Herkunftsländer erfasst und gender-differenziert analysiert.

Seit 1995 bis zum derzeit erfassten Stand gab es einen enormen Anstieg der Asylantragszahlen. In der Abbildung 1 (siehe unten) ist deutlich zu erkennen, dass in den Jahren 1995-2001 die Zahl der insgesamt gestellten Anträge im sechsstelligen Bereich lag. Zwischen 2002 und 2012 war die Zahl nur im fünfstelligen Bereich. Im Jahre 2008 kam es zu einem Tiefpunkt der Antragszahlen, jedoch folgte in den nächsten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg, bis es 2013 wieder zu der Überschreitung des sechsstelligen Bereiches kam. Seitdem ist ein enorm großer Zuwachs zu erkennen. Geschuldet den militärischen Auseinandersetzungen und der großen Flüchtlingswelle, war 2016 mit 702.492 verzeichneten Erstanträgen das Rekordjahr. Dieses bedeutet eine Erhöhung im Vergleich zum Jahr 2015 um 70,1%. Die Zahl von 476.649 Anträgen im Jahr 2015 spricht ebenfalls für sich. In der monatlichen Betrachtung lässt sich ein Rückgang von November 2016 im Vergleich zum Oktober 2016 erkennen. Im laufenden Berichtsjahr 2017 ist ein weitläufiger Rückgang der Asylantragszahlen (33.475) um 71,5% im Vergleich zu 2016 (745.545) zu erkennen. Im bisherigen Berichtsjahr sind insgesamt 37.074 Asylanträge beim Bundesamt eingegangen, dies zeigt einen deutlichen Rückgang zum Vorjahr um 69,3% (vgl. BAMF 2017, S. 4).

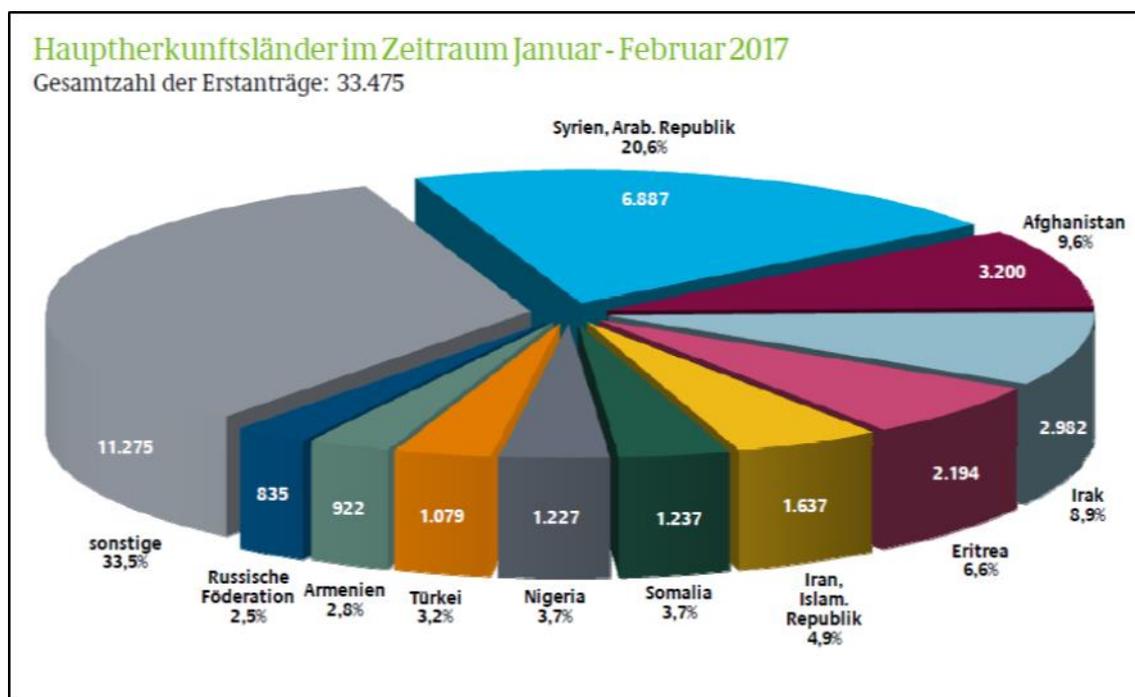
Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995				Entwicklung der monatlichen Asylantragszahlen im Jahr 2017			
ZEITRAUM	ASYLANTRÄGE			ZEITRAUM	ASYLANTRÄGE		
	Insgesamt	davon Erstanträge	davon Folgeanträge		Insgesamt	davon Erstanträge	davon Folgeanträge
1995	166.951	127.937	39.014	Jan 2017	17.964	16.057	1.907
1996	149.193	116.367	32.826	Feb 2017	16.568	14.951	1.617
1997	151.700	104.353	47.347	Mrz 2017			
1998	143.429	98.644	44.785	Apr 2017			
1999	138.319	95.113	43.206	Mai 2017			
2000	117.648	78.564	39.084	Jun 2017			
2001	118.306	88.287	30.019	Jul 2017			
2002	91.471	71.127	20.344	Aug 2017			
2003	67.848	50.563	17.285	Sep 2017			
2004	50.152	35.607	14.545	Okt 2017			
2005	42.908	28.914	13.994	Nov 2017			
2006	30.100	21.029	9.071	Dez 2017			
2007	30.303	19.164	11.139				
2008	28.018	22.085	5.933				
2009	33.033	27.649	5.384				
2010	48.589	41.332	7.257				
2011	53.347	45.741	7.606				
2012	77.651	64.539	13.112				
2013	127.023	109.580	17.443				
2014	202.834	173.072	29.762				
2015	476.649	441.899	34.750				
2016	745.545	722.370	23.175				
Jan-Feb 2017	37.074	33.475	3.599				

Die Monatswerte können wegen evtl. nachträglicher Änderungen nicht zu einem Jahreswert addiert werden.

Abbildung 1 Entwicklung der Asylantragszahlen seit 1995 .

(BAMF 2017, S. 4)

Wenn man die Asylantragszahlen nach Herkunftsländern betrachtet, bleibt wie im Jahr 2016 (mit 60.661 Erstanträgen) (vgl. BAMF 2016, S 8), nach wie vor Syrien mit 6.887 Erstanträgen an der Spitze der letzten zwei Monate des laufenden Jahres (dies entspricht 20 %). Zweit häufigstes Herkunftsland der asylantragstellenden Personen in diesem Zeitraum war Afghanistan mit 9,6% der gesamten Asylanträge. Die Erstasylanträge aus diesem Land sind im Vergleich zum Vorjahr sogar angestiegen. Irak belegte das dritthäufigste Herkunftsland der Asylantragstellenden mit 8,9%. Es fällt auf, dass aus der Russischen Föderation ebenfalls Asylanträge in diesem Zeitraum gestellt wurden (mit einem Anteil von 2,5%).



[Abbildung 2 Hauptherkunftsländer der Asylsuchenden Menschen vom Januar- Februar 2017](#)

(BAMF 2017, S. 8)

2.1. Geschlechterbezogene Unterschiede in Asylantragszahlen

Wichtig für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit ist die Aufteilung der Asylantragszahlen in weibliche und männliche Antragsteller. Hierbei fällt deutlich auf, dass insgesamt mehr Männer als Frauen Anträge stellen (vgl. Abbildung 3). Fast zwei Drittel der Erstanträge werden von Männern gestellt. Auffällig ist das Auseinanderklaffen der Zahlen im Alter von 11 bis unter 16 Jahre. Hier ist die männliche Anzahl fast doppelt so hoch. Am markantesten ist die Zahl von 16 bis

unter 18 Jahre. Hierbei liegt der prozentuale Anteil männlicher Antragsteller innerhalb der Altersgruppe bei 79,1%, während der prozentuale Anteil der weiblichen Antragstellerinnen innerhalb der Altersgruppe bei 20,9% liegt. Insgesamt sind 73,9% aller männlichen und weiblichen Antragstellerinnen jünger als 30 Jahre (vgl. BAMF 2017, S.7).

Asylerstanträge nach Altersgruppen und Geschlecht im Zeitraum Januar - Februar 2017								
Altersgruppen	Asylerstanträge						prozentualer Anteil männlicher Antragsteller innerhalb der Altersgruppen	prozentualer Anteil weiblicher Antragsteller innerhalb der Altersgruppen
	insgesamt		Aufteilung der männlichen Antragsteller nach Altersgruppen		Aufteilung der weiblichen Antragsteller nach Altersgruppen			
bis unter 4 Jahre	5.719	17,1%	2.998	14,1%	2.721	22,4%	52,4%	47,6%
von 4 bis unter 6 Jahre	1.032	3,1%	543	2,5%	489	4,0%	52,6%	47,4%
von 6 bis unter 11 Jahre	2.130	6,4%	1.130	5,3%	1.000	8,2%	53,1%	46,9%
von 11 bis unter 16 Jahre	1.801	5,4%	1.089	5,1%	712	5,9%	60,5%	39,5%
von 16 bis unter 18 Jahre	2.171	6,5%	1.718	8,1%	453	3,7%	79,1%	20,9%
von 18 bis unter 25 Jahre	7.531	22,5%	5.645	26,5%	1.886	15,5%	75,0%	25,0%
von 25 bis unter 30 Jahre	4.355	13,0%	3.029	14,2%	1.326	10,9%	69,6%	30,4%
von 30 bis unter 35 Jahre	3.147	9,4%	1.979	9,3%	1.168	9,6%	62,9%	37,1%
von 35 bis unter 40 Jahre	2.149	6,4%	1.297	6,1%	852	7,0%	60,4%	39,6%
von 40 bis unter 45 Jahre	1.259	3,8%	745	3,5%	514	4,2%	59,2%	40,8%
von 45 bis unter 50 Jahre	824	2,5%	467	2,2%	357	2,9%	56,7%	43,3%
von 50 bis unter 55 Jahre	536	1,6%	301	1,4%	235	1,9%	56,2%	43,8%
von 55 bis unter 60 Jahre	355	1,1%	161	0,8%	194	1,6%	45,4%	54,6%
von 60 bis unter 65 Jahre	218	0,7%	109	0,5%	109	0,9%	50,0%	50,0%
65 Jahre und älter	248	0,7%	102	0,5%	146	1,2%	41,1%	58,9%
Insgesamt	33.475	100,0%	21.313	100,0%	12.162	100,0%	63,7%	36,3%

Abbildung 3 Asylanträge nach Altersgruppen und Geschlecht im Zeitraum Januar-Februar 2017

(BAMF 2017, S.7)

3. Frauen im Asylverfahren

Die Rechtsbestimmungen für Asylanträge werden durch das binnenstaatliche Asyl-, und Ausländerrecht in Anlehnung an die völkerrechtlichen Flüchtlingsrechte der Genfer Flüchtlingsrechtskonvention (GFK) von 1951 definiert (vgl. Humanrights.ch e.V. 2016). Lange Zeit wurde den Frauen in der Migration und folglich auch im Asylverfahren kaum eine individuelle Bearbeitung ihres Fluchtanliegens zugesprochen. So wurden „[...] Mädchen und Frauen sowohl von der Politik als auch von der Wissenschaft allenfalls als Anhängsel betrachtet“ (vgl. Treibel 2008, S. 306).

Demnach galten die Frauen lediglich als begleitende Personen, die kaum die Möglichkeit hatten, sich zu der Frage zu äußern, ob ihre Flucht mit ihrem Mann freiwillig war.

Hinzu kommt, dass geschlechtliche Zugehörigkeit und damit verbundene Fluchtgründe im Asylverfahren nicht anerkannt wurden und werden. Denn das international geltende Genfer Flüchtlingsabkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge akzeptiert als begründete Fluchtgründe einer Person, die Verfolgung wegen der Rasse, Religion, Nationalität, der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung, die sich außerhalb des eigenen Landes befindet. Diese Rechtsstellung macht kaum deutlich, ob die genannte „Zugehörigkeit einer bestimmten Personengruppe“ auch geschlechtliche Zugehörigkeit einschließt (vgl. UNHCR- Der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen. Amt des Vertreters in der Bundesrepublik Deutschland 2011). Wie schon von zahlreichen Gemeinnützigen-, und Menschenrechtsorganisationen kritisiert, finden die frauenspezifischen Fluchtgründe kaum eine Rechtsgültigkeit in diesem grundlegenden Abkommen. Ein Beispiel hierfür sind die EFB: Evangelische Frauen in Bayern. Es handelt sich hierbei um einen Zusammenschluss evangelischer Frauen, die sich als „gesellschaftliches Sprachrohr“ sehen. Sie befassen sich mit den gesellschaftlichen frauenspezifischen Themen und geben Impulse. Ein Beispiel hierfür ist der Studientag, den sie am 9. Mai 2016 mit dem Titel „Flucht ist (auch) weiblich“ veranstaltet haben (Evangelische Frauen in Bayern e.V. 2016, S.1).

Und doch gibt es frauenspezifische Fluchtgründe. Frauen unterliegen häufig einer physiologischen, psychischen und sexuellen Gewalt. Unterteilen lassen sich diese Phänomene in:

- den familiären Bereich: Misshandlungen, sexuellen Missbrauch von Erwachsenen oder Kindern, Vergewaltigung in der Ehe, Genitalverstümmelung und Brustbügeln bei Mädchen, Mitgiftmorde, Ehrenmorde, Kinderehen, Zwangsheirat und andere gegen Frauen gerichtete traditionelle Praktiken und
- den gesellschaftlichen Bereich: allgemein verbreitete Vergewaltigungen und sexueller Missbrauch, Menschenhandel, Zwangsprostitution, Zwangseingriffe in die persönlichen Reproduktionsrechte, erzwungene Abtreibungen, Sterilisierungen oder Schwangerschaften, alle Menschenrechtsverletzungen,

die unter Umständen systematisch als Teil von Kriegshandlungen eingesetzt werden (vgl. Sunjic 2012, S. 170).

Einer der Meilensteine für die Verbesserung der Lage von Flüchtlingsfrauen wurden im Zusammenhang mit den Verpflichtungen des Hochkommissars - UNCHR vom 2011 gegenüber Flüchtlingsfrauen gestellt. Nach diesem Abkommen verpflichtet sich der UNCHR unter anderem, dass die Frauen individuell registriert werden und nicht nur als Familienmitglied. Die Frauen sollen eigene Dokumente bekommen, damit der Zugang zu Hilfsleistungen verbessert wird und sie zusätzlich unabhängiger sind (vgl. Sunjic 2012, S. 163).

Inzwischen gehören Mädchen, Frauen und die „sexuelle Orientierung“ in die „... bestimmte soziale Gruppe“ der Schutzbedürftigen. Und eine Verfolgung nach Bestimmungen der GFK ist gegeben, wenn der Staat nicht in der Lage oder willens ist, die Betroffenen vor ihren privaten Verfolgern (Ehemännern, Brüder oder Vätern) zu schützen“ (vgl. Wessels 2015, S. 8). Dennoch bewirkt diese Veränderungen in der Rechtsbestimmung nicht ausreichend angemessene Analysen der Asylanträge von Frauen. Die Anhörungssituation ist mit vielseitigen Hürden verbunden. Obwohl diese Phase vom Asylverfahren als eine der zentralen betrachtet werden kann. Es fängt bereits mit der Tatsache an, dass sie ihre Erlebnisse vor fremden Menschen, z. B. des/der Sachbearbeiters/in und des/der Dolmetschers/in schildern muss. Wenn diese Personen beide männlich sind, was häufig der Fall ist, ist die Frau in der Schilderung ihrer tatsächlichen Ergebnisse wesentlich zurückhaltender. So gewinnt die Frau erst nach und nach Vertrauen und die Gewohnheit einer solchen Konstellation ergibt sich bei der zweiten Anhörung. Somit kann sie dann erst ausführlichere Angaben zur ihrem Fluchtgrund machen. Das kann aber von dem/der Sachbearbeiter/in als widersprüchlich angesehen werden und die Glaubwürdigkeit der Frau verhängnisvoll in Frage stellen (vgl. Wessels 2015, S. 9). Nicht selten sind bei der Anhörung die Familienmitglieder mit dabei. Wie soll eine Mutter über ihr Leid vor ihrem Kind offen reden? Allein die schweren Erlebnisse zu Wort zu bringen erfordert von der traumatisierten Frau viel Kraft und Mut. Dies wird von dem großen Angstgefühl begleitet, wieder in diese Zeit zurückversetzt zu sein, erzählt die Mehrheit der Asylantinnen in den Trauma-Sprechstunden (dies sind Ergebnisse aus der teilnehmenden Beobachtung der Autorin während der Arbeit als Dolmetscherin).

Zusammenfassend zu diesem Kapitel lässt sich sagen, dass es Verbesserungen in der Rechtsbestimmung im Asylverfahren für Frauen gegeben hat (vgl. Sunjic 2012, S. 163-174). Es verbleiben jedoch weiterhin mehrere Mängel in der Gestaltung und Umsetzung der Asylverfahren (vgl. Wessels 2015, S. 8-10). Anhand dieser Darstellungen wird deutlich, wie entscheidend die Abläufe von Asylverfahren sind.

4. Grundlagen der Flüchtlingsunterbringung in Deutschland

Der Beginn einer Flüchtlingsunterbringung ist die Aufnahmeeinrichtung. Anschließend erfolgt die Verteilung in Gemeinschaftsunterbringungen oder die dezentrale Unterbringung (vgl. Wendel 2014, S. 8).

Nach §47 Abschnitt 1 des Asylgesetzes gilt: „Ausländer, die den Asylantrag bei einer Außenstelle des Bundesamtes zu stellen haben (§14 Abs. 1 AsylVfG), sind verpflichtet, bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zu sechs Monaten, in der für ihre Aufnahme zuständigen Aufnahmeeinrichtung zu wohnen.“ (§47 Abs. 1 AsylVfG). Es gibt eine Ausnahme für AntragstellerInnen die besonders schutzbedürftig sind. Sie werden in gesonderten Unterkünften untergebracht (vgl. Wendel S. 57). Falls der Prozess des Asylantrags länger als drei Monate dauert, werden die AntragstellerInnen gewöhnlich in Gemeinschaftsunterkünften einquartiert. Die Bundesländer können für sich entscheiden, wie sie diese gestalten. Grundlegend erfolgt die Unterbringung aus Kostengründen und Kapazitäten in Lagern, statt in dezentralen Unterbringungen. Sobald über den Asylantrag entschieden wurde und sie Asyl bekommen, oder eine Aufenthaltsbefugnis bekommen haben, dürfen sie die Gemeinschaftsunterkunft verlassen und eine eigene Wohnung beziehen. Allerdings müssen sie nachweisen, dass durch diese Unterkunft keine Mehrkosten für den Staat entstehen. Menschen, die den Titel einer Duldung erhalten, dürfen die Gemeinschaftsunterbringung für gewöhnlich nicht verlassen (§47 Abs. 1 AsylVfG).

Vor 1980 durften die AntragstellerInnen selbst wählen, wo sie wohnen wollten. Danach erfolgte eine Änderung der Zuteilung der Unterkünfte. Damals hatten AsylbewerberInnen von Beginn an eine Arbeitserlaubnis, die es ihnen möglich machen konnte, ihre Miete eigenständig zu finanzieren. Durch die entzogene Arbeitserlaubnis waren Asylsuchende seither vom Staat und dessen Entscheidungen

abhängig. Dies bedeutete eine deutliche Verschlechterung der Situation. Bis heute berücksichtigt die Verteilung in die Gemeinschaftsunterkünfte keine familiären und freundschaftlichen Beziehungen und es kommt oftmals zu Trennungen. Gerade für Familien wäre ein eigener Bereich, im besten Fall eine eigene Wohnung wünschenswert. Da die Familien oft mehrere Kinder haben, verursachen diese entsprechend viel Lärm. Flüchtlingen die ruhebedürftig sind fehlt es an Rückzugsmöglichkeiten, sie sind dem Lärmpegel ausgeliefert. Dies bedeutet wiederum viel Stress und kann schlimmstenfalls Konflikte auslösen. Deshalb ist diese Situation für die Bewohnerinnen nicht gesundheitsfördernd. Und trotzdem: „Der Staat bevorzugt die Unterbringung in Flüchtlingsheimen, obwohl sie nach einer Berechnung des Bundesministeriums für Gesundheit von 1983 circa 30-50 Prozent teurer ist, als die Miete in einer normalen Wohnung.“ (Gorens 2003, S. 27).

Grundlegend sind Erstunterkünfte mit Vollverpflegung, dies bedeutet, dass die Asylsuchenden in großen Räumen gemeinsam zu vorgegebenen Zeiten essen können. Zugleich ist es ihnen nicht gestattet selber zu kochen. Das bedeutet für diese Menschen einen großen Einschnitt in ihr bisheriges Leben. Sie werden zwangsweise in die deutsche Kultur gepresst und die individuelle Ernährung bleibt ihnen vorbehalten – zumindest für die Anfangszeit der Antragsstellung. In der Abbildung 4 ist die Essensausgabe in einer Aufnahmeeinrichtung zu sehen (vgl. Wolf 2016, S.1)



Abbildung 4 Vollverpflegung in Unterkünften für Asylsuchende

(Maternus M. K. in Wolf, M. 2016).

4.1. Gemeinschaftsunterbringung

Eine der Unterbringungsmöglichkeiten für Asylsuchende ist die Gemeinschaftsunterbringung. 1982 wurde der Begriff „Gemeinschaftsunterkunft“ historisch zum ersten Mal im Asylverfahrensgesetz eingeführt (Renner, S. 1042). Vorher gebräuchlich waren die Worte „Sammellager“ oder „Sammelunterkunft“. Die Konnotation auf Gemeinschaft lässt jedoch ein anderes Bild entstehen und soll vermutlich suggerieren, dass die Asylsuchenden in einer guten Gemeinschaft untergebracht sind. Auch wenn sie offiziell eine andere Wohnung suchen dürfen, die Realität zeigt, dass sie mehrere Jahre in diesen Unterkünften wohnen. Gerade mit der Auflage Renner Günter, eine preiswerte Wohnung finden zu müssen, wird es einem auf dem Wohnungsmarkt deutlich erschwert.

Die Gemeinschaftsunterkunft unterliegt durchgehend der staatlichen Kontrolle. Hierbei gilt die Residenzpflicht (siehe Kapitel 5.3). Die BewohnerInnen unterliegen einer Ein- und Ausgangskontrolle. Sie werden kontrolliert wann sie das Gelände verlassen und wann sie wiederkommen. Auffälligkeiten werden der Ausländerbehörde gemeldet und werden auch sanktioniert. Eine Auflage in den Gemeinschaftsunterbringungen ist die eingeschränkte Besucherregelung. Die BesucherInnen werden bei der Ankunft kontrolliert, zum Teil werden auch die Pässe einbehalten. Sie müssen angeben zu wem sie wollen und am Ende müssen sie sich wieder abmelden. Die Zeiten des Besuchs sind durch die jeweilige Unterkunft vorgegeben (Selders 2011, S.4). Man kann es fast als „Ausgrenzung und Beschneidung der Kontaktmöglichkeiten“ (Goerens 2003, S. 28) beschreiben. Die Unterkünfte sind oftmals außerhalb der Wohngebiete zu finden. Die Stadt bevorzugt abgelegene Standpunkte. Nachteilig daran ist, dass die mangelnde Infrastruktur die Mobilität der Bewohner erschwert. Zusätzlich sind die Heime mit einem Zaun, zum Teil Stacheldrahtzaun umgeben. In einem Projektstudium über die Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin des Freien Universität und der Humboldt Universität Berlin betitelt einer der TeilnehmerInnen des Tutoriums, Kim Goerens, diese Situation als „Ghettocharakter“ und als „bewusste Isolierung“ (Goerens 2003, S. 28). Die Bewohner sind angehalten an der „Aufrechterhaltung und Beteiligung der Einrichtung“ mitzuwirken (§5 Abs. 1 AsylbLG). Das bedeutet, dass sie anfallende Aufgaben erledigen und zum Funktionieren der Einrichtung beitragen müssen.

Der Hessische Landtag brachte zur Unterbringung und Aufnahme der Flüchtlinge verschiedene Gesetze heraus. In §1 wird die Aufnahme geregelt und der Paragraph besagt, welche Menschen aufgenommen werden müssen. Dazu zählen beispielsweise Personen, dessen Aufenthalt nach dem Asylgesetz gestattet ist. Des Weiteren sind in §3 weitere Regelungen zur Unterbringung aufgeführt. Das Gesetz in Hessen besagt nach §3 Abs. 1: „Die Landkreise und Gemeinden sind verpflichtet, die nach §1 aufzunehmenden Personen in Unterkünften, die einen menschenwürdigen Aufenthalt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung gewährleisten, unterzubringen.“ Folglich ist Hessen laut der Gesetzlage dazu verpflichtet die in §1 aufgeführten Personen aufzunehmen. Außerdem besteht für Hessen die Ausgangslage, dass die Unterbringung eine Qualität aufweist, unter der die Personen gut und sicher untergebracht sind (vgl. Ulrich / Gerling 2007, S. 2). Grundlegend ist jedoch nicht definiert, was menschenwürdig ist. Hierbei sind die hygienischen Bedingungen, die Lautstärke und die Größe der Unterkunft entscheidende Einflussfaktoren auf die Gesundheit. So berichten die Frauen in der „repräsentativen Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland“, des Forschungsprojekts der Charité, unter anderem von „...spezifischen Schwierigkeiten in der Unterkunft, wie Diskriminierungen, einem respektlosen Klima, Lärmbelastungen oder Gewalterfahrungen“ (Ocak, S. / Kurmeyer 2017, S. 31-32).

Die Wohlfahrtsverbände und Flüchtlingsräte wie der Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein fordern seit Jahren das Festlegen und konsequente Umsetzen von Mindeststandards. Diese sollen gemäß den oben aufgeführten Paragraphen dafür sorgen, dass ein menschenwürdiges Leben möglich ist. Die Mindeststandards regeln unter anderem, wie groß die Unterkünfte sind, wo die Heime gelegen sind, wie groß die Schlaf- und Wohnräume pro Person sein soll und wie viele Personen in einem Raum untergebracht werden. Ebenfalls wird geregelt wie die Verteilung der Räumlichkeiten und Flächen sind. Darunter fallen der Freizeitbereich, die Gemeinschaftsräume und die Kinderspielräume. Die Forderung nach Mindeststandards ist in Bezug auf den Bericht über die Unterbringung aus Schleswig-Holstein gut nachvollziehbar: „Da das gemeinsame Wohnen nicht freiwillig geschieht und zwischen den Betroffenen weder verwandtschaftliche noch von vornherein Freundschaftsbeziehungen bestehen, wird das Leben auf engem Raum in der Regel in Mehrbettzimmern und die gemeinsame Nutzung von Sanitär- und Kücheneinrichtungen sowie - wenn vorhanden - Gemeinschaftsräumlichkeiten als

demütigend und belastend empfunden, insbesondere, wenn die Gewohnheiten und Bedürfnisse sehr unterschiedlich oder die sprachliche Verständigung schwierig sind.“ (Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e.V., 2011, S. 19). Daher sollten die Bundesländer daran arbeiten, trotz der Notlage und der hohen Anzahl der Flüchtlinge, eine annehmbare Wohnsituation zu schaffen.

In den Gemeinschaftsunterkünften sind alle Nationalitäten und Kulturen gemeinsam untergebracht. „Es war von Anfang an bekannt, dass die zwangsweise Unterbringung von Flüchtlingen unterschiedlicher Nationalität, Kultur und Religion auf engstem Raum zu erheblichen Schwierigkeiten innerhalb der Lager führen wird.“ (Der Arbeitskreis „Flüchtlingsfrauen in der Bundesrepublik Deutschland“ beim Diakonischen Werk der EKD 2007, S.2). Zusätzlich haben die Kulturen unterschiedliche Lebensweisen und Traditionen. Sie stehen gerade erst am Anfang ihres Integrationsprozesses und des Umlernens und Anpassens an die deutsche Kultur. Im Gepäck haben sie noch ihre oftmals traumatische Flucht und andere schwierige Probleme, wie beispielsweise die Trennung der Familie zusätzlich „ ... die jahrelange Lagerunterbringung enorme Auswirkungen auf die seelische und körperliche Gesundheit der Betroffenen hat. So sind häufig psychosomatische Erkrankungen wie Magengeschwüre, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufbeschwerden, Haarausfall als Folge der sozialen Enge und der fehlenden Privatsphäre zu verzeichnen.“(Der Arbeitskreis „Flüchtlingsfrauen in der Bundesrepublik Deutschland“ beim Diakonischen Werk der EKD 2007, S. 3). Die Abbildungen 5. Und 6. veranschaulichen den Lebensraum und die Enge, in denen die Menschen untergebracht sind.



[Abbildung 5 Blick in ein Drei-Bett-Zimmer der Gemeinschaftsunterkunft](#)

(Offizieller Informationsportal der Stadt Oestringen: www.oestringen.de, 2016)



[Abbildung 6 Flüchtlingsunterkunft in Hamburg-Bahrenfeld](#) (Focus online, 2015)

Frauen haben es in diesen Gemeinschaftsunterkünften besonders schwer. Sie können sich aus der Männerwelt nicht mehr zurückziehen und sind permanent mit

fremden Männern konfrontiert (vgl. vorliegende Arbeit, S.49). Nicht selten kommt es auch zu Übergriffen an Frauen (vgl. Ocak, S. / Kurmeyer 2017, S. 32). Alleinstehende Frauen stehen vor der Herausforderung keinen familiären Schutz zu genießen. Hier könnte ein Partner oder die Familie ihnen Halt und Sicherheit bieten. Je nach Fluchtgrund kommt es jedoch auch vor, dass Frauen und sogar alleinerziehende Frauen flüchten.

Aus diesen Gründen war bereits 2002 bei Frauen ein besonders großes Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz festzustellen und es wurde eine Kampagne gegründet, die den Titel trug: „Keine Lager für Frauen! Alle Lager abschaffen!“ Der Ursprung der Kampagne war das Zusammentreffen von Flüchtlingsfrauen in 2002 in Brandenburg. Ihr Beweggrund war auf die Gefährdung der Frauen und ihre Opferrolle aufmerksam zu machen. Diese Frauen behaupteten: „Sie werden als Asylbewerberinnen durch rassistische Gesetze ausgegrenzt und als Frauen diskriminiert.“ (Women in Exile e.V., 2017) Erst im Jahre 2011 wurde „Women in Exile e.V.“ durch die tatkräftige Unterstützung von Aktivist Innen gegründet. Zu ihren Aufgaben zählen die Unterstützung der Flüchtlingsfrauen und das Aufklären und Unterstützen durch Seminare. Im Jahr 2013 wandten sich „Women in Exile e.V.“ durch eine Flüchtlingsfrauenkonferenz in Brandenburg an die Öffentlichkeit. „In einem Memorandum beschreibt „Women in Exile“ was das Leben im Lager für Frauen bedeutet: Isolation und Ausgrenzung, fehlende Privatsphäre, schlechte hygienische Bedingungen, schlaflose Nächte, die Sorge um das Wohl der Kinder und sich nie sicher fühlen (vgl. Women in Exile e.V., 2017).

Auch Übergriffe des Heimpersonals werden benannt: „Mitarbeiter der Sammelunterkünfte missachten unsere Privatsphäre, indem sie die Zimmer während unserer Abwesenheit betreten oder sich in einigen Fällen mit dem Generalschlüssel Zugang zu Wohnräumen verschaffen, ohne anzuklopfen und ohne zu beachten, ob die Bewohner bekleidet sind oder nicht.“ (Lindenberg, 2013, S. 69) Dieses Zitat verdeutlicht das besondere Bedürfnis nach Sicherheit nach den schweren Erfahrungen die die Frauen gemacht haben. Der geschilderte Umgang mit den Flüchtlingsfrauen bezeugt eindeutig, dass die gesetzlichen Forderungen (eine menschenwürdige Unterbringung zu schaffen), nicht eingehalten werden. Es zeigt die Respektlosigkeit gegenüber den betroffenen Frauen (vgl. Lindenberg 2013, S. 69).

4.1.1. Dezentrale Unterbringung

Die dezentrale Unterbringung hat ihren Ursprung in Leverkusen. Seit 2001 praktiziert die Stadt das Leverkusener Modell, das die Unterbringung der Flüchtlinge, unabhängig von ihrem Aufenthaltstitel in Privatwohnungen unterbringt (Förster / Ludwig, 2011, S. 127). Die Menschenrechtsorganisation PRO ASYL forderte schon 2014, vor der großen Flüchtlingswelle, dass aus integrationspolitischer Sicht verhindert werden müsse, dass die Flüchtlinge in den Großunterkünften isoliert, über mehrere Jahre leben müssen. In den Bundesländern gibt es jedoch keine Einheitlichkeit ihrer Unterbringungssysteme für Flüchtlinge. Die Wege der Kostenerstattung, der Betreuung und das Finden von privaten Wohnungen sind länderspezifisch unterschiedlich. In manchen Ländern besteht sogar die Auflage in den Gemeinschaftsunterkünften zu bleiben (vgl. PRO ASYL 2014). Andere Bundesländer haben den Ansatz, die Flüchtlinge in Privatwohnungen unterzubringen, um Platz in den Gemeinschaftsunterkünften zu schaffen. In der Abbildung 7 sind die Kriterien für den Auszug aus der Gemeinschaftsunterkunft (GU) dargestellt. Sie sollen die gravierenden Unterschiede der Bundesländer und die einzelnen Auflagen eines Auszuges aus einer GU deutlich machen.

Bundesländer	Kriterien für Auszug aus GU	Bundesländer	Kriterien für Auszug aus GU
Baden-Württemberg	<p><i>Auszug in der Regel nach 24 Monaten oder aus humanitären Gründen:</i></p> <p>- „vorrangig schutzbedürftige Personen“ (§ 8 Abs. 1 FlüAG BW)</p> <p>- mit einer Verweildauer von 12 Monaten in der GU (§ 9 Abs. 1 S. 2 FlüAG BW)</p> <p>- sonstige Gründe</p>	Nordrhein-Westfalen	<p><i>Keine landesweite Regelung</i></p> <p>-Familien bzw. Alleinerziehende dürfen früher in private Wohnungen ziehen ...,</p> <p>-Alleinstehende Männer müssen länger in den Unterkünften bleiben. -</p> <p>-Erkrankungen können die Verweildauer beeinflussen.</p>

			-Kranke Flüchtlinge dürfen zum Teil früher in die Wohnungen untergebracht werden.
Bayern	<p><i>Auszug nach 4 Jahren oder aus humanitären Gründen, aber nicht bei Verstoß gegen</i></p> <p><i>Mitwirkungspflichten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Familien und Alleinerziehende - Krankheit, - Schwangerschaft 	Rheinland-Pfalz	<i>Keine landesweite Regelung</i>
Berlin	<p><i>Auszug in der Regel, aber nicht bei Verstoß gegen Mitwirkungspflichten:</i></p> <p>Asylsuchende und Geduldete sind „in der Regel in Wohnungen unterzubringen“ (Ziffer 1 Abs. 1 AV Wohn-AsylbLG BE). Ausnahme: die Unterbringung in einer Wohnung muss im konkreten Einzelfall kostengünstiger als die Gemeinschaftsunterbringung sein.</p>	Saarland	<i>Auszug bei Bleibeperspektive</i>
Brandenburg		Sachsen	<p><i>Auszug aus humanitären Gründen, aber nicht bei Verstoß gegen</i></p> <p><i>Mitwirkungspflichten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -schwerwiegende Erkrankung - kulturelle, religiöse, gesundheitliche und wirtschaftliche

	Keine landesweite Regelung		Umstände des Asylbewerbers,. Arbeitsfähigkeit. -Zugehörigkeit zu einer bestimmten Volksgruppe. -sonstige Gründe
Bremen	Auszug in der Regel nach 3 Monaten -Asylsuchende und Geduldete dürfen sich eine eigene Wohnung suchen.	Sachsen-Anhalt	Auszug aus humanitären Gründen oder nach 3 Jahren, aber nicht bei Verstoß gegen Mitwirkungspflichten: -Familien und Alleinerziehende mit mindestens einem minderjährigen Kind. -Nach einer Verweildauer von 6 Monaten in der GU. oder bei „erheblicher gesundheitlicher Störung,
Hamburg	Auszug aus einer Gemeinschaftsunterkunft nach FA § 3 AsylbLG HH nur bei: -Krankheit, besondere soziale Umstände. -Partner mit sicherem Aufenthaltsstatus	Schließwieg-Holstein	Auszug nach 6 Monaten
Hessen	Keine landesweite Regelung	Thüringen	Auszug nach 12 Monaten oder aus humanitären Gründen
Mecklenburg-Vorpommern	Auszug in der Regel nach 4 Jahren oder aus humanitären Gründen:		

	<ul style="list-style-type: none"> -Familien und Alleinstehenden mit mindestens einem minderjährigen Kind. -nach 2 Jahren Verweildauer in GU. - Krankheit. - selbstständige Sicherung des Lebensunterhalts. -sonstige Gründe. <p>aller übrigen Flüchtlinge nach 4 Jahren Aufenthalt.</p>		
Niedersachsen	<i>Keine landesweite Regelung</i>		

Abbildung 7 Kriterien für Auszug aus der Gemeinschaftsunterbringung nach Bundesländern

(in Anlehnung an: Wendel 2014, S.64-68).

Aus der Abbildung 7 ist zu entnehmen, welche Determinanten die Chance auf eine eigene Wohnung begünstigen. Vorrang haben diejenigen, die in einer besonderen Situation stehen: Schwangere, Alleinerziehende und Familien sind zum Teil bevorzugt. Flüchtlinge mit einem schweren Schicksal, einer Krankheit oder psychischen Belastung haben es ebenfalls etwas leichter an eine eigene Wohnung zu kommen. Betrachtet man Hamburg genauer, erkennt man, dass es zwar Kriterien gibt, nach denen Flüchtlinge die Unterkunft verlassen dürfen, diese sind jedoch nicht klar und detailliert definiert. „Besondere soziale Umstände“ lassen viel subjektiven Spielraum bei der Beurteilung zu und es verdeutlicht, dass bei der Antragstellung auf eine eigene Wohnung, eine Entscheidung schwer anzufechten ist, da die Kriterien allgemein gehalten sind (vgl. Wendel 2014, S.64-68). Zusätzlich wird den Flüchtlingen die Auflage, beispielsweise in Brandenburg erteilt, dass Kenntnisse der deutschen Sprache nachgewiesen werden müssen. Dies setzt voraus, dass die Genehmigung auf einen Integrationskurs zeitnah geschehen ist, ein Platz in einem Kurs frei war und die traumatischen Erlebnisse keinen gravierenden negativen Einfluss auf das Lernverhalten der Flüchtlinge hatten. Ebenfalls fordert Brandenburg für eine Wohnung

einen Preisvergleich mit den Kosten für die Unterbringung in der GU (Wöllert 2012, S.2 ff.). Dieses stellt die größte Hürde überhaupt dar. Der angespannte Wohnungsmarkt in den Großstädten erschwert das Finden einer Wohnung.

In den Regelungen für die Unterbringung fahren die Bundesländer Berlin und Bremen im Vergleich zu den anderen Bundesländern einen scheinbar liberaleren Kurs. In der Praxis sieht dies nochmals anders aus. Wie bereits erwähnt, ist der Wohnungsmarkt abgegrast. Die vom Staat bereitgestellten Wohnungen für Flüchtlinge reichen bei Weitem nicht aus. „In München ist der Wohnraum schon jetzt viel zu knapp – besonders für Geringverdiener. Jetzt kommen Zehntausende anerkannte Flüchtlinge hinzu. Wo nur sollen sie wohnen?“ (Oberhuber 2016, S.1).

Auch die Mindeststandards für Wohnungen sind Ländersache. Es wird immer wieder deutlich, dass die theoretischen Kriterien (Tabelle 1 und 2) und die praktische Umsetzung aufgrund der Gesamtsituation auseinanderklaffen (Förster 2011, S 81 ff). Trotzdem sind die Länder bemüht die Mindeststandards für Wohnungen festzulegen, um den Flüchtlingen eine angemessene Wohnmöglichkeit zu bieten (vgl. MBWSV - Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen 2015, S.1-2).

Ein Beispiel aus einem Kriterienkatalog für die Mindeststandards einer sicheren und bezugsfertigen Wohnung des Ministeriums Nordrhein-Westfalen:

Die Wohnung soll einen Briefkasten und eine Klingel besitzen. Im sanitären Bereich wird ein Waschtisch, ein WC und eine Dusche oder Badewanne gefordert. Warm- und Kaltwasser sollen im Bad zur Verfügung stehen und in der Küche Kaltwasser. Zusätzlich soll ein Waschmaschinenanschluss zur Verfügung stehen. Aus hygienischen Gründen soll der Nassbereich möglichst gefliest oder ähnlich ausgestattet sein. Die Küche soll eine Steckdose im Arbeitsbereich besitzen und ebenso einen Starkstromanschluss für einen Herd. Die elektronische Ausstattung soll mit mindestens einer Steckdose und einem Lichtschalter in jedem Raum sein und somit die Beleuchtung ermöglichen. In jedem Raum, auch im Bad, soll eine Heizung vorhanden sein. Der Zugang zu den Räumen soll mit einer verschließbaren Tür sein. Die Eingangstür soll mit einem Zylinderschloss versehen sein. Für die Böden ist ein PVC-Boden oder ähnliches gefordert. Die Decken und Wände sollen bezugsfertig gestaltet sein. Regendichte und verschließbare Fenster sind in den Mindeststandards aufgeführt und die Wohnung muss schimmelfrei sein. Die Wohnungen sollen den

Brandschutzbestimmungen und den Sicherheitsbestimmungen entsprechen. Zur Küche sind weitere Angaben gemacht die darauf abzielen eine ausgestattete Küche zu haben, um gut kochen zu können. Das Ministerium sieht dafür vier Schränke, einen Unterbaukühlschrank, eine Spüle, eine Arbeitsplatte und eine Einbauküche mit Dunstabzugshaube vor (vgl. MBWSV Nordrhein-Westfalen 2015, S.1-2).

In Bayern möchten sie die Unterkünfte verbessern und fordern langfristig gute Unterbringungen. In dem vorliegenden Diskussionspapier des „Arbeitskreises Unterbringung“ sind die Kriterien allerdings sehr vage dargestellt: „Variable Grundrisse kommen dem entgegen. Von Anonymisierenden, kasernenartigen Unterbringungen, z.B. in kleinen Räumen, die sich an überlangen Fluren aufreihen, sind abzusehen. Gemeinschaftliche Sanitäreanlagen wie Duschen und WCs müssen vermieden werden.“ (vgl. Arbeitskreis „Unterbringung“ im Verein Tür an Tür - miteinander wohnen und leben 1998, S. 2). Demnach ist die generelle Grundidee positiv zu sehen, es verdeutlicht aber auch den Diskussionsbedarf für realistische Standards und umsetzbare Standards, die langfristig geschaffen und eingehalten werden können.

Was jedoch noch einen Schritt vor der Diskussion von Mindeststandards stattfindet, bringt die „Welt N24“ in ihrem Artikel „Die totale Ratlosigkeit der Herren Experten“ auf den Punkt. Dieser benennt es als „Flüchtlingsstress“, dass Politiker, Architekten und Städtebauer vor der großen Herausforderung stehen: „Wo Wohnungen hernehmen, ohne zu pfänden und zu pfuschen?“ (vgl. Guratzsch 2015, S.1). So geht die Diskussion um die Mindeststandards von Flüchtlingswohnungen und der grundlegenden Frage nach Wohnraum Hand in Hand. Übereinstimmung besteht jedoch darin, dass die teilweise benötigten Wohncontainer diskriminierend und menschenunwürdig sind, wenn sie über einen längeren Zeitraum als Wohnung genutzt werden. Ebenso will man keine Ghettos schaffen, beispielsweise durch eine Unterbringung in Plattenbauten. Baut man Wohnungen mit niedrigen Standards, um Geld zu sparen und reduziert die Qualität bei der Isolierung und der Dämmung, wäre das zudem deutlich gegen die aktuelle Klimapolitik. In Leipzig wurde zu diesem Thema im Rahmen des 9. Nationalen Stadtentwicklungskongress debattiert: „Aber die Ausbeute? Tausend freundliche Gesichter, ein wahrer Überschwang an Willkommenskultur, nur keine Lösung.“ (vgl. Guratzsch, 2015 S.1). Folglich sind alle Mitwirkenden aufgefordert Grundstücke und mögliche Bauflächen zu prüfen. Das theoretische Ziel, die Flüchtlinge möglichst gut

unterzubringen, ist deutlich. Aber es wird noch eine Mammutaufgabe sein dieses praktisch umzusetzen.

4.2. Fazit

Festzuhalten ist, dass durch den Anstieg der Asylanträge seit dem Jahre 2012, die Bundesländer unter wachsendem Druck stehen, die große Anzahl der Flüchtlinge menschenwürdig unterzubringen. Die aktuellen Zahlen zu Flucht und Asyl (siehe Kapitel 2) zeigen, in welchem hohem Umfang die Flüchtlinge gekommen sind und es ist nicht schwer nachzuvollziehen, dass die Bundesländer in eine Notsituation durch die Unterbringungsanforderung geraten sind. Doch obwohl der Ruf nach Wohnungen für Flüchtlinge groß ist, ist die Entwicklung problematisch.

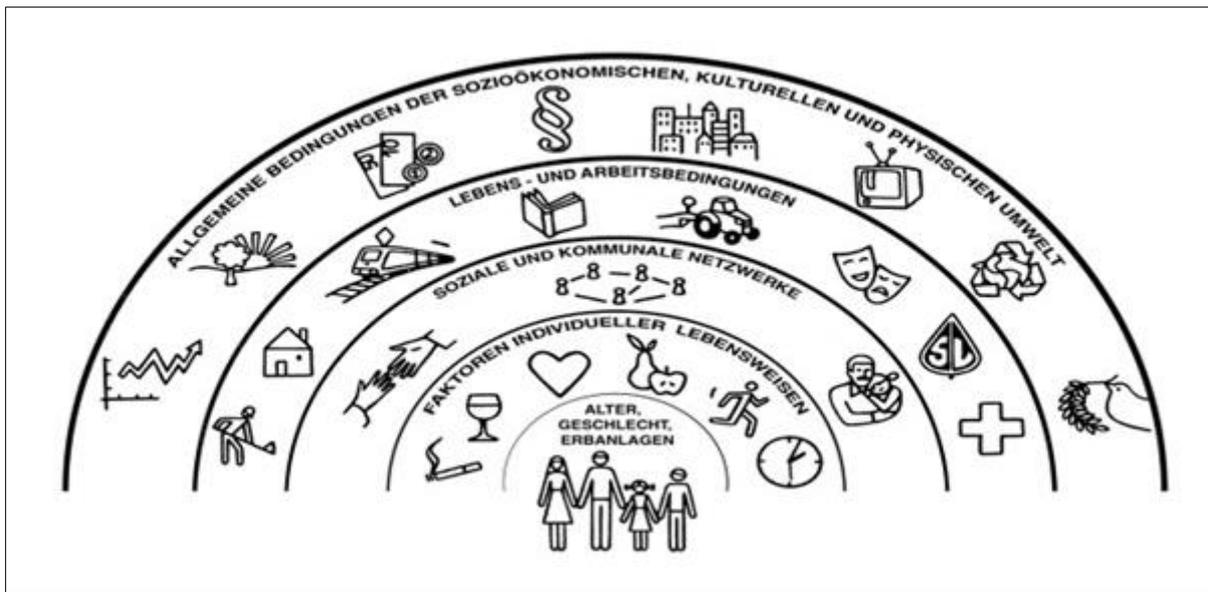
„Als Beispiel mag das Bundesland Brandenburg dienen. Hier gab es bis 2012 genau 17 Gemeinschaftsunterkünfte, eine pro Landkreis oder kreisfreier Stadt, mit Ausnahme des Landkreises Prignitz, wo Flüchtlinge in einem Wohnverbund im Plattenbau untergebracht werden. Seitdem hat sich die Zahl der Gemeinschaftsunterkünfte mehr als verdoppelt. Ende Juli 2014 waren es schon 42 und weitere zwölf sollen bis 2015 neu errichtet werden. Der Vorrang liegt auf der Schaffung neuer Kapazitäten, ein weitreichendes Unterbringungskonzept fehlt.“ (Wendel 2014, S.82).

Es zeichnet sich also bereits ab, dass die Gemeinschaftsunterkünfte zunehmen werden. Gerade weil die Gemeinschaftsunterkünfte einen so großen Bereich abdecken, ist es wichtig, hier die Mindeststandards zu schaffen und einzuhalten. Es ist notwendig, dass die Hygienekriterien eingehalten werden und die Unterbringung in Stand gehalten wird. Dies betrifft die Gemeinschaftsräume ebenso wie die Kochbereiche. Da immer wieder von Fehlverhalten des Personals berichtet wird, sollten diese sorgsam ausgewählt und im Umgang mit Flüchtlingen (Asylantragstellenden) geschult werden. Die zentrale Frage, wie eine langfristige Unterbringung in Wohnungen gelingen kann, bleibt jedoch. Generell agieren die Bundesländer bei dieser Frage eigenständig. Die Unterbringung in Wohnungen im Jahre 2013 lag in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen im Bereich zwischen 72% und 91%. Im Vergleich hierzu lagen die Zahlen Baden-Württemberg, Brandenburg und Sachsen mit ca. 34% deutlich niedriger. Dies verdeutlicht die unterschiedliche Politik der einzelnen Länder (vgl. Wendel 2014, S.82).

5. Determinanten von Gesundheit

Im Folgenden geht es um die Determinanten die auf die Gesundheit einwirken. Zunächst soll der Begriff Gesundheit erläutert werden. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) hat wohl eine der bekanntesten Definitionen von Gesundheit in der Verfassung verankert, die im Jahre 1946 von den beteiligten Staaten unterzeichnet wurde. Das Ziel der Organisation ist es, allen Völkern zu einem „bestmöglichen Gesundheitszustand zu verhelfen“ (Das offizielle Portal der Schweizer Regierung 2014, S. 1). Daher basiert die Verfassung auf angestrebte Situationen, die förderlich für die Gesundheit für alle ist. In dieser verbindlichen Verfassung ist der Begriff Gesundheit definiert: „Gesundheit ist ein Zustand, des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (Die Schweiz Regierung 2014, S. 1). Interpretiert man diese Definition, scheinen die meisten Menschen krank zu sein, da sie keinen „vollständigen“ physischen und psychischen Gesundheitszustand haben. Aus diesem Grund soll eine weitere Definition von Gesundheit eine andere Sicht geben. Der Soziologe Talcott Parson schrieb folgende Definition: „Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung von Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert worden ist.“ (Parsons 1967, S. 57). Offen bleibt jedoch bei dieser Definition, ob es sich um die objektiv messbare Gesundheit handelt oder das individuelle Empfinden. An dieser Stelle wird deutlich, dass es eine Herausforderung ist Gesundheit zu definieren und klar abzugrenzen, was gesund und was krank bedeutet.

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Diese in den Gesundheitswissenschaften als *Determinanten der Gesundheit* bezeichneten Einflussfaktoren auf die Gesundheit wurden von Göran Dahlgren und Margaret Whitehead 1991 in einem Regenbogenmodell veranschaulicht (siehe Abbildung 8) (vgl. Gold 2014, S.7). Dieses Model baut die Einflussfaktoren, welche die individuelle Gesundheit mitbestimmen, in vier Ebenen von innen nach außen gehend auf. Die einzelnen Ebenen der Determinanten stehen in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander (Vgl. Richter / Hurrelmann 2015).



[Abbildung 8 Grafik der Gesundheitsdeterminanten](#)

(Dahlgren G & Whitehead M 1991, zit. Fonds gesundes Österreich 2013)

Die innere Ebene beginnt mit dem Alter, Geschlecht und der genetischen Veranlagung (Ebene 0). Diese Determinanten unterscheiden sich durch ihre unbeeinflussbare Eigenschaft. Sie lassen sich kaum durch Strategien der Gesundheitsförderung modifizieren (vgl. Richter & Hurrelmann 2015). Faktoren der individuellen Lebensweise sind nah stehende Determinanten der Gesundheit (Ebene 1). Der Lebensstil und das individuelle Gesundheitsverhalten tragen wesentlich zu einem fördernden oder belastenden Einfluss auf die Gesundheit bei (vgl. Wilkinson / Marmot 2004, S. 27). Dazu gehören beispielsweise die Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder Gewalterfahrungen (vgl. Richter & Hurrelmann 2015). Die darauf aufbauende Ebene beinhaltet die Bedingungen des persönlichen Umfelds (Ebene 2). Bestehend aus sozialen und kommunalen Netzwerken. So kann ein Anschluss an ein soziales Netzwerk aus Verständnis und gegenseitiger Verpflichtung, die Gefühle entstehen lassen umsorgt, geliebt und geschätzt zu werden. Dies ist ein starker Schutzfaktor für die Gesundheit. Die unterstützenden Beziehungen können demnach zu gesünderen Verhaltensweisen ermutigen. Wenn man von der Gemeinschaft emotional nicht genügend getragen wird, fühlt man sich eher weniger wohl, leidet eher häufiger unter Depressionen und empfindet chronische Erkrankungen als stärker belastend (vgl. Wilkinson / Marmot 2004, S. 27). Determiniert wird die Gesundheit und das Wohlbefinden darüber hinaus durch Lebens-, und Arbeitsbedingungen. Hierzu zählen unter anderem Erwerbstätigkeit, die Arbeitslosigkeit und die Wohnsituation sowie das

Gesundheitssystem (Ebene 3). Diese Einflussfaktoren sind eigenständig, sowie indirekt einschneidend für die Gesundheit (vgl. Richter / Hurrelmann 2015). Beispielsweise konnte in einer Wohngesundheitsstudie der WHO belegt werden, dass

„Personen signifikant öfter unter Depressionen und Angstzuständen leiden, wenn die Wohnung:

- *Nicht genügend Schutz gegen negative Einflüsse von außen bietet: Lärm, Vibrationen, Feuchtigkeit, Schimmel, Luftzüge, Kälte im Winter,*
- *Nicht genügend Raum für die Privatsphäre bietet (zu hohe Wohndichte oder mangelhafte Wohnungsaufteilung) oder wenn sich die Bewohner in der Wohnung nicht ungezwungen fühlen,*
- *Nicht genügend Tageslicht und eine schlechte Sicht aus den Fenstern hat,*
- *Gemeinschaftsaktivitäten nicht fördert (keine Gärten oder Parks), ...“* (Klein 2004, S. 216-217).

Die letzte aber nicht zuletzt bedeutsame Ebene ist die der wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (Ebene 4). Denn je länger man unter belastenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben muss, umso stärker ist die Wahrscheinlichkeit der körperlichen Verschleißerscheinungen und umso niedriger ist die Wahrscheinlichkeit vom gesunden Leben im Alter (vgl. Wilkinson / Marmot 2004, S.10).

Die Gesundheitsförderung und Prävention versucht unter anderem auf die modifizierbaren Einflussfaktoren durch zwei zielgerichtete Maßnahmen einzugehen. Zum einen sind das verhaltensbezogene Maßnahmen die individuelle Faktoren verändern sollen. Beispielsweise durch Kurse für gesundes Ernährungsverhalten oder Raucherentwöhnung. Zum anderen sind mit verhältnisbezogenen Maßnahmen jene Faktoren gemeint, die von außen auf das Individuum einwirken und es verändern sollen. Die verschiedenen Ebenen werden jedoch nicht isoliert voneinander betrachtet, denn sie beeinflussen sich gegenseitig. Somit wird verdeutlicht, dass die Arbeits- und Lebensbedingungen und die sozialen Netzwerke ebenfalls einen Einfluss auf die individuellen Lebensweisen haben (vgl. Gold 2014, S.7).

5.1. Gesundheitsdeterminanten der Unterbringungsverfahren

Anders als in den gesundheitswissenschaftlichen Interventionen üblich, werden im Folgenden die gesundheitlichen Determinanten für geflüchtete Frauen im Unterbringungsverfahren nur anhand der dritten und vierten Ebene erläutert. Mithilfe der äußeren Beeinflussungsebene des Modells von Dahlgren und Whitehead (siehe Abb. 3, Ebene 4) kann aufgezeigt werden, wie sich die Wechselwirkungen der Gesundheitsdeterminanten im Asylverfahren auf die Zielgruppe auswirken. Im Folgenden werden die Wohn- und Arbeitssituation, die Residenzpflicht und die Defizite der Gesundheitsversorgung benannt. Die Unsicherheiten des Asylverfahrens werden aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht beleuchtet.

5.1.1. Wohnsituation

Im Kapitel 4 wurde zunächst die Wohnsituation der Flüchtlinge dargestellt. Wie diese sich maßgeblich auf die Gesundheit auswirkt, wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

Grundlegend lässt sich sagen: Lager machen krank. Diese banale Erkenntnis ist inzwischen durch eine Unmenge an empirischen Untersuchungen und Gutachten belegt (vgl. Henning 1982, S. 52). Es sind Faktoren wie die maximale Kontrolle der Person und dessen Bekannte, mangelnder Lebensraum und Unterdrückung der Selbstbestimmung z.B. durch die Essensvollaussgabe in Aufnahmeeinrichtungen. Die Isolation durch die Lage der Lager, ebenso wie das unfreiwillige Verweilen in den Lagern macht krank. „Demütigungen und Entwürdigungen sind keine originellen Auswüchse, sondern in vielen Lagern innerhalb und außerhalb der Erstaufnahme Alltag und letztlich Folge jedes Lagersystems.“ (Selders 2011, S. 7). Zusätzlich ist durch das enge Zusammenleben und den hygienischen Bedingungen in den Gemeinschaftsunterkünften die Ansteckungsgefahr enorm groß. So kommt es laut Stich immer wieder zu Durchfallerkrankungen, Atemwegserkrankungen und Wurminfektionen (vgl. Stich 2009). Des Weiteren gibt es andere Faktoren die auf die Gesundheit einwirken. Oftmals sind die Flüchtlinge mit mehr als einer Person in einem Zimmer. Ihnen fehlt es an Privatsphäre und an Schlaf. Für viele AsylbewerberInnen ist die Ruhe ein großes Thema da durch ihren Bettnachbar oder generell in den Unterkünften ein höherer Lärmpegel herrscht (vgl. Förster / Ludwig S. 2011, S.85). Einer der wenigen Untersuchungen über die Lebensumstände der geflüchteten Frauen in Deutschland hat folgende Ergebnisse zur Wohnsituation der geflüchteten Frauen in

verschieden Bundesländern in Deutschland hervorgebracht. Demnach über die 50% der ca. 660 befragten Frauen, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, schätzen ihre Wohnsituation als schlecht oder sehr schlecht ein (Abbildung Nummer 9). In diesem Zusammenhang gaben die Frauen die Probleme mit der Lärmbelastung, mangelnde Privatsphäre, mangelnde Hygiene ebenso mangelndes Essen und mangelnde strukturellen Bedingungen, wie mangelndes vorhanden sein der Dolmetscher Innen an (vgl. Ocak / Kurmeyer 2017, S. 28-32). Die Größe des Anteils der Befragten Frauen, die ihre Wohnbedingungen schlecht oder sehr schlecht bezeichnen, spricht für sich selbst und verdeutlicht noch einmal die prekären Lebensumstände der Frauen in den Unterkünften für geflüchtete Menschen in Deutschland. Es ist ein ausdrückliches Signal für hohen Handlungsbedarf in der Arbeit mit dieser Zielgruppe.

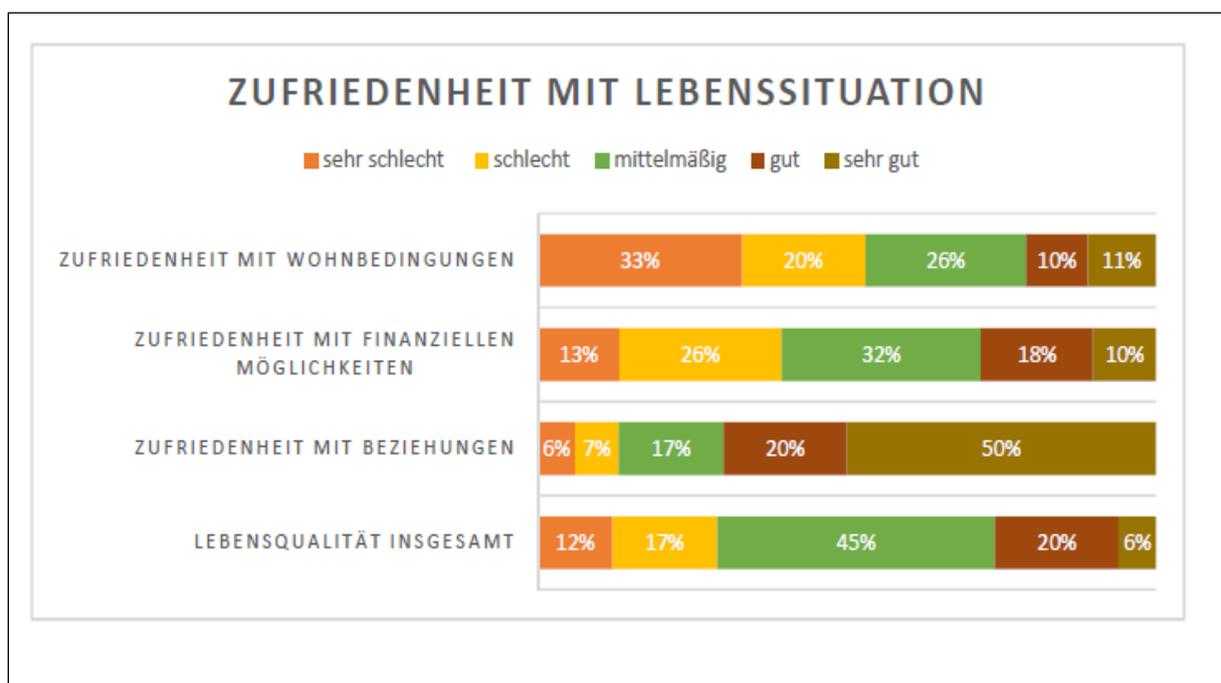


Abbildung 9 Zufriedenheit mit Wohnbedingungen der geflüchteten Frauen.

(vgl. Ocak / Kurmeyer 2017, S. 28).

5.1.2. Arbeitssituation

Zu Beginn dürfen Asylsuchende keine Arbeit aufnehmen. Nach § 61 Abs. 1 AsylVfG ist es ihnen nicht gestattet in den ersten 3 Monaten einer Tätigkeit nachzugehen. In dem Fall, dass das Verfahren länger dauert, wird den Antragstellern ein nachrangiger Arbeitsmarktzugang ermöglicht. Sie erhalten damit eine Arbeitserlaubnis, die mit der

Vorrangprüfung verbunden ist (§ 61 Abs. 2 AsylVfG). Für die Antragsteller bedeutet dies, dass sie die Arbeitsstelle nur bekommen, wenn kein Staats- oder EU-Bürger bevorzugt werden muss (vgl. Bundesministerium des Innern, 2014).

Es gibt mehrere Faktoren die es erschweren, zügig in ein Arbeitsverhältnis zu gelangen. Arbeitslosigkeit stellt jedoch einen großen gesundheitlichen Faktor dar. Die Erwerbstätigkeit kann einer Person das Gefühl geben etwas zu leisten und zu schaffen, denn es ist wichtig, eine Aufgabe zu haben und beschäftigt zu sein. Oftmals ist der Beruf in seiner subjektiven Bedeutung noch viel mehr. Viele identifizieren sich mit ihrem Beruf und er sorgt für finanzielle Unabhängigkeit. Studien belegen die Bedeutung von Arbeit. Das Robert-Koch-Institut stellte fest, dass „[...] Arbeitslosigkeit die Entwicklung schwerwiegender, insbesondere psychische Erkrankungen“ sowie das Mortalitätsrisiko erhöht (vgl. Grobe. / Schwartz 2003, S. 14-16).

5.1.3. Residenzpflicht

Mit Beginn des Asylantrags ist es dem Asylsuchenden laut § 56 Abs. 1 des AsylVfG gestattet, sich im Bundesgebiet aufzuhalten. Er oder sie hat jedoch keinen Anspruch darauf, sich in einem bestimmten Land oder einem bestimmten Ort aufzuhalten. Die sogenannte *Residenzpflicht* ist eine Auflage der Bundesrepublik besagt, dass sich Asylsuchende in den ersten 3 Monaten in dem Zuständigkeitskreis der jeweiligen Ausländerbehörde aufzuhalten haben. Mit einem anerkannten Asylstatus entfällt diese Pflicht (§ 59a Abs. 1). Jedoch können sie, sofern noch kein eigenes Einkommen beziehen, eine Wohnauflage erteilt werden. Diese besagt, dass sie in dem Zuständigkeitskreis ihres jeweiligen Sozialamtes das ihnen die Leistungen gewährt, wohnen müssen (vgl. Bundesministerium des Innern, 2015). Die Konsequenz daraus ist, dass die Abhängigkeit vom Staat für längere Zeit bestehen kann. Bis die Flüchtlinge eine Arbeit finden und sich eine Wohnung finanzieren können, kann es mehrere Jahre dauern.

Kommt es zu gewaltsamen Übergriffen an Frauen, ist es sehr schwierig dieser Situation aus dem Weg gehen zu können. Da den Frauen ihr Wohnort auferlegt ist, können sie einer solchen Situation nicht entkommen. Es gestaltet sich schwierig die Frauen die Gewalt erfahren haben, durch einen Umzug zu schützen, da man sie nicht ohne weiteres aus einer Unterkunft nehmen kann. Erst auf Antrag kann ein Umzug

gewährt werden, dies nimmt teilweise mehrere Monate in Anspruch. Es ist nicht klar geregelt welche Behörde zuständig ist, um kurzfristig Schutz für die Gewaltbetroffenen zu gewährleisten. Das führt dazu, dass die Frauen in dieser Situation teilweise lange bleiben müssen, bis reagiert wird. In manchen Fällen ist es möglich ein Frauenhaus aufzusuchen, um dort Schutz zu finden. Sie flüchten räumlich aus der Situation. Polizeiliche Maßnahmen oder das Erstellen einer Anzeige nutzen den Frauen sehr selten, da es Auswirkungen auf ihr Bleiberecht und auf ihren Asylantrag haben kann. Scham und Angst halten die Frauen ab (vgl. Rabe Heike 2015 S.13).

Theoretisch können die Einrichtungen auch selber tätig werden um Familien und Frauen vor Gewalt zu schützen. Sie dürfen ein Hausverbot erteilen und den Störer aus den Unterkünften verweisen. Allerdings muss die Residenzpflicht berücksichtigt werden und der gewalttätigen Person eine andere Übernachtungsmöglichkeit geboten werden. Das kann sich als kompliziert herausstellen und ist auf jeden Fall mit einigem Aufwand verbunden (vgl. Rabe Heike 2015, S.17).

5.1.4. Defizite der Gesundheitsversorgung

Die große Flüchtlingswelle 2015-2016 stellt sich für die medizinische Versorgung als eine große Herausforderung dar. Ein wichtiger Aspekt dabei sind die Herkunftsländer. Wie bereits in Kapitel 2 erläutert, sind die Haupteinreiseländer Syrien, der Irak und Afghanistan. In diesen Fluchtgebieten ist die gesundheitliche Versorgung schlechter gewährleistet als in Deutschland. Dementsprechend ist der Impfschutz nicht durchgängig vorhanden. Da die Ansteckungsgefahr gerade in den beengten Verhältnissen der Gemeinschaftsunterkünfte sehr groß ist, wurden viele Impfungen vorgenommen. In Deutschland führte dies zum Teil zu einer Impfstoff Knappheit weshalb sich auch für Deutsche eine Wartezeit einstellte (vgl. Baldzun).

Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge beginnt in den Erstaufnahmeeinrichtungen. Sie werden dort im Rahmen einer Erstuntersuchung auf übertragbare Krankheiten überprüft. Ebenfalls wird geprüft, ob eine Tuberkuloseerkrankung vorliegt. Dieses geschieht durch Röntgen des Brustkorbs. Frauen werden auf eine mögliche Schwangerschaft untersucht. Während des Asylantrags haben die Flüchtlinge Anspruch auf eine medizinische Versorgung (vgl. Verbraucherzentrale NRW 2016).

Der Anspruch ist im AsylbLG in §4 und 6 geregelt. Darin heißt es: „Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchung erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.“ Laut des Gesetzes wird bei einer Schwangerschaft ebenfalls die medizinische Versorgung gewährleistet (AsylbLG §4).

Dieses Asylbewerberleistungsgesetz legt die Versorgung im Krankheitsfall fest, es beinhaltet jedoch einen sehr großen Ermessensspielraum. Oft ist nicht klar zu diagnostizieren, ob es sich um eine akute Erkrankung und einen Notfall handelt. Gleichzeitig ist die Behandlung in manchen Bundesländern stark eingeschränkt. Vor allem in den Bundesländern in denen die gesundheitliche Versorgung über die für den Flüchtling zuständige Behörde läuft. In Sachsen zum Beispiel wird ungeschultes Personal vor die Herausforderung gestellt zu entscheiden, ob ein Flüchtling sich in einer akuten und/oder dringenden Situation befindet und deshalb zum Arzt gehen darf oder nicht. In Bremen und Hamburg ist die Versorgung in diesem Sinne besser gelöst, da die Flüchtlinge eine Gesundheitskarte haben und damit eigenständig zum Arzt gehen können. Die Kosten laufen auch dann über die Behörden, wenn die Flüchtlinge eine Karte der AOK besitzen. Um die Verwaltungskosten einzusparen, sind Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Berlin ebenfalls dabei, die elektronischen Gesundheitskarten einzuführen. Ab dem Zeitraum von 15 Monaten, nachdem sie in Deutschland angekommen sind, können sie sich eine gesetzliche Krankenkasse aussuchen, womit sich auch der Behandlungsanspruch verbessert (vgl. Berres 2016, S.1).

In den Medien wird immer wieder von Fällen berichtet, in denen die Versorgung nicht optimal läuft. Was theoretisch geklärt scheint, erweist sich in der Praxis oftmals anders. So berichtet Berres Irene in ihrem Artikel: „So werden Flüchtlinge medizinisch versorgt“, dass die Flüchtlinge viel Geduld mitbringen müssen. Sie bringt das Beispiel von einem jungen Syrer, der vier Monate auf seine Behandlung wartete (vgl. Berres 2016, S.1).

Eine Studie von Kayvan Bozorgmehr (Abteilung Allgemeinmedizin Versorgungsforschung Universitätsklinikum Heidelberg) und seinen Kollegen zu der gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen lässt einen Einblick in die Gesundheit und die Versorgung zu. In seinem Artikel stellt er empirische Studien zum Gesundheitszustand und zu der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden dar. Auf Grund fehlender Statistiken des Gesundheitszustandes zielte seine Arbeit darauf ab, den aktuellen Stand der Versorgung und der Gesundheit abzubilden und zusätzlichen Forschungsbedarf aufzudecken. Die Ergebnisse seiner Forschung zeigen beispielsweise auf, dass es 41 quantitative Studien und zehn qualitative Studien gibt. 30 Primärstudien untersuchten die psychische Gesundheit. Zudem wurden unter anderem die Einflussfaktoren, wie soziale Determinanten und die Lebensumstände erfasst. Auffällig ist, dass es keine Studie über die Versorgung von Frauen während der Schwangerschaft und der Geburt gibt. Er stellt in seinen Ergebnissen dar, dass die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Depressionen einen großen Raum einnehmen (vgl. Bozorgmehr 2016, S. 605-608). Bozorgmehrs Studie ergab, dass 77,6% unter einer psychischen Erkrankung leiden. 82,3% haben eine frühere Traumatisierung erlitten. Rund 50% gaben als Grund physische Gewalt an. Hiervon waren 29,7% von Folter betroffen. Zu den häufigsten Diagnosen zählt mit 74,1% die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). (vgl. Bozorgmehr, Kayvan 2016, S.617). Die Symptome, die daraus resultieren sind beispielsweise emotionale Verstimmungen oder Abgestumpft sein, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen oder Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dieses geht damit einher, dass der Alltag oft schwieriger zu bewältigen ist. Die zweithäufigste Diagnose ist die depressive Störung mit 59,8%. Die Flüchtlinge kommen also häufig mit einer erheblich geschädigten Gesundheit und einem hohen Grad an psychischer Belastung. Daraus lässt sich schließen, dass ein erhöhter Bedarf an psychischer Betreuung benötigt wird. In einem Artikel von Beate Selders, wird berichtet, dass diese Beschwerden „von den stundenweise arbeitenden Krankendiensten oft nicht ernst genommen, auf die Zeit nach dem Transfer in die Kommunen vertröstet oder mit Schmerzmitteln abgespeist“ werden (vgl. Selders 2011, S. 2). Somit wird ein Defizit in der Versorgung aufgedeckt.

Ebenfalls in seinem Artikel über die Darstellung der Gesundheitsversorgung weist Bozorgmehr darauf hin, dass das Personal in den Unterkünften mit der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen überfordert ist – speziell bei Kindern. Das Personal

hat unzureichende Kenntnisse zu den Folgen der schweren psychischen Belastungen bei Kindern (vgl. Bozorgmehr 2016, S. 612).

Auch die hygienischen Zustände in den Unterkünften führen dazu, dass sich die Gesundheit der bereits erkrankten Personen verschlechtert. Zudem wird in den Ergebnissen der Studie behauptet, dass diese Personen unzureichend versorgt werden. Gerade wenn die Unterkünfte weit außerhalb im Umland liegen ist es schwierig weitere medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Gerade Frauen zeigen einen höheren Bedarf an ärztlicher Unterstützung. „Frauen zeigen eine höhere Inanspruchnahme auf Grund ihrer Rollenmodelle. Die hohe Nutzungsrate zeigt eine große Akzeptanz, jedoch verbleiben Bedarfe in der Versorgung, v.a. im Bereich der psychischen Gesundheit.“ (Bozorgmehr 2016, S. 614)

5.1.5. Dauer und Unsicherheit des Asylverfahrens

Nach der Ankunft in Deutschland erfolgt die Antragstellung und danach kommt es zur Anhörung oder auch Interview genannt. Bei einer Anerkennung kommt es zu einer Aufenthaltserlaubnis von drei Jahren. Bei einer Ablehnung wird geprüft, ob es Gründe für eine Abschiebung gibt, beispielsweise eine drohende Todesstrafe oder Verfolgung im eigenen Land. Ist dieses nicht der Fall, gilt der Antrag als abgelehnt (vgl. UNO-Fluechtlingshilfe, 2016). Für die Antragstellenden ist das Verfahren ein individueller Prozess, der sich je nach Fall und Hintergrund entsprechend lange gestaltet. Erschwerend zur Gesamtsituation kommt hinzu, dass die Antragsteller durch die Flucht belastet sind und es für sie eine erneute Belastung darstellt, ihre Erlebnisse im Interview noch einmal darzulegen. Frauen sind besonders davon betroffen, da sie andere Fluchtgründe haben, wie bereits in Kapitel 3 aufgeführt. Die Einzelheiten zu dem Fluchtgrund preiszugeben, stellt deshalb eine spezielle Herausforderung dar. Insofern stehen sie unter Druck, ihre Antworten im Interview entscheiden über den weiteren Verlauf ihres Antrages. Diese Situation kann sich auf das psychische Befinden weiter auswirken und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) verstärken oder depressive Verstimmungen hervorrufen.

„Wenn alle Unterlagen vollständig sind, soll das Verfahren ab 1. Dezember 2012 in der Regel nicht länger als drei Monate dauern“ (BAMF 2012). Da aber die Mehrheit der AsylbewerberInnen ohne die vollständigen erforderlichen Unterlagen ankommen,

verzögert sich die Bearbeitung der Asylanträge enorm. Je nach Herkunftsland kann das Asylverfahren bis zur 17,1 Monate dauern (Abbildung Nummer 10), (vgl. Statistik von PRO ASYL e.V.). So lange müssen die Flüchtlinge mindestens mit der Unsicherheit und der Angst über den Entscheid ihres Antrages leben.

Eine *Duldung* bedeutet für die Betroffenen, dass die Abschiebung vorübergehend ausgesetzt ist. Sie haben keinen Aufenthaltstitel. Das bedeutet dass sie keine Arbeitserlaubnis haben. Ein nachrangiger Zugang zum Arbeitsmarkt kann ihnen gestattet werden. Sie sind in ihrer Unterkunft ebenfalls eingeschränkt. Sie müssen sich in dem Bundesland der Antragstellung aufhalten und ihnen kann ihr Wohnsitz vorgeschrieben werden. Die Regierung kann nach 18 Monaten die Duldung in eine Aufenthaltserlaubnis umwandeln, muss sie jedoch nicht. Es gibt laut UNO Fälle, in denen Flüchtlinge bereits seit mindestens 10 Jahren geduldet werden. Sie müssen jederzeit mit einer Abschiebung rechnen (vgl. UNO-Flüchtlingshilfe, 2016). Eine Duldungsverlängerung gilt jeweils für drei Monate. Aber „Die Praxis der Duldungsverlängerung für jeweils nur 3 Monate wird von vielen Flüchtlingen über Jahre erlebt. Diese Ängste äußern sich in vielen Symptomen, wie unter anderem Traurigkeit, Schlaflosigkeit, Ratlosigkeit, Isolation, Heimweh, erniedrigtes Selbstwertgefühl, Appetitlosigkeit, das Gefühl beobachtet zu werden und Nutzlosigkeit“ (Förster / Ludwig 2011, S. 98). Somit das permanente Gefühl Angst um die Existenz oder Angst vor der Abschiebung begleitet den Asylprozess. Diese Ungewissheit stellt einen großen gesundheitsbeeinträchtigenden Faktor dar. Im März des laufenden Jahres veröffentlichte Ergebnisse der repräsentativen Studie der Charité über die Lebensumstände der geflüchteten Frauen, in der über 660 AsylbewerberInnen aus verschiedenen Bundesländern in Deutschland befragt worden sind, besagen unter anderem die Unsicherheit der Frauen hinsichtlich der Zukunft als signifikante Belastung. Dabei haben 35% der Teilnehmerinnen die Stabilität im Leben als deren ersten Wunsch benannt. (vgl. Ocak / Kurmeyer 2017, S. 33).

Verfahrensdauer der TOP 15 HKL nach Erst.- und Folgeantrag in Monaten		
Erst/Folgeanträge 01.01.2015 - 31.12.2015		
Herkunftsland	Entscheidungen	Durchschn. BearbD. in Monaten
Syrien, Arabische Republik	105.620	3,2
Albanien	35.721	3,2
Kosovo	29.801	3,1
Serbien	22.341	4,2
Irak	16.796	6,8
Eritrea	10.099	13,3
Mazedonien	8.245	4,5
Bosnien und Herzegowina	6.500	4,6
Afghanistan	5.966	14,0
Russische Föderation	4.832	11,8
Ungeklärt	4.128	5,1
Iran, Islamische Republik	2.664	17,1
Georgien	2.360	9,1
sonst. asiat. Staatsangeh.	2.332	6,5
Montenegro	2.297	4,5
Gesamt HKL	282.726	5,2

Abbildung 10 Dauer der Asylverfahren nach TOP 15 Herkunftsländern im Zeitraum im Jahr 2015

(PRO ASYL e.V., 2015)

Die in dieser Arbeit dargelegten Abläufe von der Antragstellung bis zur Integration werden in dem folgenden Schaubild von der Stadt Essen noch einmal zusammenfassend dargestellt (siehe Abbildung Nr. 11). Es wird gezeigt, wie die einzelnen Schritte verlaufen und welchen langwierigen Prozess es umfasst. Auch wenn die Flüchtlinge der Situation in ihrem Heimatland entkommen sind, steht ihnen in Deutschland noch ein beachtlicher Weg bevor, bis sie ein geregeltes Leben in der eigenen Wohnung und mit einer Arbeit verbringen können.

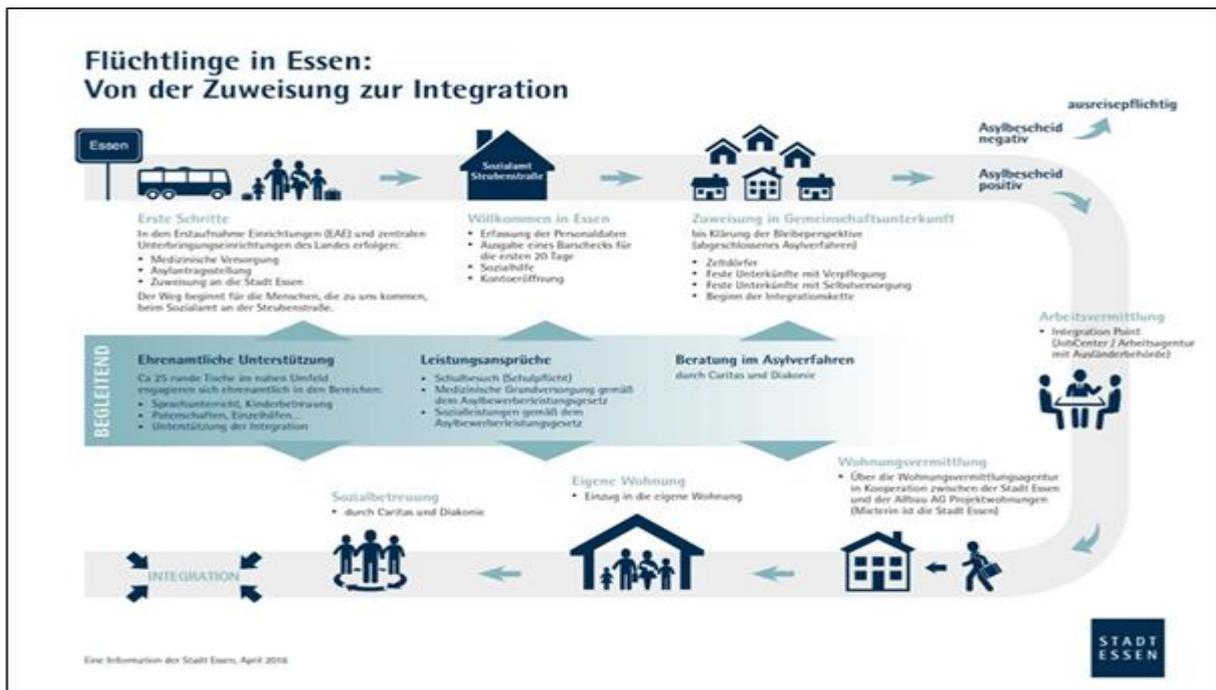


Abbildung 11 Infografik. Flüchtlinge in Essen: Von der Zuweisung zur Integration

(Presse- und Kommunikationsamt Stadt Essen, 2016)

6. Fragestellung und Methodik der qualitativen Erhebung

Das folgende Kapitel behandelt den empirischen Teil der Arbeit. In der vorliegenden qualitativen Erhebung wurde die subjektive Wahrnehmung und Sichtweise der Frauen über die Wohnsituation in Gemeinschaftsunterkünften erfragt und dadurch die möglichen gesundheitlichen Einflüsse dieser Unterbringungsform untersucht. Hierfür wurde nach gesundheitlichen Einflussfaktoren, den so genannten Gesundheitsdeterminanten der Gemeinschaftsunterbringungsformen gesucht. Weiterhin wurde der Frage nachgegangen ob und inwiefern die einzelnen Bestandteile des Unterbringungsverfahrens insbesondere für Frauen gesundheitsbeeinträchtigend sein können. Auf der Grundlage dessen, lässt sich das gesundheitliche Risiko dieser Form der Unterbringung bewerten. Hierzu wurden fünf Leitfadengestützte Interviews aus verschiedenen Gemeinschaftsunterkünften geführt.

Nach der Beschreibung der Methodik werden die Auswahl der Interviewteilnehmerinnen sowie die Leitfragen erläutert.

6.1. Methodik

Methodenauswahl: Um die subjektiven Einschätzungen und Empfindungen der Frauen angemessen abbilden und untersuchen zu können, wurde für die Durchführung und Auswertung eine qualitative Methode ausgewählt. Die Befragungen wurden mit problemzentrierten Leitfadeninterviews durchgeführt.

Das problemzentrierte Interview setzt auf ein offen gestaltetes Interview, bei dem die Probanden sich zu den Fragen frei äußern können. Das Interview „zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt, auf die er immer wieder zurückkommt“ (Mayring Philipp 2016, S. 67). Dabei reflektieren und formulieren die Befragten ihre Einschätzung zu einer gestellten Frage. Bei dieser Methode können die Befragten durch eine möglichst gleichberechtigte und offene Beziehung zwischen der Interviewerin und der Interviewpartnerin ehrlicher, reflektierender, genauer und offener antworten als bei einem Fragebogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik (vgl. Mayring Philipp 2016, S. 69).

Somit ermöglichen qualitative Verfahren möglichst unvoreingenommene und tiefere Informationsschöpfungen als quantitative Methoden und die Einschätzung der Befragten wird eingehender abgebildet (vgl. Witzel 2000).

Methodenanwendung:

Die fünf Interviews wurden außerhalb der Wohnunterkünfte der Teilnehmerinnen, an verschiedenen Tagen, in einem für die Teilnehmerinnen bekannten Lokal durchgeführt. Zu Beginn des jeweiligen Interviews wurden die Inhalte und Ziele der Studie erläutert und das Einverständnis zur Teilnahme eingeholt. Nach der Aufnahme der demografischen Daten startete die Befragung. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen. Die weiteren Schritte der Methodenanwendung werden im Kapitel Methodenauswertung beschrieben.

6.2. Auswahl der Interviewteilnehmerinnen

Zugang zu den Interviewpersonen wurde über die Tätigkeit der Autorin als Dolmetscherin hergestellt. Die Kontakte entstanden über die psychologischen Sprechstunden in den einzelnen Gemeinschaftsunterkünften der Stadt Hamburg die durch Dolmetscher begleitet werden.

Aufgrund der zeitlichen und sprachlichen Ressourcen wurden die Interviewpersonen aus der russischen Sprachgruppe ausgewählt. Insgesamt wurden 15 Frauen zur Teilnahme an der Untersuchung angesprochen. In einem offenen Gespräch nach den jeweiligen psychologischen Sprechstunden, wurden die Frauen um die Teilnahme an einem Interview gebeten. Dabei wurden die Inhalte und die Ziele der Untersuchung insgesamt erläutert. Zunächst haben 8 Frauen zur Teilnahme an dem Interview zugesagt. Alle Teilnehmerinnen kommen aus Russland bzw. aus der autonomen Republik Tschetschenien. Für die Erhebung ließen sich final fünf Frauen befragen. Ein Interview davon gilt als ein Prem-Test, dieser konnte mit in die Auswertung aufgenommen werden weil die Kernfragen des Interviews nach dem Pre-Test gleich geblieben sind. Die fünf Teilnehmerinnen werden im Kapitel 7 näher vorgestellt. Es folgt zunächst die Vorstellung des entwickelten Interviewleitfadens sowie die Materialauswertung.

6.3. Leitfragen

Ziel der Befragung ist, die subjektive Wahrnehmung und Sichtweise der Frauen über die Wohnsituation in Gemeinschaftsunterkünften abzubilden und mögliche gesundheitliche Einflüsse dieser Unterbringungsform zu untersuchen. Dazu wurden acht problemzentrierte Leitfragen vorbereitet. Die formulierten Fragen wurden mit Hilfe eines Pretests angepasst und durch ein in der Arbeitsmedizin häufig empfohlenes Verfahren, der „Arbeitssituationsanalyse nach Nieder“ optimiert. Die Arbeitssituationsanalyse nach Nieder ist ein mündliches Befragungsinstrument, dass in Form einer Gruppendiskussion in einem Arbeitsteam die für die Erhebung wichtigsten Belastungen heraus findet (vgl. Becker 2016, S. 29). Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) setzt ebenfalls auf dieses Verfahren, weil es sich für die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse gut eignet und das

Verfahren die Betroffenen zu Beteiligten macht. Außerdem deckt es die Schwachstellen aus Mitarbeitersicht auf und unterstützt in der Planung korrelierende oder präventive Maßnahmen (vgl. BGW, 2017). Aufgrund dessen, dass dieses Verfahren die Sichtweise der Betroffenen für die Analyse der Ist-Situation und für Optimierung und der Ist-Situation in den Vordergrund stellt, wurden zwei Fragen (Frage 2 und Frage 8) in die Leitfragen vorliegender Untersuchung angelehnt aufgenommen (vgl. Vogt 2016, S. 17-19).

Überblick der Leitfragen:

1. *Wie sieht der Alltag in Ihrer Unterkunft aus?*
2. *Wie schätzen Sie Ihre jetzige Wohnsituation ein?*

Durch die Fragen 1. und 2. soll ein Einstieg in das Thema geschaffen werden. Die Reflexion über die eigene Wohnsituation wird ermöglicht.

3. *Wie sind die Bedingungen für das Wohnen in der aktuellen Unterkunft?*
4. *Können Sie in Ihrer Wohnräumlichkeit einen intakten Haushaltsalltag führen?*

Die Fragen 3. und 4. bieten eine Reflexionsmöglichkeit über die Wohnbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft an. Die Formulierungen sind bewusst allgemein gehalten. Besonders interessant sind Informationen zu den einzelnen Aspekten der Wohnbedingungen und dessen Bedeutung für die Frauen.

5. *Wie finden Sie Ihr Wohnumfeld? Fühlen Sie sich auf dem Gelände der Unterkunft sicher?*
6. *Fühlen Sie sich als Frau in Ihren Wohnräumlichkeiten geschützt?*

Die Fragen 5. und 6. sind eine Überleitung auf das Thema Sicherheit und Autonomie der Frauen in Gemeinschaftsunterkünften. Es soll versucht werden das subjektive Empfinden der Bewohnerinnen über die Sicherheit und Autonomie als Frau in der Unterkunft herauszufiltern.

7. *Gibt es gesundheitliche Veränderungen seit der Änderung Ihrer bisherige Lebensführung und Wohnverhältnisse?*

Punkt 7. zielt darauf ab, die gesundheitlichen Veränderungen seit der Ankunft in Deutschland zu explorieren. Hier sind besonders die Gesundheitsdeterminanten aus der Veränderung der Wohnverhältnisse relevant. Wie ist die wahrgenommene aktuelle Wohnbedingung? Die Auskünfte sollen helfen mögliche gesundheitliche Belastungen, bezogen auf die Wohnbedingungen in den Gemeinschaftsunterkünften herausfiltern.

8. *Welche Verbesserungen/Änderungen der Bedingungen in der Unterbringung würden Sie als Frau sich wünschen?*

Als Expertinnen in eigener Sache sind die Frauen in Frage 8. dazu aufgefordert, sich zu Verbesserungs- und Änderungswünschen konstruktiv zu äußern. Die Teilnehmerinnen sind aufgefordert, Empfehlungen aus ihrer subjektiven Perspektive als Frau und Bewohnerin zur Verbesserung oder Veränderung der Wohnsituation in der Unterkunft zu geben. In diesem Zusammenhang ist es interessant herauszufinden welche Bedingungen für Frauen in der Gemeinschaftsunterkunft besonders wichtig sind.

6.4. Materialauswertung

Das auf dem Diktiergerät aufgenommene Material wurde zunächst transkribiert und fortlaufend mit Zeilennummern und Seitenzahlen versehen. Da die Erhebung in der russischen Sprache erfolgte, wurde das Transkript als nächstes durch die Autorin in die deutsche Sprache übersetzt und erneut mit Zeilennummern und Seitenzahlen versehen.

Im Vordergrund dieser Erhebung stehen die inhaltlichen Aussagen der Interviewpartnerinnen. Um eine bessere Lesbarkeit hierbei zu erreichen, wurde die Protokolltechnik „Übertragung in normales Schriftdeutsch“ (Mayring 2002, S.91) angewandt. Das beinhaltet das Beheben der Satzbaufehler und die Glättung des Stils (Mayring 2002, S.91). Für die Auswertung wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mittels induktiver Kategorienbildung angewandt (Mayring 2000, S.3). Hierfür wurden in einem Verallgemeinerungsprozess aus dem Material bzw. aus den transkribierten Texten Kategorien definiert, indem die Auswertungsaspekte direkt aus dem Material gewonnen wurden (Mayring 2002, S. 114). Vorab erfolgten die Bildung der Selektionskriterien und die Zusammenfassung. Wesentliche Inhalte blieben dabei erhalten, so dass das Material immer noch ein Abbild des

Grundmaterials ist. Nach einer Materialanalyse folgt die Interpretation des gesamten Kategoriensystems auf die Fragestellung der Studie (Mayring 2002, S.115-117).

7. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt in 7.1 die Darstellung der Ergebnisse aus den fünf geführten Interviews. Für die Inhalte wurden fünf Kategorien gebildet. Die Ergebnisse der Befragungen, bezogen auf den zuvor definierten Untersuchungsgegenstand werden in Kapitel 7.2 zusammengefasst.

Die Tabelle: Abbildung Nummer 12 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Daten der einzelnen Interviewteilnehmerinnen. Zur Wahrung der Anonymität der Probandinnen wurden die Namen durch die Autorin geändert. Darüber hinaus erfolgen keine Angaben zum aktuellen Wohnort.

Interview Nummer	Name	Alter	Familienstatus	Dauer der Aufenthalt in der Gemeinschaftsunterkunft	Kinder
Int. 1	Marita	29	verwitwet	10 Monate	3
Int. 2	Aelita	26	verheiratet	9 Monate	keine
Int. 3	Tamara	45	verwitwet	18 Monate	2
Int. 4	Yascha	31	verheiratet	7 Monate	3
Int. 5	Lulae	53	verheiratet	10 Monate	4

Abbildung 12 Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmerinnen

(Eigene Darstellung)

7.1. Ergebnisse

Die Ergebnisse konnten folgenden fünf Kategorien zugeordnet werden:

- Thema: Wohnsituation (Einschätzung der eigenen Wohnsituation)
- Thema: Wohnsicherheit (unmittelbare Wohnumgebung/Einrichtung)
- Thema: Gesundheit
- Thema: Verbesserungsvorschläge

Alle Erkenntnisse wurden mit Zitaten unter Angabe der Person und Interviewnummern (vermerkt mit Abkürzung - I.) aus den Transkripten belegt.

7.1.1. Thema Wohnsituation (Einschätzung der eigenen Wohnsituation)

Die Interviewteilnehmerinnen sehen die Arbeit der Wohnverwaltung und der Sozialarbeiterinnen sowie die medizinischen Leistungen als einen positiven Faktor für das Leben in einer Gemeinschaftsunterkunft.

Marita I.1: „Unter solchen Bedingungen ist es sehr schwer zu leben. Aber im Vergleich zu der Angst, die ich in Russland erlebt habe, kann man hier leben. In Russland habe ich in der ständigen Angst gelebt. In der ständigen Erwartung, dass „sie“ kommen. Ich hatte keine Sicherheit, dass mit meinen Kindern alles in Ordnung wird. Ich konnte die Kinder nicht zur Schule schicken. Die Bedingungen die ich hier in diesem Land habe hatte ich dort nicht. Im Vergleich bin ich froh mit meiner jetzigen Wohnsituation. Ich kann das hinnehmen“

Tamara I.3: „Die Umgebung, der Einrichtung ist sicher und sauber. In dieser Hinsicht sind wir sehr zufrieden. Es ist grün, es werden Blumen eingepflanzt. Die Verwaltung gibt sich dafür sehr viel Mühe.“

Yascha I.4: „Mein Mann ist krank, er wird im Moment vielseitig untersucht. Er bekommt Medikamente, langsam gibt es Verbesserungen. Zu den medizinischen Leistungen kann man hier nichts sagen, ehrlich gesagt. Es wird untersucht, therapiert. Sie machen alles. Seitdem wir hier sind, wurde er zwei Mal im Krankenhaus behandelt. Er wurde umfangreich untersucht. Die Medizin ist hier gut.“

Eine Teilnehmerin vermerkt positiv den Umgang mit Frauen in Deutschland.

Marita I.1: „Ich sehe, die Frauen werden hier respektiert. Man hört einer Frau zu. Die Frau kann sich als Mensch fühlen.“

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen nehmen ihre aktuelle Wohnsituation als Belastung war. Das Teilen der Räumlichkeiten mit anderen Familien, vielseitige Untersagungen und ständig nur zur Versorgende Menschen zu sein, scheint den Frauen sehr schwer zu fallen.

Aelita I.2: „Erstens das wir mit anderen Familien zusammenleben müssen, macht es schwer. Zweitens können wir nicht kochen, aufräumen waschen oder uns frei bewegen. Wenn ich mit meinem Mann allein sein möchte, kann ich das auch nicht machen. Es ist unangenehm, falls jemand uns hört. Man muss immer leise reden. Ich bin gezwungen auch im Zimmer das Kopftuch zu tragen und voll bekleidet zu sein. Falls nachts irgendjemand reinkommt. Außerdem lebt noch eine Familie zusammen mit uns. Wir haben es oft schwer.“

Lulae I.5: „Leider gibt es hier nicht mal einen Fernseher. Als ob es ein geschlossener Kreis ist und man in einem Gefängnis leben würde. Ehrlich. Man hat manchmal solche Gefühle: Nur zum Essen gehen, wieder zurück als ob (...?). Man wünscht sich etwas mehr an Gutem, mehr Freude im Leben hier“

Lulae I.5: „Manchmal möchte man einfach nur weinen. Nirgendwohin gehen zu können. Bei wem kann man sich beschweren?! Wir sind ohnehin Flüchtlinge. In unserer Situation können wir keine Entscheidungen treffen, gar nichts. Ich wünsche keinem so ein Leben.“

Yasha I.4: „Wir haben nur ein Zimmer, was kann man mit einem Zimmer anfangen, wenn man Kinder hat? Es ist nichts erlaubt, nur schlafen, stehen, rein und rausgehen, das war es. Mehr nicht.“

Hinsichtlich der unmittelbarer Wohnumgebung ist festzustellen, dass insbesondere der Lärm als massiver Störfaktor empfunden wird.

Marita I.1: „Lärm ist sehr belastend, man hört sogar wie der Nachbar schnarcht. Ein Nachbar von mir schnarcht, der andere singt. So eine Geschichte habe ich (lacht). Sie sind nachts sehr laut.“

Tamara I.3: „Wenn es mir mal gelingt einzuschlafen, fängt der Lärm von außen an. Kinder mit Fahrrädern, mit Spielautos. Wenn ich einmal aufwache, schlafe ich auch nicht mehr ein. Am nächsten Morgen ist mein Kopf so (zeigt mit Gestik, dass der Kopf groß angeschwollen/groß ist). Ich bin dann sehr nervös und leicht reizbar. Das wirkt sich auf das Nervensystem aus. Daraus entstehen dann andere Krankheiten. Das gleiche Problem hat auch meine Schwiegertochter, sie wird auch oft vom Lärm in der Nacht wach. Sie erzählt, dass sie sich nicht ausruhen kann und am Tag nervöser ist als sonst. Schlaf wird oft unterbrochen. Gemeinsame Lebensbedingungen mit anderen sind sehr schwer,

Lulae I.5: „Zehn Monate sind keine kurze Zeit. Überall um einen herum sind die lauten Stimmen der Kinder. Manchmal weinen die Kinder bis 01:00 nachts. Es hört sich an, als ob das Kind bei uns im Zimmer weint. Mein Mann bedeckt seine Ohren dann immer mit seinem Kissen. Wir haben überlegt, vielleicht das Zimmer zu wechseln. Aber das würde nichts bringen. Überall sind Kinder, in der Unterkunft sind viele kleine Kinde. Wenn man am nächsten Morgen, nach so einer Nacht aufsteht, fühlt man sich als ob man nicht geschlafen hat, der Kopf knallt vor Schmerz. Tagsüber läuft man dann wie... (erschöpft mit der Schulter zeigend). Abends ab ca. sechs oder sieben Uhr werden die Kinder auf die Flure geschickt. Dort sind sie bis 12 Uhr nachts am Spielen. Sie spielen Verstecken, Laufen und bekommen Besuch von anderen Kindern aus anderen Containern. So spielen locker sieben bis acht Kinder auf dem Flur in der Nacht. Andererseits, was kann man gegen Kinder machen. Sie möchten spielen, das sind ja Kinder. Das ist zwar belastend für uns, aber wir beschweren uns nicht.“

Zentral gelegene Sanitarräume scheinen für die Frauen abgesehen von deren Zustand, besonders belastend zu sein.

Lulae I.5: „Es ist sehr schwer weil es gerade jetzt dunkel und kalt draußen ist. Man muss die Kinder und sich dafür komplett anziehen. Nachdem du wiederkommst, ist es schwer wieder in den Schlaf zu finden. Manchmal..., na ja was kann man machen?“

Marita I.1: „Ich habe einen kleinen Eimer ins Zimmer gestellt falls die Kinder auf Toilette möchten. Damit sie in der Nacht nicht raus müssen. Meine Kinder sind stark verängstigt. In der Nacht gehen sie gar nicht nach Draußen. Mein ältester Sohn möchte überhaupt nicht auf die Männer Toilette gehen, auch tagsüber nicht. Es fällt schwer ihm sehr schwer.“

Aelita I.2: „Die Kinder pinkeln teilweise direkt auf den Boden. Dort wird Geschirr gewaschen, dort liegen Essensreste. Restmüll liegt in der Dusche, im Waschbecken und auf dem Boden. Es ist unangenehm. Manchmal warte ich den ganzen bis zur letzten Minute Tag bis dort saubergemacht wird und renne los. Damit ich das WC benutzen kann.“

Yascha I. 4: „Tagsüber wenn man duschen möchte, ist dort natürlich viel los. Wenn man abends dahingehen möchte, muss man einen Mann als Begleitung mitnehmen. Nachts wenn die Kinder auf Toilette möchten, muss man sie dahin begleiten. Da laufen oft viele Männer, aus verschiedenen Nationen, auch in kurzen Hosen rum. Ohne meinen Mann kann ich dort abends nicht mehr hingehen“

Ein anderer Aspekt der häufig erwähnt wird ist die Untersagung, die eigene Wäsche selber waschen zu können.

Marita I.1: „Ja. Die Männer machen die Wäsche. Die Wäsche wird gewaschen und getrocknet. Die Unterwäsche gibt man ungern dort ab. [...]“; „Die konnte ich bisher nicht zum Waschen abgeben (lachend). Weil ich mich schäme diese persönlichen Sachen den Männern dort zum Waschen zu geben. Diese Sachen wasche ich selber im Zimmer“.

Yascha I.4: „Die Wäsche wird nicht nach Farben sortiert, sondern einfach zusammen gewaschen. Meine Unterwäsche gebe ich dort auch nicht zum Waschen ab... Es kommt vor, dass wir die Wäsche nicht vollständig zurückbekommen, manchmal fehlen z.B. Socken oder ähnliches.“

Lulae I.5: „... Bei uns in der Kultur ist es überhaupt nicht üblich den Männern eigene Wäscheteile zu zeigen. Am Anfang war es mir sehr schwer gefallen das zu tun, jetzt gewöhne ich mich langsam daran. Ich hatte auch mal versucht auf ein weibliches Personal abzuwarten. Bis sie zu ihrer Schicht wieder kam, das war auch schwer“

Des Weiteren empfinden die Teilnehmerinnen die Qualität vom Essen alle gleichermaßen problematisch. Viele beschreiben das Essen als „unmöglich“ zu essen.

Aelita I.2: „Ich möchte mich nicht beschweren. Ich danke Allah für alles was wir haben. Aber jeden Tag Käse und Wurst essen ist unmöglich. Zum Mittag gibt es immer nur Reis als Beilage. Einfacher in wassergekochter Reis. Das kann nicht schmecken, wenn man ohne Salz oder Gewürz. Ich esse den Reis auch nicht. Ich esse dort nur das Bort und trinke Tee. Ich gehe nur für meinen Mann dorthin, damit er isst. Das Essen wird fertig geliefert, das kann man nicht mehr essen.“

Lulae I.5: „Ich gehe sehr hungrig rein. Ich kann trotzdem nichts runter bekommen, ehrlich. So nehme ich nur Milch und trinke es mit Brötchen.“

Yasha I.4: „Es gibt drei Mahlzeiten. Mittags sind die Kinder zurück und wir gehen gemeinsam in die Mensa. Ehrlich gesagt, ist das Essen dort aber nicht essbar. Es gibt zwar Tage an denen das Essen normal schmeckt, aber meistens schmeckt es nicht. Deshalb versuchen wir immer zu frühstücken und Abendbrot essen.“

Yasha I.4: „Wenn sie uns nur erlauben würden selbst zu kochen, zumindest für die Kinder. Die essen in der Mensa nichts. Eben waren wir Mittag essen und mein Sohn hat gar nichts gegessen, nur das Brot. Der jüngste isst dort auch kaum. Mal ist das Essen zu scharf und manchmal hat es gar keinen Geschmack. ... Wir Erwachsenen versuchen dort zu essen, aber den Kindern fällt es schwer dort zu essen.“

Marita I.1: „Man vermisst das gewohnte Essen sehr. Die Kinder haben in der Nacht Hunger. Sie würden dann gerne etwas zu Essen haben aber du kannst nichts für sie zubereiten. Klar kann ihnen dann Brot oder ähnliches geben. Aber etwas Warmes kann ich ihnen nicht geben. Gestern ist mein Kleiner in der Nacht aufgewacht, geht zum Tisch und nimmt sich das Brot. Er isst das trockene Brot. (lachend). Das war um drei Uhr morgens. Stell dir das mal vor. Da dreht sich das Herz um“

7.1.2. Thema Wohnsicherheit (unmittelbare Wohnumgebung/ Einrichtungsumgebung)

Die Themen Sicherheit und Autonomie der Frauen in den Wohn-, und Sanitarräumlichkeiten sowie auf dem Gelände der Gemeinschaftsunterkünfte sind sehr wichtig. Es wird deutlich, dass sich die Frauen in der Unterzahl befinden und sich von den Männern in der Überzahl permanent beobachtet fühlen. Und das sowohl von den männlichen Bewohnern als auch vom Sicherheitspersonal. Diese Belastung schränkt die Freiheit zusätzlich ein.

Marita I.1: „Ich sehe ständig Augen die mich begleiten, die wissen ja, dass ich nun schon so jung allein bin.“; „... Mich wundern diese Menschen, sie schauen sehr stark auf mich. Das merkt man deutlich. Sie stehen einfach so da und starren auf mich (Mit Kopf zeigend).“

Marita I.1: „... das ist beängstigend, man denkt, gleich kommt jemand herein. Auch wenn es dann kein Mann ist, es ist dennoch beklemmend. Da können alle rein, es ist ja ein Gemeinschaftsraum. Wenn mein Mann hier wäre, er würde vor der Tür stehen, mich beschützen und auf mich aufpassen. Alle anderen Frauen lassen ihre Männer vor der Tür stehen während sie duschen. Aber wenn du alleine bist, ist das schon eine ganz andere Geschichte“

Aelita I.2: „Nun haben wir zwar Schlüssel und können hinter uns abschließen, aber die Verwaltung haben Zugangsschlüssel zu unseren Räumen. Sie können trotzdem von außen aufschließen. So gibt es trotzdem keinen ruhigen Schlaf. Das ist Schutzlosigkeit. Das ist sogar schwerer als Schutzlosigkeit. Sie können jeder Zeit reinkommen. Das ist überhaupt kein Leben“

Aelita I.2: „Wenn man nach draußen geht, sind dort immer andere Männer. Es läuft auch viel Sicherheitspersonal rum, das sind ja auch alle Männer. Dort sind alle Männer. Das finde ich nicht angenehm. Wenn jemand dich die ganze Zeit beobachtet, es ist sehr unangenehm. Wenn man die ganze Zeit angestarrt wird, fühlt man sich nicht wohl. In unsere Religion ist es sehr privat. (...?). In unsere Religion bedeckt zu sein, ist ein Zeichen des Respekts gegenüber dem Anderen. Das gefällt mir

in unsrer Religion. Ich denke, wenn es ein Heim gäbe, wo weniger Familien zusammenleben, wäre es einfacher. Allerdings ist es schwer mit so vielen Personen zusammen zu leben“

Lulae I.5: „Ich denke es ist besonders schwer für die Frauen muslimischen Glaubens allein unter geflüchteten zu sein. Frauen dürfen laut des Islam nicht mit fremden Männern sprechen, z.B. auch nicht die Männer ansprechen die Mitarbeiter dieser Einrichtung sind. So fällt es ihnen sehr schwer diese Hürde zu überwinden und aktiv sowie mündig zu werden.“

Ein Sanitärraum besteht aus den Duschkabinen und ist durch einen offenen Flur mit einer Eingangstür von den Toilettenkabinen getrennt. Mehrere Aussagen bezüglich des Zustands der Sanitärräume wurden schon oben in der Frage zu Einschätzung der eigenen Wohnsituation erwähnt. Alle Teilnehmerinnen berichten über die unvorteilhafte zentrale Lage, über die wenig Schutz bietende Ausstattung sowie dem kaum witterungsgerechten Zustand der Duschräume.

Yascha I.4: „Sie sind ungefähr 100 Meter entfernt. Die Sanitärräume werden kaum aufgewärmt, obwohl es kalt ist. Man kann die Kinder dort kaum zum Duschen bringen. Da gehen alle rein und raus die Türen sind ständig offen. Außerdem ist es sehr schmutzig. Es wird zwar saubergemacht, aber es gibt Menschen die schmutzig leben, dadurch ist es unmöglich dort zu duschen, vor allem die Kinder. Es ist sehr schwer im Lager, ehrlich gesagt.“

Lulae I.5: „Im Februar ist es genau ein Jahr. In dieser Unterkunft sind wir seit zehn Monaten. Dieses Jahr ist es sehr schwer zu duschen, besonders für Männer, weil dort alle Kabel, die für die Heizung zuständig sind, entfernt wurden. Dort ist es kalt. Es ist praktisch unmöglich zu duschen.“

Lulae I.5: „In den Toilettenräumen ist es oft schmutzig. Die Erwachsenen lassen ihre kleinen Kinder alleine auf Toilette gehen. Die Eltern begleiten kaum die Kinder auf Toilette und so machen die Kinder alles einfach auf dem Boden.“

7.1.3. Thema Gesundheit

Die Teilnehmerinnen sind im Allgemeinen zufrieden mit den medizinischen Leistungen in Deutschland. Sie berichten, dass hier umfangreiche gesundheitliche Untersuchungen stattfinden.

Bei der Frage nach gesundheitlichen Veränderungen seit dem Leben in der Gemeinschaftsunterkunft wird deutlich, dass die Teilnehmerinnen sich die erste Zeit nach der Ankunft in Deutschland erholt und gut gefühlt haben. Aber danach habe sich dieser Zustand wieder verschlechtert. Der Großteil der Bewohnerinnen berichtet über psychische Belastungen.

Aelita I. 2: „Ehrlich gesagt, ging es mir nach der Ankunft sehr schlecht. Kurze Zeit später habe ich mich etwas erholt und mir ging es besser. Momentan fühle ich mich wieder schlechter. Meine

Kopfschmerzen werden stärker und der Rücken tut auch weh. Vielleicht kommen diese Beschwerden von der mangelnden Ernährung oder wegen dem Stress. Ich habe chronische Migräne und niedrigen Blutdruck. Ich leide auch noch unter Verletzungen aus dem Krieg vor 16 Jahren. Ich habe eine ganze Reihe an Beschwerden.“

Yascha I.4: „Wir sind jetzt seit 7 Monaten hier. Innerhalb dieser Zeit, wie soll ich das beschreiben, ich weiß nicht ob das Stress ist, also seine Nerven sind nicht in Ordnung. Wir sind nervös. Deshalb streiten wir uns mit meinem Mann auch öfter als sonst. Wir gehen auch zum Psychologen. Der sagt es liegt am Stress. Natürlich ist es sehr schwer, wenn man nicht einmal die Möglichkeit bekommt normal zu leben, zu kochen.“

Tamara I. 3: „Eine positive Veränderung ist, dass ich mich in der Hormontherapie gegen mein Asthma und meine Lungenentzündung befinde. Psychische Beschwerden, wie z.B. Nervosität haben zugenommen. Ich habe Kopfschmerzen und habe ständig Geräusche im Kopf. Es hat sich mit den Tabletten etwas verbessert. Das liegt wahrscheinlich an der Ungewissheit und der Lärmbelästigung hier.“

7.1.4. Thema Verbesserungsvorschläge

Die Teilnehmerinnen glauben wenig an große Verbesserungen der Wohnbedingungen in den Gemeinschaftsunterkünften. Fast alle Teilnehmerinnen wünschen sich Verbesserungen in der Essensqualität. Für viele ist es ganz wichtig, möglichst normal wie möglich leben zu können.

Aelita I.2: „Ich denke große Veränderungen sind nicht möglich. Es wäre gut, wenn man die Essensauswahl ändern würde. Genauso wie die Autonomie und die Privatsphäre in der Dusche, dass man sich dort während des Duschens einschließen kann. Wenigstens diese Kleinigkeiten. Ich bin keine Person die meckert.“

Lulae I.5: „Dass in Gemeinschaftsunterkünften zu leben fröhlicher, angenehmer so, dass man kein Gefühl hat, das man in einem Lager wohnt. Als ob man auch in einem normalen Haus wohnen würde.“

Lulae I.5: „Ich wünschte mir einen Ruheraum, wo man etwas schlafen und ausruhen kann oder auch zum Flickern und zum Nähen. Wenn man uns eine Nähmaschine zur Verfügung stellen würde könnte ich etwas an der Nähmaschine nähen. Leider gibt es hier nicht mal Fernsehen. Als ob es ein geschlossener Kreis ist. Als ob man in einem Gefängnis leben würde. Ehrlich. Manchmal hat man solche Gefühle. Man wünscht sich etwas mehr Gutes, mehr Freude im Leben hier... Vielleicht ein Zimmer zur Erholung für Frauen. Unterschiedliche Gesellschaftsspiele für die Kinder wie Domino. Wenn so ein großes Zimmer für uns vorhanden wäre, würden wir uns dort entspannen. Ansonsten sind wir den ganzen Tag in dieser Höhle, manchmal hat man außen Termine und das war es. Ich würde mir verschiedene Kurse für Frauen wünschen und dass das Essen sich etwas bessert. Damit man es essen kann.“

Yascha I.4: „Ich wünsche mir was eine Frau sich wünschen würde. Es sollte möglichst wie Zuhause sein. Gemütlichkeit damit man möglichst normal leben kann. Damit man für die Erledigung der Bedürfnisse nicht nach draußen gehen muss und alles unter einem Dach ist. Besonders für Familien mit Kindern wäre es leichter wenn alles unter einem Dach wäre.“

7.2. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung lassen sich gut auf die Forschungsfrage übertragen. Die Forschungsfrage lautete: „In wie weit sind geflüchtete Frauen in Gemeinschaftsunterbringungen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt?“ (siehe auch Kapitel 5). Die Aussagen der Frauen zu den Gemeinschaftsunterkünften, bestätigen die Ergebnisse aus dem Kapitel 4.1 Über die Gemeinschaftsunterkünfte und der Kapitel 5.1.1 über die Wohnsituation. Es wird deutlich, dass wenig Lebensraum zur Verfügung steht. Die Zimmer seien klein und die Familien seien ebenfalls auf kleinstem Raum untergebracht. Ein weiterer Punkt sei die Lärmbelästigung, vier Teilnehmerin (n¹ = 4) benannten dies als Störfaktor. Die Frauen merkten zusätzlich an, dass sie nervlich belastet seien, weil sie nicht zur Ruhe kämen. Der Begriff „Gefängnis“ wurde genannt, er spiegelt das Gefühl der Bewohnerinnen gut wieder. Es fehle ein gemütliches zu Hause zum Wohlfühlen sowie Räume der Entspannung und Rückzugsmöglichkeiten.

Die hygienischen Bedingungen waren ebenfalls Teil der Befragung. Es bestätigte sich in den Aussagen der Frauen (Kapitel 7.1, *Kategorie Wohnsituation*), dass die sanitären Anlagen oft dreckig seien (n=5). Zusätzlich brachten die Frauen hervor, dass es für sie schon nicht schön sei, aber für die Kinder sei es noch schlimmer sich dort zu duschen. Um die oft schmutzigen sanitären Anlagen zu nutzen müssen sie rausgehen. Für Kinder und in der Nacht sei das unvorteilhaft. Die Duschvorhänge seien immer wieder geklaut worden. Die Autonomie und die Sicherheit in den Sanitärräumen, wo die Duschkabinen und Toilettenkabinen durch einen Flur getrennt sind, seien kaum gegeben. Das bestätigten alle Teilnehmerinnen (n=5).

Ein neuer Aspekt den die Frauen ansprachen war, dass sie ihre Wäsche zum Waschen würden abgeben müssen. Aufgrund der kulturellen Hintergründe würden insbesondere die Frauen darunter leiden. Das sei ein Eingriff in die Privatsphäre (n=3).

In dieser Arbeit wurde bereits das Thema Essen und die zentrale Essensausgabe als einschränkender Faktor im Leben der Flüchtlinge benannt (siehe Kapitel 7.1, *Kategorie Wohnsituation*). Die Frauen merkten an, dass es außerdem geschmacklich nicht tragbar sei (n=5). Laut der Frauen war das Essen zwar pflichtmäßig eingehalten, aber

¹ Anzahl der Interviewteilnehmerinnen

keineswegs genüsslich. Oftmals seien sie es aus ihrer Heimat gewohnt, sich um das Kochen zu kümmern, zu Waschen und die Familie zu verpflegen. Diese Aufgabe werde ihnen in den Gemeinschaftsunterkünften gänzlich genommen.

Es ist nochmals deutlich geworden, dass es für Frauen die alleine nach Deutschland gekommen seien besonders schwierig sei. Sie würden zwar die Türen ihrer Wohnräume abschließen können, hätten aber trotzdem noch das Gefühl, jemand vom Sicherheitsdienst reinkommen könne (n=2). Das Gefühl auf dem Gelände der Unterkunft beobachtet zu werden begleite sie ständig (n=3) (Kapitel 7.1, *Kategorie Wohnsicherheit*). Sie brachten ebenfalls noch den neuen Aspekt ein, dass das Sicherheitspersonal und das Personal überwiegend männlich seien. Das sei für einige Frauen ungewohnt und bereite ihnen eine Barriere in der Kommunikation (n=2).

Entgegen der theoretischen Grundlage zur medizinischen Versorgung in Kapitel 5.1.5) hätten diese Bewohnerinnen positive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht (n=5). Ihre Krankheiten seien versorgt worden und es sei ihnen nach der Ankunft in Deutschland erst mal besser gegangen. Da sie jedoch alle bereits seit mehreren Monaten in den Gemeinschaftsunterkünften untergebracht seien, unterlägen sie den dortigen Stressoren, die in dem Kapitel 4.1 *Gemeinschaftsunterkünfte und die Wohnsituation* dargestellt sind. Als Folge nennen diese Frauen psychische Beeinträchtigungen (n=4) und erhöhte Lärmbelastungen (n=5) Kapitel 7.1, *Kategorie Wohnsituation*. Es bedeute nervlichen Stress für sie.

Abschließend erscheinen die Wünsche der Frauen als genügsam und anspruchslos. Die meisten Teilnehmerinnen würden sich eine Verbesserung in der Essensration wünschen (n=5) sowie Wohnzimmer mit integrierten Sanitäreinrichtungen (n=4). Eine Teilnehmerin erwähnte den Wunsch von sich und ihren Nachbarinnen. Sie würden sich einen Handarbeitsraum und einen Ruheraum für Frauen wünschen. Sie würden dort nähen und flicken. Das würde sie beruhigen und ablenken (Kapitel 7.1, *Kategorie Verbesserungsvorschläge*).

Die Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen, Ausruhen, angemessene Körperpflege und eine Beschäftigung in den Unterkünften scheinen kaum erfüllt zu werden. Dabei scheint es für diese Frauen eine sehr große Bedeutung zu haben. Es sind Forderungen nach einem halbwegs normalen Leben.

Die Angaben weisen darauf hin, dass das Verfahren der Gemeinschaftsunterbringung deutliche gesundheitliche Belastungen für die dort lebenden Frauen mit sich bringt. Bedingt durch die Wohnbedingungen, wenig Autonomie und Selbstbestimmung sowie Mangel an Schutz und Sicherheit für dort lebenden Frauen.

8. Diskussion

Dieses Kapitel widmet sich der kritischen Betrachtung in Bezug auf die angewandte Untersuchungsmethode und auf die Untersuchungsergebnisse zurückführend auf die Determinanten von Unterbringungsverfahren und –formen die in dem theoretischen Teil dieser Arbeit dargelegt wurden.

8.1. Methodendiskussion

Als Forschungsmethode wurde für die vorliegende Arbeit die qualitative Erhebung „Problemzentriertes Interview“ angewendet. Das Empfinden und die Einschätzung der Frauen über Ihre Wohnsituation in Gemeinschaftsunterkünften konnten mit dieser Methode gut exploriert werden. Die Sichtweise der Teilnehmerinnen wurde durch offene Fragen (Kapitel 5.3) gewonnen. Dies konnte die möglichst unvoreingenommene und umfangreiche Informationsgewinnung sicherstellen. Obwohl die Wahl der Methode als geeignet betrachtet werden kann, bestand bei der Umsetzung an einigen Stellen Optimierungsbedarf.

In der Umsetzung des Leitfadengestützten Interviews war auffällig, dass einige Teilnehmerinnen durch die offenen Fragen verunsichert wirkten. Erst durch zusätzliche gezielte Fragen kam es zu einer eingehenden Darlegung ihrer Sichtweise. Dies kann durch interkulturelle Unterschiede in der Gesprächsführung bedingt sein.

Des Weiteren war für einige Teilnehmerinnen die Situation durch die Aufnahme des Gesprächs auf ein Diktiergerät etwas Besonderes. Sie wirkten aufgeregt und in gewisser Weise gehemmt, obwohl sie vor dem Interview über die Anonymität aufgeklärt wurden. So schilderten einige Frauen nach dem Ende der Aufnahme ihre Lebenssituation ausführlicher als während der Tonaufnahme. Hier könnte man auf das Gedächtnisprotokoll als Methode zurückgreifen. Für den besseren Ablauf der qualitativen Untersuchung könnte man einige Fragen konkreter formulieren. Als

Interview-Ort sollte ein geschützter Raum ohne Lärmbelastung ausgewählt werden, damit ein sicherer Rahmen für den Austausch geboten ist. Für eine umfassendere Untersuchung wäre ein Einbeziehen von Teilnehmerinnen aus verschiedenen Ländern in die Untersuchung wichtig.

8.2. Ergebnisdiskussion

Das Untersuchungsziel der vorliegenden Arbeit war die Erfassung, ob und welche gesundheitlichen Risiken für Frauen in den Gemeinschaftsunterkünften ausgehen. Um Anschließend empirische Aussagen über die Gesundheitsdeterminanten dieser Form von Unterbringung für die Asylsuchende Frauen darstellen zu können. Die Hauptergebnisse waren die prekäre Wohnsituation der Frauen in Gemeinschaftsunterkünften bedingt durch Bestimmungen der Unterbringungsverfahren für Flüchtlinge und damit einhergehende psychische Belastungen der Bewohnerinnen. Folgende Punkte könnten die Ergebnisse beeinflusst haben. Beispielsweise die Tatsache, dass die Teilnehmerinnen seit einiger Zeit der Autorin dieser Arbeit durch ihre Tätigkeit in den jeweiligen Unterkünften für asylsuchende Menschen bekannt waren. Diese Vertrautheit war von großem Vorteil für ein offen geführtes Interview. Der Stichprobenumfang von insgesamt fünf Interviewteilernehmerinnen begrenzt die Aussagekraft. Allerdings gestaltete sich der Zugang zu dieser Zielgruppe schwierig. Zum einen waren es die sprachlichen Barrieren und zum anderen Angst und Misstrauen der Untersuchungsteilernehmerinnen davor dass ihre Aussagen ihr Asylverfahren negativ beeinflussen könne. Dennoch war es für die Autorin eine interessante und herausfordernde erste Erfahrung mit einer qualitativen Untersuchungsmethode. Es war spannend die Bewohnerinnen der Unterkünfte für Asylsuchende Menschen zu Wort kommen zu lassen, ihre Sichtweisen, Empfindungen und Verbesserungsvorschläge zu erfahren.

9. Schlussbetrachtung und Empfehlungen

Diese Arbeit hat sich schrittweise mit dem Thema Unterbringung und Gesundheit von Flüchtlingen befasst. Zunächst wurde der Begriff Asyl erläutert und speziell in Bezug auf die Frauen abgebildet. Diese wurden zum Schwerpunkt der vorliegenden

Bachelor-Thesis gemacht. Im weiteren Verlauf konnte die Wohnsituation von den Flüchtlingen dargelegt werden. Hierbei wurden die Gemeinschaftsunterkünfte und die dezentralen Unterbringungen erläutert. Das Schichtenmodell von Dahlgren und Whitehead gaben eine Übersicht über die Faktoren, die auf die Gesundheit einwirken können und diese beeinflussen. In Anlehnung daran wurden verschiedene Gesundheitsdeterminanten aufgeführt. Die Wohnsituation und die Arbeitssituation sind demnach ebenso prägend wie die Residenzpflicht und die Defizite in der Gesundheitsversorgung. Zusätzlich wurden die Dauer und die Ungewissheit des Asylverfahrens als Risiko für die Gesundheit gesehen. Diese Aspekte stellen die theoretische Basis dieser Arbeit dar.

Der zweite Teil dieser Arbeit in Kapitel 5. und 6. widmete sich einer qualitativen Untersuchung. Mit problemzentrierten Interviews wurde die Wohnsituation von fünf Frauen aus den Gemeinschaftsunterkünften erfasst. Dieser Teil wurde durch die Zitate aus den Transkriptionen der Gespräche belegt und konnte ein eindrückliches Bild über die subjektiven Einschätzungen der Bewohnerinnen liefern. Viele Belastungsfaktoren und somit auch gesundheitsriskante Faktoren konnten deutlich benannt werden.

Die Leitfrage, ob und inwiefern die einzelnen Aspekte der Unterbringung der Flüchtlinge gesundheitsbelastende Auswirkungen haben können, konnte in vielerlei Hinsicht beantwortet werden.

So lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Flüchtlinge auf Grund der momentanen Situation einen sicheren und geschützten Raum zum Leben haben. Die Gründe der Flucht sind hier in Deutschland abgewendet und es drohen ihnen weder Verfolgung noch kriegsähnliche Zustände. Sie werden gepflegt und es besteht die Möglichkeit für die Kinder, Institutionen wie Kindergärten und Schulen zu besuchen. Diesen Zustand wussten die geflüchteten Frauen im Interview durchaus zu schätzen.

Es bestätigten sich auch die im theoretischen Teil dargelegten Belastungsaspekte der Wohnsituation, der Residenzpflicht und der Arbeitssituation. Teilweise werden die Unterkünfte als Gefängnis wahrgenommen und mehrere Frauen äußerten den Faktor der Lärmbelästigung als gesundheitliche Belastung. Glücklicherweise machten sie mit dem Gesundheitssystem positive Erfahrungen. Erschwert wird die Wohnsituation durch mangelnde Hygiene in den sanitären Anlagen. Die Einschränkungen in der eigenständigen Essenszubereitung, die Enge der Räumlichkeiten und die Kontrollen in den Unterkünften erlebten alle Frauen als negativ. Wie das Essener Modell

(Abbildung 5) in Kapitel 5.1.5 von der Ankunft bis zur Integration darstellt vergeht bei vielen eine lange Zeit.

Auf Grund der Gesamtsituation wurde und wird Deutschland vor eine enorme Herausforderung gestellt. Deutschland hat es geschafft vielen Asylsuchenden einen Schutz zu bieten. Negativ ist jedoch unumstritten die Unterbringung. Im besten Fall ist es Asylsuchenden möglich eine eigene Wohnung zu beziehen. Dies ist jedoch aufgrund des angespannten Wohnungsmarktes kaum gegeben ist. Daher bleibt die Aufgabe die Situation in den Unterkünften zu verbessern. Die Frauen klagten, dass nicht alle auf die Hygiene achten würden. Eine Möglichkeit dieses Problem zu lösen, wäre eine Hygieneaufklärung. Den Bewohnern sollte die Bedeutung der Pflege (Sauberkeit) der sanitären Anlagen für die Gesundheit gelehrt werden um damit ein Bewusstsein für die Hygiene bei den Menschen zu fördern.

Die Lärmbelästigung stellt für alle Bewohnerinnen einen großen Stressfaktor dar. Schreiende Kinder und Babys sind eine schwer unter Kontrolle zu bekommende Determinante. Da es vorgeplant ist in diesen Unterkünften eine große Zahl der Menschen unterzubringen, sollte man schon bei dem Bau der Einrichtung auf schalldämmende Wände achten. Auch ein Ruheraum sollte berücksichtigt werden. Ein Ansatz wäre über körperliche Aktivitäten für mehr Ruhe und Ausgleich zu sorgen und somit ihre psychische Lage zu verbessern. Trauma Spezialisten und Psychologen sind hier gefragt die Ursachen für die nächtliche Unruhe, mögliche traumatische Erfahrungen und Ängste herauszukristallisieren und ein Programm zu entwickeln, dass die Bewohne Innen umsetzen können. Auch hier gilt es durch Aufklärung und Unterstützung der Menschen den Stress für alle Bewohner Innen zu reduzieren.

Ein Aspekt der Untersuchung war dass es für die Bewohner Innen nichts zu tun gibt. Ständig nur zu versorgen zu sein und kaum aktiv etwas tun und bewirken zu können, stellt eine negative Gesundheitsdeterminante dar. Die Frauen aus den Untersuchungen formulierten Wünsche, wie beispielsweise zu nähen und stricken. Man könnte sie in die Planung eines Programms für die Unterkünfte mit einbeziehen und Handwerksräume für Frauen und Männer anbieten. Dies könnte eine gute Intervention sein, die Frauen in ihrer intrinsischen Motivation und Selbstwirksamkeit zu stärken.

Eine Frau fühlte sich alleingelassen mit ihren Beschwerden und stellte es so dar, als ob ihr kein Ansprechpartner zur Seite stehe. Dieses lässt sich durch ein geregeltes

Beschwerdemanagement ändern. Das Personal das in den Unterbringungen arbeitet kann angewiesen werden, Beschwerden entgegen zu nehmen. Oder es müsste eine neue Anlaufstelle geschaffen werden. Wenn die Anliegen ernst genommen werden, kann sich die Situation verbessern. Jedoch setzt dies voraus, dass auch die Bewohner der Unterkünfte in die Verantwortung gezogen werden, sich angemessen zu verhalten. Dieses gilt es immer wieder zu kommunizieren.

Viele Frauen fühlen sich beobachtet oder lassen ihre Männer vor der Dusche warten. Gerade für alleinerziehende Frauen oder Frauen ohne Mann wäre eine reine Frauenunterkunft für allein eingereiste denkbar. Wie z.B. eine Einrichtung für besonders Schutzbedürftige Asylsuchende die 2016 in Hamburg mit eingeschränkten Aufnahmekriterien eröffnet wurde (vgl. Offizielles Stadtportal für Hamburg 2016). Damit könnten einige schwierige Situationen, beispielsweise sich von Männern beobachtet fühlen vermieden werden.

Ebenfalls zu überdenken sind die Mindeststandards die in einigen Bundesländern bereits vorliegen. Nach den Erfahrungen der letzten Zeit wäre es sicher sinnvoll zu überprüfen, ob sie realistisch sind. Dabei geht es auch darum zu überprüfen, ob sie gesundheitsförderlich sind. So müsste vermutlich mehr Geld in die Wohnsituation und die Arbeits-/ bzw. Beschäftigungssituation investiert werden. Dieses könnte jedoch bedeuten, dass die Gesundheit der Flüchtlinge besser ist, wodurch die Krankenkassen längerfristig entlastet werden würden.

Abschließend ist deutlich zu erkennen, dass das Verfahren der Gemeinschaftsunterbringung deutliche gesundheitliche Risiken für die dort lebenden Frauen darstellt. Es gibt einige Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation der Flüchtlinge darunter auch die der geflüchteten Frauen. Abzusehen ist auch, dass es viel Energie und vermutlich auch finanzielle Mittel kosten wird. Da die große Flüchtlingswelle abgeebbt ist und soweit alle untergebracht sind, ist es nun möglich an der Qualität zu arbeiten, um an einer Verbesserung der Situation zu arbeiten. Dieses wird wohl eher ein längerfristiges Unterfangen sein. Immerhin ist es schon einmal eine stolze Leistung so vielen Flüchtlingen eine Bleibe zu schaffen. Jetzt geht es darum, an menschenwürdigen und gesunden Determinanten zu arbeiten.

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
EFB	Evangelische Frauen in Bayern e.V.
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GU	Gemeinschaftstunterkunft
I.	Interview
MASGF	Migrationsfachdienst Brandenburg
MBWSV	Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen
n	Anzahl der Interviewteilnehmerinnen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
S.	Seite
UNO	United Nations Organisation / Organisation der Vereinten Nationen
UNHCR	Das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen. Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen

Literaturverzeichnis

Andreas, Witzel (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Sozialforschung. Art. 22. Online unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520> (Stand 01. 2000; Zugriff: 05.03. 2017).

Arbeitskreis „Unterbringung“ im Tür an Tür - miteinander wohnen und leben e.V. (1998): Bayrische Mindeststandards zur Unterbringung von Flüchtlingen. Online unter: http://www.tuerantuer.de/images/stories/verein/Dokumente/diskussionspapier_mindeststandards.pdf (Zugriff: 12.01.2017).

Baldzun, Anika (2015): Eltern sorgen sich um ihre Kinder. Hoher Bedarf in Flüchtlingslagern: Deshalb werden Impfstoffe für uns alle knapp. Online unter: http://www.focus.de/familie/kindergesundheit/knappe-impfstoffe-in-deutschland-welche-rolle-spielen-die-fluechtlinge_id_5063491.html (Stand 07.11.2015; Zugriff: 09. 01 2017).

BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Wie lange dauert das Verfahren? Online unter: <http://www.bamf.de/SharedDocs/FAQ/DE/Anerkennung-Berufsabschluesse/006-verfahrensdauer.html> (Zugriff: 28.02.2017).

BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausg². 04. 2016. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg). S. 8.

BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausg. 02.2017. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg). S.4-8

BAMF (2013) : Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland. Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN), (Working Paper 55). In: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Nationale Kontaktstelle des EMN (Hg.), Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. S. 19 ff.

BAMF- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016): Schutzformen. Online unter: <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Schutzformen/schutzformen-node.html> (Stand 06.08.2016; Zugriff: 21.03.2017).

BAMF- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Erstverteilung der Asylsuchenden (EASY). Online unter: <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Erstverteilung/erstverteilung-node.html> (Stand 01.01.2017; Zugriff: 14.03.2017).

Bayerischer Flüchtlingsrat (2015): Ausgegrenzt, entrechtet und isoliert - Situation von Flüchtlingen in Bayern. Vorträge des Bayerischen Flüchtlingsrats. Online unter: http://www.fluechtlingsrat-bayern.de/tl_files/PDF-Dokumente/Vortragsreihe.pdf (Stand: 18.03.2015; Zugriff: 15.02.2017).

Berres, Irene (2016): Bürokratie-Wahnsinn. So werden Flüchtlinge medizinisch versorgt. Online unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/fluechtlinge-so-laeuft-die-medizinische-versorgung-a-1081702.html> (Stand 22. 03. 2016; Zugriff: 09. 01 2017).

² Ausgabe (Ausg.)

BGW- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017):

Arbeitssituationsanalyse. Mitarbeiterbeteiligung von Anfang an. Online unter: http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/20566/pdf/TS_FAsa_asita_ArbeitssituationsanalysepropertypdfDownload.pdf (Zugriff: 05.03.2017), S. 2.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche (2004):

Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Baden-Baden: Koelblin-Fortuna-Druck, S. 394 ff; S.19.

BMI - Bundesministerium des Innern (2016): Asyl- und Flüchtlingspolitik in Deutschland. Online unter: http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Migration-Integration/Asyl-Fluechtlingsschutz/Asyl-Fluechtlingsschutz/asyl-fluechtlingsschutz_node.html (Stand 09.12. 2016; Zugriff 12.03.2017).

BMI - Bundesministerium des Innern (2014): Neuregelungen im Asyl- und Staatsangehörigkeitsrecht. Online unter: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2014/09/neuregelungen-zum-asylverfahren-und-zur-optionspflicht.html> (Stand 19.09.2014; Zugriff: 06. 01.2017).

BMI-Bundesministerium des Innern (2015): Pressemitteilung: Bessere Rechtsstellung für asylsuchende und geduldete Ausländer. Online unter: <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2015/01/gesetz-zur-verbesserung-der-rechtsstellung-von-asylsuchenden-auslaendern.html> (Stand 02. 01. 2015; Zugriff: 06. 01. 2017).

BMJV- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017): Asylbewerbergesetz § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. Online unter: https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/___4.html (Zugriff: 06. 01. 2017).

BMZ-Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2017):

Begriffsbestimmungen und Erläuterungen. Flüchtling, Asylsuchender, Binnenvertriebener, Klimamigrant, UNHCR. Online unter: http://www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.jsp (Zugriff: 16. 01. 2017).

Bozorgmehr, Kayvan [u.a.] (2016): In: Mohsenpour, Amir; Saure, Daniel; Stock, Christian; [u.a.]. Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (5.Ausg.) 2016, S. 605-608; S. 617.

Bundesregierung (2016): Integration geflüchteter Frauen und Mädchen. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/084/1808451.pdf> (Stand 12.05.2016; Zugriff: 28.03.2017), S. 1.

Das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs (2015): Gesundheit und gesunde Lebenswelten. Online unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitsfoerderung/gesunde-lebenswelten> (Stand 25.02.2015; Zugriff: 24.02.2017).

Das Portal „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ (2017): Vertragsstaaten der Genfer Flüchtlingskonvention, Praetor Intermedia (Hg.). Online unter: <https://www.fluechtlingkonvention.de/vertragsstaaten-der-genfer-fluechtlingkonvention-3274/> (Zugriff am 14.03.2017).

Das offizielle Portal der Schweizer Regierung (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (Übersetzung). Online unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html> (Stand 25.03.2017; Zugriff 03.04.2017), S. 1.

Der Arbeitskreis „Flüchtlingfrauen in der Bundesrepublik Deutschland“ beim Diakonischen Werk der EKD (2007): Flüchtlinge brauchen Rechte – Asylrecht in Deutschland, Vortrag anlässlich einer Tagung zu Flüchtlingsfrauen in Neuendettelsau, Bayern. Online unter: www.fluechtlingfrauen.de/.../Fluechtlinge-brauchen-Rechte-Asylrecht-in-Deutschland.doc (Zugriff: 28.02.2017), S. 2; S.3.

EFB- Evangelische Frauen in Bayern e.V. (2016): Die Flucht ist (auch) weiblich. Stellungnahme der Evangelischen Frauen in Bayern zum Umgang mit weiblichen Geflüchteten in Deutschland. Online unter: <http://www.efb-bayern.de/sites/efb-bayern.de/files/Stellungnahme-Flucht-2016-04.pdf> (Stand 05.2016; Zugriff: 12. 01 2017).

Flüchtlingsrat Brandenburg e.V. (2014): Pressemitteilung. Landesregierung verpasst die Chance, die Unterbringung für Flüchtlinge nennenswert zu verbessern. Online unter: <http://www.fluechtlingrats-brandenburg.de/pressemitteilungen/chance-verpasst> (Stand 14. 03 2014; Zugriff: 12.02.2017).

Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e.V. (2011): Unterbringung von Asylsuchenden in den Kommunen in Schleswig-Holstein – eine Bestandsaufnahme, Kiel: Hansadruck. S. 19.

Focus online (2015): Winter bringt Spannungen. Internes Papier: Situation in Hamburger Flüchtlingsheim "hochgradig explosiv". Online unter: http://www.focus.de/politik/deutschland/hochgradig-explosiv-fluechtlings-krise-spitzt-sich-zu-lage-in-hamburg-droht-ausser-kontrolle-zu-geraten_id_5019201.html (Stand 16.10.2015; Zugriff am 28.02.2017).

Fonds gesundes Österreich (2013): Gesundheitsdeterminanten (Determinanten der Gesundheit, Einflussfaktoren auf Gesundheit). Online unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten> (Stand 01.03.2013; Zugriff: 18.02.2017).

Förster, Linda / Ludwig, Sandy S. (2011): Die Lebenssituation von Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften und mögliche Alternativen für Mecklenburg-Vorpommern. Neubrandenburg: Hochschule Neubrandenburg. Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung, S. 127; S.98.

Frauen aus allen Ländern. Bildungs-, und Beratungseinrichtung (2017): Flucht ist (auch) weiblich. Online unter: <http://www.frauenausallenlaendern.org/wp-content/uploads/2015/12/Flucht-ist-auch-weiblich.pdf> (Zugriff: 28.02.2017)

Goerens, Kim [u.a.] (2003): In: Boettcher, Johanna; Fenske; Kirstin, Hämmerling, Ulrike; [u.a.] (2003): Die Wohnsituation von Flüchtlingen. In: Projekt tutorien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“/„Behörden und Migration“ (Hg.): Veraltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen in Berlin, Berlin: AStA der FU (Freien Universität) Berlin, S. 28.

Gold, Carola [u.a.] (2014): In: Bräunling Stefan; Geene, Raimund; Kilian, Holger; [u.a.] (2014): Gesunde Lebenswelten schaffen. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Berlin: Möller Druck und Verlag GmbH, (Heft 1), S. 7.

- Grobe, Thomas G. / Schwartz, Friedrich W. (2003):** Gesundheitsberichtserstattung des Bundes.. Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Berlin: Robert-Koch-Institut (Heft 13). S. 14-16.
- Guartzsch, Dankwart (2015):** Flüchtlingswohnungen. Die totale Ratlosigkeit der Herren Experten. Online unter: <https://www.welt.de/kultur/kunst-und-architektur/article147387915/Die-totale-Ratlosigkeit-der-Herren-Experten.html> (Stand 10. 10. 2015; Zugriff: 02. 1. 2017).
- Hausbacher, Eva [u.a.] (2012):** In: Klaus, Elisabeth; Poole, Ralph; Brandl Ulrike [u.a.](2012): Migration und Geschlechterverhältnisse. Kann die Migrantin sprechen? Wiesbaden: Springer VS., S. 7.
- Henning, Claudius / Wießner, Siegfried (1982):** Lager und menschliche Würde. Die psychische und rechtliche Situation der Asylsuchenden im Sammellager Tübingen. Mit einem Vorwort von Fritz Franz, Tübingen: AS Verlag, S. 14-16.
- Hueber-Lutz, Gabi (2015):** Asyl-Unterkunft soll ans Juz andocken. Online unter: <http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/stadtteile/kasernenviertel/asyl-unterkunft-soll-ans-juz-andocken-21355-art1316872.html> (Stand 10.12.2015; Zugriff: 13.01. 2017).
- Humanrights.ch e.V. (2016):** Flüchtlingsbegriff nach der Genfer Flüchtlingskonvention, online unter: <http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-themen/asylrecht/gfk/> (Stand 27.09.2016; Zugriff: 17.03.2017).
- Informationsportal HaniausLand (2017):** Asyl. Worterklärung. Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.), online unter: <https://www.hanisauland.de/lexikon/a/asyl.html> (Zugriff: 18. 01 2017).
- Kerler, Wolfgang (2015):** Gewinn machen mit der Ware Mensch. Online unter: http://www.deutschlandfunk.de/das-millionengeschaeft-asyl-gewinn-machen-mit-der-ware.724.de.html?dram:article_id=315527 (Stand 27.03.2015; Zugriff: 13.01.2017).
- Kickbusch, Ilona (2009):** Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer Katharina [u.a.] (Hg.): Gesundheit in der Schweiz Nationaler Gesundheitsbericht 2008, 1. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag, S. 19.
- Klein, Günter (2004):** Wohngesundheit - Erste Ergebnisse einer Studie der WHO. In: Umwelt-Medizin-Gesellschaft (3. Ausg.). Online unter: http://www.umg-verlag.de/umwelt-medizin-gesellschaft/3_04_who.pdf (Zugriff: 12.02.2017). S. 216-217.
- Lindenberg, Dorothea (2013):** „Die Lebenssituation der Frauen und Kinder in Sammelunterkünften ist unhaltbar!“. Die Kampagne „Keine Lager für Frauen! Alle Lager abschaffen!“. In: Gemeinsames Heft der Flüchtlingsräte, Potsdam: Flüchtlingsrat Brandenburg (Hg), S. 68- 69.
- MASGF- Migrationsfachdienst Brandenburg (2007):** Handreichung zur Umsetzung der Rahmenkonzeption Migrationsfachdienste im Land Brandenburg erarbeitet von der AG „Optimierung der Beratungsstrukturen“, Potsdam: Migrationsfachdienst Brandenburg, Online unter: http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/handreichung_mfd.pdf (Zugriff: 13.01.2017). S. 11ff.
- Maternus Mobil Kleve (2016):** Für 11 Euro in Berlin und für 16 Euro in NRW bekommen Asylanten drei Mal am Tag Essen, während ein Hartz-IV-Empfänger pro Tag nur 4,72 Euro zur Verfügung hat. In Wolf, Max: Flüchtlinge erhalten Essen für 16 Euro, Hartz-IV-Empfänger für 4,72 Euro. Online unter <https://www.berlinjournal.biz/fluechtlinge-erhalten-essen-bis-16-euro-pro-tag-hartz-iv-empfaenger-nur-472-euro/> (Stand: 6.01.2016, Zugriff am 13. 01.2017)

Mayring Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Im: Forum Qualitative Sozialforschung. Qualitative Social Research, Art. 20. Online unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204> (Stand 06.2000; Zugriff: 28.12.2016).

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5.Ausg³. Weinheim: Beltz Verlag, S. 91; S.114-117.

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. eine Anleitung zu qualitativem Denken, 6. Ausg. Weinheim: Beltz Verlag. S. 67-71; S. 91.

MBWSV- Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Mindeststandard einer sicheren und bezugsfertigen Wohnung zur Unterstützung von Land und Kommunen bei der kurzfristigen Flüchtlingsunterbringung, online unter: http://www.mbwsv.nrw.de/presse/pressemitteilungen/Archiv_2015/2015_12_17_Wohnraumkarte/2015-11-12-Anlage-Mindeststandards-Fluechtlingsunterbringung.pdf (Stand: 17. 12. 2015; Zugriff: 30.12.2016). S. 1-2.

Müller, Ursula / Schöttle, Monika (2005): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Langfassung, BMFSFJ- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche (Hg.). Online unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf> (Stand 06.01.2005, Zugriff 12.03.2017). S. 17 ff.

Oberhuber, Nadine (2016): Es wird eng. In München ist der Wohnraum schon jetzt viel zu knapp – besonders für Geringverdiener. Jetzt kommen Zehntausende anerkannte Flüchtlinge hinzu. Wo nur sollen sie wohnen? Online unter: <http://www.zeit.de/wirtschaft/2016-04/fluechtlinge-muenchen-wohnungen-asyl-unterkuenfte-wohnraum> (Stand: 26.04.2016; Zugriff: 23.02.2017). S.1.

Offizieller Informationsportal der Stadt Oestringen (2016): Neue Gemeinschaftsunterkunft im Industriepark ist betriebsbereit. Online unter: http://www.oestringen.de/buerger_soziales/detail.php?rubric=82&nr=20973&PHPSESSID=tlqqiv8co9e5fs90f9cgbn2cd0 (Stand 07.04.2016; Zugriff: 28.2.2017).

Offizielles Stadtportal für Hamburg (2016): Neue Erstaufnahme für besonders schutzbedürftige Asylsuchende in Betrieb genommen. Online unter: <http://www.hamburg.de/zkf-aktuelles/7541996/neue-ea-fuer-besonders-schutzbeduerftige-asylsuchende-eroeffnet/> (Stand 1.12.2016; Zugriff: 01.03.2017.)

Parsons, Talcott (1967): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, Alexander [u.a.] (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln / Berlin: Kiepenheuer & Witsch., S.57-87.

Presse- und Kommunikationsamt Stadt Essen (2016): Infografik. Flüchtlinge in Essen: Von der Zuweisung bis zur Integration. Online unter: https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/0115_1/fluechtlinge/Infografik_Fluechtlinge_Essen.pdf (Stand 04.2016; Zugriff:17.01.2017).

PRO ASYL e. V (2015): Verfahrensdauer der TOP 15 HKL nach Erst.- und Folgeantrag in Monaten Erst/Folgeanträge 01.01.2015 - 31.12.2015. Online unter: https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/Verfahrensdauer_2015-Tabelle1.pdf (Zugriff am 28.03.2017).

³ Ausg. (Ausgabe)

Rabe, Heike (2015): Effektiver Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt - auch in Flüchtlingsunterkünften. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte, S.13-17.

Renner Günter [u.a.] (2011): In: Kanein, Werner; Bergmann, Jan; Diemel, Klau; [u.a.] (2011): Ausländerrecht: AuslR. Kommentar, (9. Aufl.). München: C.H. Beck Verlag, S. 1042

Rhein-Neckar-Zeitung (2015): Flüchtlinge in Sinsheim: Asyl in Sporthallen steht nicht zur Debatte, online unter: http://www.rnz.de/nachrichten/sinsheim_artikel,-Sinsheim-Fluechtlinge-in-Sinsheim-Asyl-in-Sporthallen-steht-nicht-zur-Debatte-_arid,119281.html (Stand 14.08.2015; Zugriff: 25.12.2016)

Richter Matthias / Hurrelmann, Klaus (2015): Determinanten von Gesundheit. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Online unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/> (Stand 10.03.2015; Zugriff: 16.01.2017).

Schouler-Ocak, Meryam / Kurmeyer, Christine (2017): Study on Female Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Im Forschungsprojekt der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus [u.a.] (Hg.), S. 33; S.28-32.

Selders, Beate [u.a.] (2011): Lager - Begriff und Funktion. In: Weber, Kai: AusgeLAGERT - Zur Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland, (Sonderheft der Flüchtlingsräte, 11. Ausg.). Hildesheim: Druck-Point-Seesen, Krückeberg & Heinemeier GbR, S. 4 – 7; S. 5).

Stich, August (2009): zit. n. Haseborg, Volker ter (2009): Ein Mediziner schlägt Alarm: „Die Unterkünfte machen krank“. Online unter: <http://www.fluechtlingsrat-bayern.de/pressebericht/items/ein-mediziner-schlaegt-alarmdie-unterkuenfte-machen-krank.html> (Stand 23.04.2009; Zugriff: 02. 03 2017).

Sunjic, Melita H. (2012): Sensibilität für Flüchtlingsfrauen steigt allmählich. Der lange Weg zur Verbesserung der Lage in Europa und international. In: Hausbacher, Eva; Klaus, Elisabeth; Ralph Poole; Brandl Ulrike [u.a.] (Hg.): Migration und Geschlechterverhältnisse. Kann die Migrantin sprechen? Wiesbaden: Springer VS. S. 161-170.

Treibel, Annette (2008): Migration, In: Baur, Nina; Hermann, Korte; Martina, Löw; [u.a.] (Hg.), (2008): Handbuch Soziologie, (1. Aufl.), Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH. S. 306.

Ulrich Caspar / Alfons Gerling (2007): Beschlussempfehlung und Bericht des Sozialpolitischen Ausschusses zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz über die Aufnahme und Unterbringung von Flüchtlingen und anderen ausländischen Personen (Landesaufnahmegesetz). Drucksache 16/7238 hierzu: Änderungsantrag der Fraktion der CDU, Drucksache 16/7512, Wahlperiode 16. Drucksache 16/7530, Hessischer Landtag (Hg.), Wiesbaden: Kanzlei des Hessischen Landtags. Online unter: <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/16/0/07530.pdf>, S. 2

UNHCR- Der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen. Amt des Vertreters in der Bundesrepublik Deutschland (2011): Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967. Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. Berlin: UNHCR, Amt des Vertreters in der Bundesrepublik Deutschland (Hg), S. 6-7.

UNO-Flüchtlingshilfe (2016). Fragen & Antworten. UNO-United Nations Organization (Hrsg.) Online unter: <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/fragen-antworten> (Zugriff: 09. 01 2017).

UNO-Flüchtlingshilfe (2017): Frauen auf der Flucht. Besondere Bedürfnisse von Flüchtlingsfrauen.

Online unter:

<https://www.unofluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/fluechtlingsschutz/fluechtlingsfrauen.html> (Zugriff: 18.02.2017).

Verbraucherzentrale NRW (2016): Medizinische Versorgung von Asylbewerbern. Online unter:

<https://www.verbraucherzentrale.de/medizinische-versorgung-von-asylbewerbern> (Stand 09. 08 2016; Zugriff 18.03.2017).

Vogt Ulla (2016): Präventionskoordination Befragungsinstrumente der BGW zur Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen. BGW- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/VB Hamburg (Hg.). Wuppertal: S. 17-19.

Wendel, Kay (2014): Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland – Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Frankfurt am Main: Förderverein PRO ASYL e. V. , S. 82

Wilkinson, Richard / Marmot, Michael (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten, (2. Ausg.), Dänemark: Referat, Veröffentlichungen, WHO Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro, S. 27.

Wolf, Max (2016): Flüchtlinge erhalten Essen für 16 Euro, Hartz-IV-Empfänger für 4,72 Euro. Online unter <https://www.berlinjournal.biz/fluechtlinge-erhalten-essen-bis-16-euro-pro-tag-hartz-iv-empfaenger-nur-472-euro/> (Stand: 6.01.2016, Zugriff am 13. 01.2017).

Wöllert, Birgit (2012): Empfehlungen zum Änderungsbedarf der Mindestbedingungen für den Betrieb von Gemeinschaftsunterkünften und die soziale Betreuung und Beratung, in: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Landtag Brandenburg (Hg.), online unter: <http://www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/wp-content/uploads/2012/06/5420-Ladtagsbeschluss.pdf> (Stand 04.06.2012; Zugriff 18.02.2017). S. 2 ff.

Women in Exile e.V. (2015): Über uns. Online unter: <https://www.women-in-exile.net/ueber-uns/> (Stand 12.2015; Zugriff: 02.03.2017).

Anhänge

Anhang 1: Interviewleitfaden

Interviewte Person:

Ort des Interviews:

Datum:

Uhrzeit:

Sozialdemografische Angaben:

Alter:

Familienstatus:

Dauer der Aufenthalt in der Gemeinschaftsunterkunft:

Herkunftsland:

Leitfragen:

1. Wie sieht der Alltag in Ihrer Unterkunft aus?
2. Wie schätzen Sie Ihre jetzige Wohnsituation ein?
3. Wie sind die Bedingungen für das Wohnen in der aktuellen Unterkunft?
4. Können Sie in Ihrer Wohnräumlichkeit einen intakten Haushaltsalltag führen?
5. Wie finden Sie Ihr Wohnumfeld? Fühlen Sie sich auf dem Gelände der Unterkunft sicher?
6. Fühlen Sie sich als Frau in Ihren Wohnräumlichkeiten geschützt?
7. Gibt es gesundheitliche Veränderungen seit der Änderung Ihre bisherige Lebensführung und Wohnverhältnisse?
8. Welche Verbesserungen/Änderungen der Bedingungen in der Unterbringung würden Sie als Frau sich wünschen?

Anhang 2: Gesamtauswertung

Wohnsituation	Wohnsicherheit	Gesundheit	Verbesserungsvorschläge
<i>Einschätzung der eigenen Wohnsituation</i>	<i>Sicherheit in unmittelbarer Wohnumgebung und in der Einrichtungsumgebung</i>	<i>Mögliche Veränderungen in der Gesundheit seit der Ankunft in Deutschland</i>	<i>Empfehlungen aus Verbesserung oder Veränderung der Wohnsituation in der Unterkunft</i>
Akzeptanz der aktuellen Wohnsituation, da das Leben in der Heimat ist auf Grund der Verfolgungen schlimmer.	Die Sicherheit in den Sanitärräumen ist kaum gegeben.	Allgemeinen sehr zufrieden mit den medizinischen Leistungen in Deutschland.	Wohnzimmer mit intergrierten Sanitäranlagen und der Möglichkeit zum Kochen ins besondere für Familien mit Kindern.
Die fehlende Privatsphäre in den Zimmern: Das Zimmer /Wohncontainer in der GU mit anderen Familien teilen müssen.	Kaum Autonome und Sicherheit in Zimmern, da die Verwaltung / Sicherheitsdienst der GU über einen Generalschlüssel verfügt und die einsetzt.	Zunächst gute Zufriedenheit mit eigener Befindlichkeit nach der Ankunft nach Deutschland. Aber danach habe sich dieser Zustand wieder verschlechtert.	Verbesserung in der Essenration und Essenqualität.
Der Enge vom Lebensraum (Zimmer/Wohncontainer) in der GU	Das Gefühl permanent von Mitarbeiter Innen für Sicherheit in der GU. beobachtet werden.	Nervosität.	Ein Handarbeitsraum.
Die hohe Lärmbelastung.		Reizbarkeit.	Ein Ruheraum.

Schlechte Qualität der Essensversorgung und der Essenration.			
Strake Einschränkungen in der Alltagsführung: Verbot Essen zu zubereiten, eigene Wäsche zu waschen, u.a.		Schlafstörungen.	
Nicht Witterung entsprechende betriebene Sanitärräume: (werden im Winter nicht geheizt).			
Nicht intakte Sanitärräume (Duschkabinen ohne Vorhänge, ...).			
Mangelnde: Hygiene: Schmutzige Sanitärräume.			

Abbildung 13 Gesamtauswertung der qualitativen Erhebung

(Eigene Darstellung)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum:

Hamburg, 11.04. 2017

Unterschrift

Meerim Beisheeva