



Fachdialognetz
für schwangere, geflüchtete Frauen

Erkenntnisse
Fachkräfte
und Handlungs-
im
empfehlungen
Dialog

Abschlussbericht
des
Modellprojekts

Impressum

Herausgeber:

pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250–254
60326 Frankfurt am Main
fachdialognetz@profamilia.de
www.profamilia.de

Erstellt von:

Dr. John Litau, Leonie Reichert, Martina Sehring, Sigrid Weiser,
Horst Hornig, Susanne Gerhards

Kommunikation und Gestaltung:

MedienMélange: Kommunikation!

Bildnachweise:

S. 4 und S. 19: Foto: photothek © Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
S. 4, S. 24, S. 26 Illustration: Mareike Engelke
S. 10–15 Fotos: Horst Hornig, S. 42 Andrew Timmins

klimaneutral gedruckt

www.fachdialognetz.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Ein Fachbeitrag von Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein,
Dr. Stephanie Stelzig, Dr. Christiane Pinkert,
Schwerpunkt Pflege- und Hebammenwissenschaft,
Hochschule Osnabrück

Schwangerschaft, Flucht und Gesundheit

Die
peripartale¹
Versorgungs-
situation
schutz-
suchender
Frauen
in
Deutschland

Hintergrund
Im Zuge der weltweiten Flüchtlingsbewegungen ist in den letzten Jahren eine hohe Anzahl an geflüchteten Personen nach Deutschland gekommen. Laut amtlicher Statistik lebten Ende 2018 ca. 1.780.000 Schutzsuchende² in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2019). Der Anteil weiblicher Schutzsuchender beträgt ca. 37,4 Prozent. Zirka 51 Prozent der geflüchteten Frauen, die in Deutschland ankommen und Asyl beantragen, befinden sich im gebärfähigen Alter zwischen 15 und 45 Jahren (Statistisches Bundesamt 2019a; _b). Darüber, wie viele schutzsuchende Frauen schwanger eingereist sind oder zum Zeitpunkt ihres Aufenthaltes in

der Erstaufnahmeeinrichtung schwanger geworden sind, liegen keine Daten vor. Ebenso fehlen bisher in Deutschland repräsentative gesundheitsbezogene Daten von Schutzsuchenden (Frank, Yesil-Jürgens & Razum et al. 2017). Insbesondere zu den gesundheitlichen Problemlagen und Bedürfnissen von schutzsuchenden Frauen im Bereich Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Phase liegen keine Erkenntnisse vor (Bozorgmehr, Mohsenpour & Saure et al. 2016; Heslehurst, Brown & Pemu et al. 2018). Internationale Studien deuten allerdings darauf hin, dass die gesundheitsbezogene Bedarfslage schutzsuchender Frauen komplex ist (Gagnon, Zimbeck & Zeitlin et al. 2009;

¹ Mit peripartal ist die Zeit vor, während und nach der Geburt gemeint (Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett, Stillzeit).

² In diesem Beitrag wird der Begriff „Schutzsuchende“ verwendet. Gemeint sind damit alle Personen, die unter Berufung auf humanitäre Gründe nach Deutschland gekommen sind, unabhängig davon, welchen aufenthaltsrechtlichen Status sie haben und in welchem Stadium des Asylverfahrens sie sich befinden (sinngemäß nach Statistischem Bundesamt [2019a und _b]).



van den Akker & van Roosmalen 2016). Die systematische Identifizierung von Versorgungsbedarfen und eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung sind deshalb derzeit kaum möglich (Mörath 2019).

Aus rechtlicher Perspektive ist diese unbefriedigende Situation ebenfalls problematisch (Klotz 2018). Die Umsetzung des völkerrechtlich bindenden internationalen Rechts auf ein für sie [Anmerk. d. V.: die Person] erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (BGBl. 1976), welches von Deutschland 1976 ratifiziert wurde, sowie des UN-Übereinkommens zur Beseitigung jeder Diskriminierung der Frau von 1979 (BGBl. 1985) und der in der EU-Richtlinie 2013/33/EU in Kapitel IV aufgeführten Bestimmungen für schutzbedürftige Personen³ erfordert für diese spezifische Personengruppe vielfache Bemühungen. Denn die Förderung und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bzw. Rechte von schutzsuchenden Frauen kann einen Beitrag zu ihrer gesellschaftlichen Integration nach sich ziehen (Janssens, Bosmans & Temmerman 2005). Zuzüglich zur rechtlichen Situation schutzsuchender Frauen gilt das Recht ihrer Kinder auf Gesundheit. Im Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention (UN, Committee on the Rights of the Child 2013) ist dieses verankert und unterstreicht u. a. für die Vor- und

Nachsorge relevante Versorgungsbereiche wie z. B. prä- und postnatale Versorgung der Mütter, Aufklärung über Gesundheit und Ernährung u. w. m. (Deutsches Institut für Menschenrechte 2017).

Die Berufsgruppe der Hebammen ist aufgrund ihrer niedrigschwelligen Angebotsstruktur prädestiniert, zielorientierte Lots*innen- und Versorgungsaufgaben zu übernehmen (Sayn-Wittgenstein 2007). Der vorliegende Beitrag widmet sich dieser Thematik.

Problemlagen

In den letzten Jahrzehnten wurden in Deutschland in der Public-Health-Forschung unter dem Oberbegriff „Migranten“ Bevölkerungsgruppen zusammengefasst, deren Mitglieder nicht in Deutschland geboren wurden. Geflüchtete, schutzsuchende Menschen, die aus humanitären Gründen ihr Geburtsland verlassen haben, wurden dieser Gruppe oftmals zugeordnet. Deshalb sind die Erkenntnisse aus Studien, die die Gesundheit von Migranten untersucht haben, nicht einfach auf die Gruppe der jüngst in Deutschland schutzsuchenden Menschen zu übertragen (Kasper 2019). Nach den aktuellen Flüchtlingsbewegungen werden vermehrt Studien durchgeführt, die diese Zielgruppe explizit adressieren. Die folgenden Ausführungen stützen sich im Wesentlichen auf diese Studien.

Gesundheitliche Ungleichheiten

Internationale Studien zeigen gesundheitliche Ungleichheiten zwischen schutzsuchenden Frauen und Frauen der einheimischen Bevölkerung in westlichen Industrienationen (Gagnon, Zimbeck & Zeitlin et al. 2009; van den Akker & van Roosmalen 2016). In einer niederländischen Studie wurde das Gesundheitsrisiko von einheimischen Frauen mit dem Gesundheitsrisiko von Frauen mit Migrationshintergrund und mit dem von asylsuchenden Frauen verglichen. Die Inzidenz einer schweren mütterlichen Erkrankung betrug ein 4,5-fach höheres Risiko für asylsuchende Frauen als für Niederländerinnen und ein 3,6-fach höheres Risiko für asylsuchende Frauen im Vergleich mit Migrantinnen, die eine Aufenthaltsgenehmigung hatten (van Hanegem, Miltenburg & Zwart et al. 2011). Diese Ergebnisse unterstreichen, dass asylsuchende Frauen gesundheitlich besonders schwer belastet sind. Diese Ungleichheiten gelten auch für perinatale Outcomes und Versorgung. Schwangere, geflüchtete Frauen weisen eine höhere Rate an negativen Schwangerschafts-Outcomes auf: Sie erhalten häufiger Kaiserschnitte, erleiden öfter Totgeburten und sind öfter von weiteren perinatalen Erkrankungen betroffen (Dopfer, Vakilzadeh & Happle et al. 2018). Aufgrund ihrer komplexen Bedarfslage und den mit der Flucht verbundenen Stressoren tragen sie insbeson-

³ Damit sind u. a. Schwangere, Alleinerziehende mit Kindern, Opfer von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexualisierter Gewalt erlitten haben (statt wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien), gemeint.



dere ein erhöhtes Risiko für postpartale Depressionen (Tobin, Murphy-Lawless & Beck 2014; Kasper 2019).

Flucht-Traumata und kulturelle Unterschiede

Neben medizinischen Risiken und möglichen negativen gesundheitsbezogenen Outcomes müssen bei der Hebammen-spezifischen Versorgung von schwangeren, schutzsuchenden Frauen darüber hinaus weitere Problemlagen berücksichtigt werden. Diese sind zum einen mit den Gepflogenheiten im Herkunftsland der schutzsuchenden Frauen und zum anderen mit ihren zum Teil traumatischen Fluchterfahrungen verbunden. Über die Erfahrungen schutzsuchender Frauen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt sowie die Besonderheiten der Hebammenarbeit mit diesen Frauen liegen aus internationalen Studien mittlerweile Erkenntnisse vor.

Schutzsuchende Frauen fühlen sich im Ankunftsland aufgrund der kulturellen Unterschiede zu ihrem Herkunftsland häufig wie Außenseiterinnen, isoliert und marginalisiert (Women’s Refugee Commission 2016). Sie haben durch die Flucht vielfältige Verlusterfahrungen durchlitten: den Verlust ihrer Heimat und ihres sozialen Status, ihrer Kultur und von Familie und Freunden. Diese Erfahrungen führen zu einem Gefühl der

Isolation und Benachteiligung. Flüchtende Menschen und insbesondere Frauen sind während der Flucht häufig zusätzlich traumatischen Erlebnissen ausgesetzt (Women’s Refugee Commission 2016). Frauen erleben Bedrohungen, Verfolgungen, Vergewaltigungen, die Verletzung ihrer Menschenrechte und die Sorge um ihr eigenes und das Überleben ihrer Angehörigen (Heslehurst, Brown & Pemu et al. 2018). Die spezifische Vulnerabilität der Frauen zeigt sich u. a. in ihrem Erleben der peripartalen Phase, wenn durch fehlende kulturelle Sensibilität der Behandelnden die negativen Erfahrungen von Diskriminierung und Machtlosigkeit verstärkt werden und zu Re-Traumatisierungen führen können (Pangas, Ogunsiji & Elmir et al. 2018; Ernst, Wattenberg & Hornberg 2017). Erste Studien, die die Situation von schutzsuchenden Frauen und Familien in Deutschland untersuchen, liefern zum Beispiel Hinweise darauf, dass sich die Frauen Informationen zu Themen wie sexuell übertragbare Krankheiten, Familienplanung und Verhütung wünschen oder die Suche nach einer Hebamme durch bürokratische Hürden erschwert wird (Mörath 2019).

Zugangsbarrieren erschweren Versorgung

Weiterhin zeigen Studien, dass die Gesundheitssysteme und die

Tätigkeiten der an der geburtshilflichen Versorgung Beteiligten nur unzureichend an den komplexen Problemlagen von schutzsuchenden Frauen ausgerichtet sind (Women’s Refugee Commission 2016; Cignacco, Sayn-Wittgenstein & Sénac et al. 2018). Die Women’s Refugee Commission bemängelt, dass Frauen und Mädchen „durch das Raster fallen und nicht die Zuwendung und Unterstützung erhalten, die sie benötigen und verdienen“ (Women’s Refugee Commission 2016). Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von fehlenden Dolmetschern und mehrsprachigen Informationen erschweren die Kommunikation zwischen den Frauen und den Mitarbeitenden der Gesundheitsfachberufe, was die Möglichkeit der informierten Entscheidung durch die Frauen beeinträchtigt (Tobin et al. 2014). Die genannten Problemlagen und Rahmenbedingungen geburtshilflicher Versorgung von schutzsuchenden Frauen stellen erhebliche soziale, strukturelle und kulturelle Zugangsbarrieren dar, die eine angemessene und den Bedürfnissen und Bedarfen der schutzsuchenden Frauen entsprechende peripartale Versorgung erschweren (Origlia Ikhilor, Hasenberg & Kurth et al. 2019; Heslehurst, Brown & Pemu et al. 2018). Dazu kommt: Insgesamt sind Studien, die die Perspektive der betroffenen Frauen beleuchten, rar.



Herausforderungen

Nach der hohen Fluchtzuwanderung nach Deutschland im Jahr 2015 und den damit verbundenen akut notwendigen Maßnahmen zur Registrierung und Unterbringung der Schutzsuchenden stehen nun langfristige Bemühungen zur Integration im Vordergrund politischen Handelns. Im Fokus sind dabei vor allem Maßnahmen zur Integration in den Arbeitsmarkt oder in das Schulsystem (Hanewinkel & Oltmer 2017). Im Bereich der Gesundheitsversorgung zielen die politischen Bemühungen auf die erforderliche medizinische Grundversorgung wie z. B. Impfschutz oder psychotherapeutische Behandlung (BMG 2016). Schutzsuchende Frauen benötigen jedoch nicht nur eine Grundversorgung in der Schwangerschaft und unter der Geburt. Denn die Beschränkung auf diese kann bei komplexen Bedarfslagen zu einer Unterversorgung führen. Hier sind insbesondere die psychischen Langzeitfolgen von Gewalt im Hinblick auf die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgungssituation von Frauen und deren Neugeborenen zu nennen (Ernst, Wattenberg & Hornberg 2017). Darüber hinaus reicht eine bloße Grundversorgung nicht aus, damit die Frauen sich informiert, selbstbestimmt und im Sinne einer Gesundheitskompetenz – wissend, wo es jeweils Anlaufstellen zur Hilfeleistung gibt – im deutschen Gesundheitssystem bewegen können. Nur wenn sie dazu

befähigt werden, können sie jedoch sämtliche, insbesondere auch präventive Angebote für sich und ihre Kinder wahrnehmen.

Eine Unterversorgung dieser Personengruppe bedeutet zum einen, dass wertvolle Möglichkeiten zur Optimierung der Gesundheit über Generationen hinweg unberücksichtigt bleiben (Malebranche, Nerenberg & Metcalfe et al. 2017). Zum anderen sind Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Neugeborenen langfristig auch kosteneffizient (Malebranche, Nerenberg & Metcalfe et al. 2017).

Herausforderungen für die spezifische Versorgung durch Hebammen

In Deutschland haben gesetzlich krankenversicherte Frauen Anspruch auf eine umfassende Hebammenhilfe in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (SGB V § 24d). Für schutzsuchende Frauen ist u. a. Hebammenhilfe in § 4 Abs. 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (Bundesamt für Justiz 2017) für die ersten 15 Monate geregelt, danach gilt das fünfte Sozialgesetzbuch (Klotz 2018). Vor dem Hintergrund der aufgeführten komplexen sozialen und gesundheitsbezogenen Problemlagen gestaltet sich die von Hebammen zu leistende peripartale Betreuungsarbeit entsprechend anspruchsvoll.

Gegenwärtige Herausforderungen bestehen vor allem darin,

dass der Zugang zu Gesundheitsangeboten aus zwei Perspektiven betrachtet werden muss. Zum einen geht es darum, den Zugang zu schutzsuchenden Frauen zu erhalten, um ihre Bedarfslage zu ermitteln und konkret auf entsprechende Angebote hinweisen zu können. Zum anderen müssen Zugänge für diese Frauen zu Gesundheitsangeboten langfristig ermöglicht werden.

Dezentrale Unterbringung und Zugang zu Gesundheitsangeboten

Seit der ersten großen Flüchtlingsbewegung im Jahre 2015 sind viele Frauen nicht mehr in Notunterkünften untergebracht. Wenn für schutzsuchende Frauen und Familien anderer Wohnraum in den Kommunen zur Verfügung gestellt wird, birgt dies das Risiko, dass Frauen keinen Zugang zu zentral organisierten Unterstützungs- und gesundheitlichen Versorgungsangeboten haben. Außerdem setzt die dezentrale Unterbringung voraus, dass schutzsuchende Frauen über Kenntnisse des Gesundheitssystems verfügen, um vorhandene Angebote in Anspruch nehmen zu können. Hierbei müssen organisatorische Voraussetzungen bis ins Detail geschaffen werden: insbesondere die geografische Erreichbarkeit der Versorgungsangebote, die Verfügbarkeit von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, um Termine wahrnehmen zu können, sowie die kultursensible Ausrichtung





der Angebote im Sinne einer Berücksichtigung der unterschiedlichen Kulturen (Origlia et al. 2019). Das impliziert u. a. die systematische Einbindung von Hebammen mit Angeboten wie die der Hebammensprechstunde, der Geburtsvorbereitung und Wochenbettbetreuung. Alle diese Leistungen sind von Niedrigschwelligkeit gekennzeichnet, eine wichtige Voraussetzung für die Versorgung schutzsuchender Frauen. Auch verschiedene Studien betonen, dass vor allem Betreuungskontinuität (Kasper 2019) und Niedrigschwelligkeit von Angeboten (Origlia, Jevitt, Sayn-Wittgenstein & Cignacco 2017) die Versorgung von schutzsuchenden Frauen maßgeblich fördern. Ein in Niedersachsen evaluiertes Modellprojekt für Migrantinnen und Migrantinnen ohne Papiere zeigt indes auch, dass 20 Prozent der dort ausgegebenen Behandlungsscheine für Versorgungsleistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt ausgestellt wurden (Mylius et al. 2019).

Information, Beratung und Austausch

Es gibt eine große Anzahl und Vielzahl an Beratungsstellen, die ihr Angebot entsprechend ausgerichtet haben (Khan-Zvorničanin 2018). Mittlerweile liegen auch Informationsbroschüren in den entsprechenden Sprachen vor (BMG 2018), jedoch setzt die Nutzung dieser Informationen eine entsprechende Befähigung voraus. Hier erweist sich der Einsatz von kulturellen Lotsen und Lotsinnen als hilfreich

(Schwenzer 2018; Ethnomedizinisches Zentrum e.V. 2018), was aber für einen Einsatz im Sinne einer Begleitung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen noch wissenschaftlich evaluiert werden müsste. Es gibt weitere niedrigschwellige Projekte wie beispielsweise Erzählcafés (o. A. 2019), die gleichzeitig Informations- und Begegnungsstätten sind, durch die geflüchtete Frauen aus der gesellschaftlichen Isolation geführt werden können (Tobin et al. 2018). Eine Vielzahl dieser Initiativen wird aus Projektmitteln finanziert, sodass die Übernahme dieser in die Regelversorgung ungeklärt ist.

Spezifische Angebote zusätzlich zur Grundversorgung nötig

Zudem ist das Spezifische an der Lebenslage dieser Frauen, dass sich die abschließende Entscheidung ihres Asylantrages über einen längeren Zeitraum hinziehen kann (BAMF 2019). In dieser Zeit werden Frauen u. U. mehrfach schwanger, gebären und versorgen Säuglinge und Kleinkinder. Unabhängig von der Klärung des Asylantrages muss es deshalb verschiedene Versorgungsstränge zuzüglich einer Grundversorgung entlang des Aufenthaltsverlaufes geben. Nur so kann der Vielfalt und der Spezifität von ungünstigen gesundheitlichen Vorgängen (Dispositionen) begegnet sowie Nutzen von präventiven Angeboten befördert werden. Dies betrifft auch die Familienplanung. Hebammen können bereits während der Schwanger-

schaft und insbesondere im Wochenbett Frauen an unabhängige Beratungsstellen, wie beispielsweise pro familia, vermitteln.

Sprachmittlungsdienste sichern Verständigung

In vielen Berichten und Studien wird sowohl auf den Mangel an – vorzugsweise – Dolmetscher*innen als auch an finanziellen Mitteln für Sprachmittlungsdienste hingewiesen. Deren begrenzte Verfügbarkeit führt zu einer nonverbalen Verständigung. Dies wiederum führt oft zu Missverständnissen und in Folge zu Vertrauensverlust (Origlia Ikhilior, Hasenberg & Kurth et al. 2019). Erst mit dem Entstehen von Vertrauen können komplexe Themen und Problemlagen, wie Gewalterfahrungen, thematisiert werden (Ernst, Wattenberg & Hornberg 2017). Für den Betreuungsverlauf ist eine verbale Kommunikation sowohl für die sorgfältig zu erhebende Anamnese unerlässlich als auch für weitere Entscheidungen, die informiert von der geflüchteten Frau getroffen werden müssen.

Vernetzung der Fachakteure vorantreiben

Alle bisherigen Bemühungen sind zu würdigen. Es gibt augenscheinlich viele Maßnahmen und Personen, die die spezifischen Bedürfnisse schutzsuchender Frauen im Blick haben. Dazu gehören engagierte Fachärzte und -ärztinnen, Hebammen, Familienhebammen, Sozialarbeiter bzw. Sozialarbeiterinnen, Koordinatoren bzw. Koordina-

torinnen und Akteure bzw. Akteurinnen der Netzwerke Frühe Hilfen sowie der paritätischen Wohlfahrtsverbände und ehrenamtliche Laien. Es ist zwingend erforderlich, Ideen und Ressourcen über die Sektoren hinweg zu bündeln, miteinander zu vernetzen und zu kommunizieren. Eine Diskussion dazu, wie und durch wen eine Koordinierungsaufgabe erfolgen kann, muss geführt werden.

Resümee und Ausblick

Gesundheit als Voraussetzung für soziale Teilhabe – wie in der Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung (BMZ 2017) gefordert – ist die effektivste Investition in zukünftige Generationen. Der Zugang zu spezifischen Gesundheitsleistungen kann erleichtert werden, wenn diese proaktiv und kultursensibel schutzsuchende Frauen ansprechen und routinemäßig interkulturelle Sprachmittler*innen einbeziehen (Cignacco et al. 2017).

Auf der gesellschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Ebene – der Makroebene – müssen dringend weitere Bemühungen unternommen werden, um für schutzsuchende Frauen eine über die medizinische Grundversorgung hinausgehende gesundheitsbezogene Versorgung zu gewährleisten und eine Unterversorgung zu vermeiden. Hierfür ist es unerlässlich, die gesundheitlichen Bedarfslagen von dieser spezifischen Personengruppe standardisiert zu erheben, um von einer verlässlichen Daten-

basis aus Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Ebenso müsste dringend eine Bestandsaufnahme der bisher entwickelten Einzelprojekte erfolgen und deren Wirksamkeit evaluiert werden. Dabei muss die Finanzierung, die in Deutschland jeweils in den Bundesländern und dort auf kommunaler Ebene liegt, geklärt werden. Darüber hinaus ist eine sektorenübergreifende systematische Vernetzung aller Akteure unabdingbar.

Hierfür müssen im Gesundheitssystem – auf der Mesoebene – entsprechende Strukturen, Angebote und Qualifikationen erweitert und verstetigt werden. Im Sinne von Partizipation sollten dabei die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse der Gruppe schutzsuchender Frauen bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt werden (Levin-Zamir et al. 2011). Umfassende Kenntnisse seitens der Akteure zu mannigfaltigen Gesundheitslagen und darüber, wer zuständig und verfügbar ist, sind unabdingbar. Dazu gehört die systematische Einbindung aller Akteure der Gesundheitsfachberufe sowie das Stärken präventiver Angebote (Cignacco et al. 2017: 93).

Auf der Mikroebene geht es um die konkrete Interaktion zwischen Akteuren der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsbereiche zum einen untereinander und zum anderen mit der betroffenen schutzsuchenden Frau und ihrer Familie. Letztere sollte geprägt sein von

gegenseitigem Vertrauen, kulturellem Verständnis, Information sowie Empowerment im Sinne von Befähigung.

Die Gesundheit geflüchteter Menschen kann durch die Ursachen und Umstände der Flucht erheblich gefährdet sein. Diese Gefährdung stellt eine der führenden globalen Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in diesem Jahrhundert dar (Androutsou & Metaxas 2019). Geflüchtete Frauen stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar, „da sie multiplen und komplexen Stressoren vor, während und nach der Flucht ausgesetzt waren und sind, die ihre Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können“ (Abels, Kurmeyer & Kutschke 2017: 6). Diese Frauen und deren Kinder haben ein Recht darauf, dass in Deutschland die nötigen sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit sie ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit erfahren können. ■



Literaturverzeichnis

Abels, Ingar; Kurmeyer, Christine; Kutschke, Nadja (2017):

Charité für geflüchtete Frauen. Women for Women. Jahresbericht 2017. Hg. v. Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Charité.

Amtsblatt der Europäischen Union (2013): RICHTLINIE 2013/33/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).

Androutsou, Lorena; Metaxas, Theodoros (2019): Health Systems that Meet the Health Needs of Refugees and Migrants. *Journal of Developing Societies* 35, 1 (2019): 83–104.

Bozorgmehr, Kayvan; Mohsenpour, Amir; Saure, Daniel; Stock, Christian; Loerbroks, Adrian; Joos, Stephanie; Schneider, Christine (2016): Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014), *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59.

Bundesamt für Justiz (2017): Asylbewerberleistungsgesetz. § 4. Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. Fassung vom 17.07.2017. <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html>. Zugriff: 29.07.2019.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019): Aktuelle Zahlen – Tabellen, Diagramme, Erläuterungen. Ausgabe Juni 2019. *Bundesgesetzblatt (BGBl.) Jahrgang 1976: Bekanntmachung über das Inkrafttreten des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966. Bundesgesetzblatt (BGBl.) 1976 II, S. 428–430.*

Bundesgesetzblatt (BGBl.) Jahrgang 1985: Gesetz zu dem Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 18. Dezember 1979. *Bundesgesetzblatt (BGBl.) 1985 Teil II, S. 647–661.*

Bundesministerium für Gesundheit (2016): www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/migration-und-integration/fluechtlinge-und-gesundheit/medizinische-versorgung-von-fluechtlingen.html. Zugriff: 30.07.2019.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2018): Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen, 2. Auflage, Berlin.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.) (2017): Der Zukunftsvertrag für die Welt. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung.

Cignacco, Eva; Sayn-Wittgenstein, Friederike zu; Sénac, Coline; Hurni, Anja; Wyssmüller, Doris; Grand-Guillaume-Perrenoud, Jean Anthony; Berger, Anke (2018): Sexual and reproductive health care for women asylum seekers in Switzerland: a multi-method evaluation. *BMC Health Services Research* 18:712. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3502-2>.

Cignacco, Eva; Berger, Anke; Sénac, Coline; Wyssmüller, Doris; Hurni, Anja; Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (2017): Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE) – Eine Situationsanalyse und Empfehlungen. Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Disziplin Geburtshilfe. Bern, Schweiz: 112 Seiten. <https://www.bfh.ch/gesundheit/de/forschung/forschungsbereiche/forschungsschwerpunkt-geburtshilfe/projekte/>. Zugriff: 01.08.2019.

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) (2017): Kinder haben ein Recht auf Gesundheit. *Information Nr. 3*, März 2017.

Dopfer, Christian; Vakilzadeh, Annabelle; Happle, Christine; Kleinert, Evelyn; Müller, Frank; Ernst, Diana; Schmidt, Reinhold E.; Behrens, Georg M. N.; Merkesdal, Sonja; Wetzke, Martin; Jablonka, Alexandra (2018): Pregnancy Related Health Care Needs in Refugees – A Current Three Center Experience in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15.

Ernst, Christiane; Ivonne, Wattenberg; Hornberg, Claudia (2017): Gynäkologische Versorgungssituation und -bedarfe von gewaltbetroffenen Schwangeren und Müttern mit Flüchtlingshilfe. *Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW Nr. 40*. S. 42–51.

Ethnomedizinisches Zentrum e.V. (2018): Mimi – Mit Migranten für Migranten. Retrieved from www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28. Zugriff: 30.08.18.

Frank, Laura; Yesil-Jürgens, Rahsan; Razum, Oliver; Bozorgmehr; Schenk, Liane; Gilsdorf, Andreas; Rommel, Alexander; Lampert, Thomas (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. S. 24–47.

Gagnon, Anita J.; Zimbeck, Meg; Zeitlin, Jennifer; Roam Collaboration (2009): Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Social Science & Medicine* 69 (6), S. 934–946.

Hanewinkel, Vera; Oltmer, Jochen (2017): Länderprofil Deutschland. *focus Migration*. Hg. v. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, zuletzt geprüft am 30.07.2019.

Heslehurst, Nicola; Brown, Heather; Pemu, Augustina; Coleman, Hayley; Rankin, Judith (2018): Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine* 16:89.

Janssens, Kristin; Bosmans, Marleen; Temmerman, Marleen (2005): Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe. *Rights, Policies, Status and Needs. Literature Review*. Hg. v. ICRH – International Centre for Reproductive Health und WHO – Collaborating Centre for Research on Sexual and Reproductive Health. Ghent, Belgium.

Khan-Zvorničanin, Meggi (2018): Medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen – Eine Bestandsaufnahme. pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main.

Kasper, Anne (2019): Scoping Review zur maternalen Gesundheit und Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung. Hebammenforum, S. 3–11.

Klotz, Sabine (2018): Weibliche Geflüchtete und das Recht auf Gesundheit. In: Bergemann, Lutz; Frewer, Andreas (Hg.): Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin. Menschenrechte – Ethik – Empowerment. Transcript Verlag, Bielefeld: 225–279.

Levin-Zamir, Diane; Keret, Sandra; Yaakovson, Orit; Lev, Boaz; Kay, Calamit; Verber, Giora; Liebermann, Niki (2011): Refuah Shlema: a cross-cultural programme for promoting communication and health among Ethiopian immigrants in the primary health care setting in Israel. *Global Health Promotion*; 18(1):51–54.

Malebranche, Mary; Nerenberg, Kara; Metcalfe, Amy; Fabreau, Gabriel E. (2017): Addressing vulnerability of pregnant refugees. *Bulletin of the World Health Organization* 95 (9), 611–611A.

Mörath, Verena (2019): Studie zur Situation von geflüchteten Familien in Berlin. Hg. v. Berliner Beirat für Familienfragen. Berlin.

Mylius, Maren; Dreesmann, Johannes; Zühlke, Christel; Mertens, Elke (2019): Hemmnisse abbauen, Gesundheit fördern – Die Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Papiere im Rahmen eines Modellprojektes in Niedersachsen, 2016–2018. *Bundesgesundheitsblatt*; 62:927–934.

O. A. (2019): Erzählcafés ‚Der gute Start ins Leben‘. www.erzaehlfcafe.net. Zugriff: 01.08.2019.

Origlia Ikhilor, Paola; Hasenberg, Gabriele; Kurth, Elisabeth; Asefaw, Fana; Pehlke Milde, Jessica; Cignacco, Eva (2019): Communication Barriers in Maternity Care of Allophone Migrants: Experiences of Women, Healthcare Professionals and Intercultural Interpreters. *Journal of Advanced Nursing*. S. 1–11.

Origlia, Paola; Jevitt, Căcilia; Sayn-Wittgenstein, Friederike zu; Cignacco, Eva (2017): Experiences of Antenatal Care Among Women Who are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery and Woman's Health*. 62, S. 589–598. doi: 10.1111/jmwh.12627.

Pangas, Jacqueline; Ogunsiji, Olayide; Elmir, Rakime; Raman, Shanti; Liamputtong, Pranee; Burns, Elaine; Dahlen, Hanna G.; Schmied, Virginia (2018): Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A meta-ethnographic review. *International Journal of Nursing Studies* 90. S. 31–45.

Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (Hg.) (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Schwenzer, Victoria (2018): Medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen: Eine Bestandsaufnahme. Online verfügbar unter: www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Spielmaterial/Fachdialognetz_Medizinische_und_psychosoziale_Angebote_fuer_schwangere_gefluechtete_Frauen_2018.pdf. Zugriff: 30.07.2019.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477), Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 22.3.2019 I 350, § 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe.

Statistisches Bundesamt (2019a): Fachserie 1, Reihe 2.4. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. 2018. S. 5. Verfügbar unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html#sprg229092. Zugriff 01.08.2019.

Statistisches Bundesamt (2019b) (Genesis Online-Datenbank). Online verfügbar unter www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabellen/12521-01*, zuletzt geprüft am 01.08.2019.

Tobin, Carolyn L.; Di Napoli, Pam; Beck, Cheryl Tatano (2018): Refugee and immigrant women's experience of postpartum depression: a meta-synthesis. *Journal of Transcultural Nursing* 29 (1):84–100. doi: 10.1177/1043659616686167. Epub 2017 Jan 16.

Tobin, Carolyn; Murphy-Lawless, Jo; Beck, Cheryl Tatano (2014): Childbirth in exile: asylum seeking women's experience of childbirth in Ireland. *Midwifery* 30 (7), S. 831–838.

United Nations, Human Right, Committee on the Rights of the Child (2013): General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). 17 April 2013, UN Doc. CRC/C/GC/15. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f15. Zugriff am 30.07.2019.

van den Akker, Thomas; van Roosmalen, Jos (2016): Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 32, S. 26–38.

van Hanegem, Nehalennia; Miltenburg, Andrea Solnes; Zwart, Joost J.; Bloemenkamp, Kitty W. M.; van Roosmalen, Jos (2011): Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: a two-year nationwide cohort study in the Netherlands. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90 (9), S. 1010–1016.

Women's Refugee Commission (Hg.) (2016): Durch das Raster fallen: Asylsuchende Frauen und Mädchen in Deutschland und Schweden.