

Fachdialognetz
für schwangere, geflüchtete Frauen

Forschung
zu Schwangerschaft
und Flucht

Aktuelle Befunde und Forschungslücken

Das Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen ist ein Modellprojekt des pro familia Bundesverbandes. Es dient der professionellen Vernetzung, dem Austausch und der gegenseitigen Unterstützung von multidisziplinären Fachkräften, ehrenamtlichen Initiativen und Migrant*innenorganisationen – zum Beispiel aus dem Gesundheitswesen, der Geburtshilfe, der psychosozialen Beratung sowie aus Migrationsdiensten oder der Jugendhilfe. Ziel ist es Fachkompetenz zur Wahrung und Wahrnehmung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte im Dialog weiterzuentwickeln.

Impressum

Herausgeber:

pro familia Bundesverband

Mainzer Landstraße 250–254, 60326 Frankfurt am Main

Projektleitung: Dr. John Litau

fachdialognetz@profamilia.de

www.profamilia.de

Erstellt von:

Camino – Werkstatt für Fortbildung,

Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH

Autorin: Dr. Meggi Khan-Zvorničanin

Kommunikation und Gestaltung:

MedienMélange: Kommunikation!

Stand: Juli 2018

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Forschung zu Schwangerschaft und Flucht

Aktuelle Befunde und Forschungslücken



Inhalt

01  6

Einleitung

02  9

Aufenthaltsrechtliche Begriffe

03  12

Forschungsstand und Forschungslücken

3.1	Systematische Übersichtsarbeiten	12
3.2	Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten	15
3.3	Sichere Schwangerschaft und Mutterschaft	21
3.3.1	Prävalenz von Schwangerschaften und mögliche Bedarfslagen	21
3.3.2	Schwangerenvorsorge und perinatale Gesundheit	23
3.4	Ungewollte Schwangerschaften	26
3.5	Familienplanung	29
3.6	Schwangerschaft in der Illegalität	32
3.6.1	Die Lebenslage Illegalität	34
3.6.2	Prävalenz und Bedeutung von Schwangerschaft	36
3.6.3	Familienplanung	38
3.6.4	Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten	39
3.7	Zur Lebenslage von Frauen in Flüchtlingsunterkünften	40
3.7.1	Bildungshintergründe und Sprachkenntnisse	43
3.7.2	Psychosoziale Situation	44
3.7.3	Wohnsituation und Lebensbedingungen in Deutschland	46

04  54

Zusammenfassung

05  58

Literatur

01 Einleitung

Die vorliegende Übersichtsarbeit bildet den aktuellen Stand der Forschung zur Situation schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland hinsichtlich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte ab. Die methodische Grundlage dieser Arbeit ist eine umfassende Recherche gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Fachpublikationen. Hierfür wurden gesundheits- und sozialwissenschaftliche Datenbanken und Textreferenzen ausgewertet.

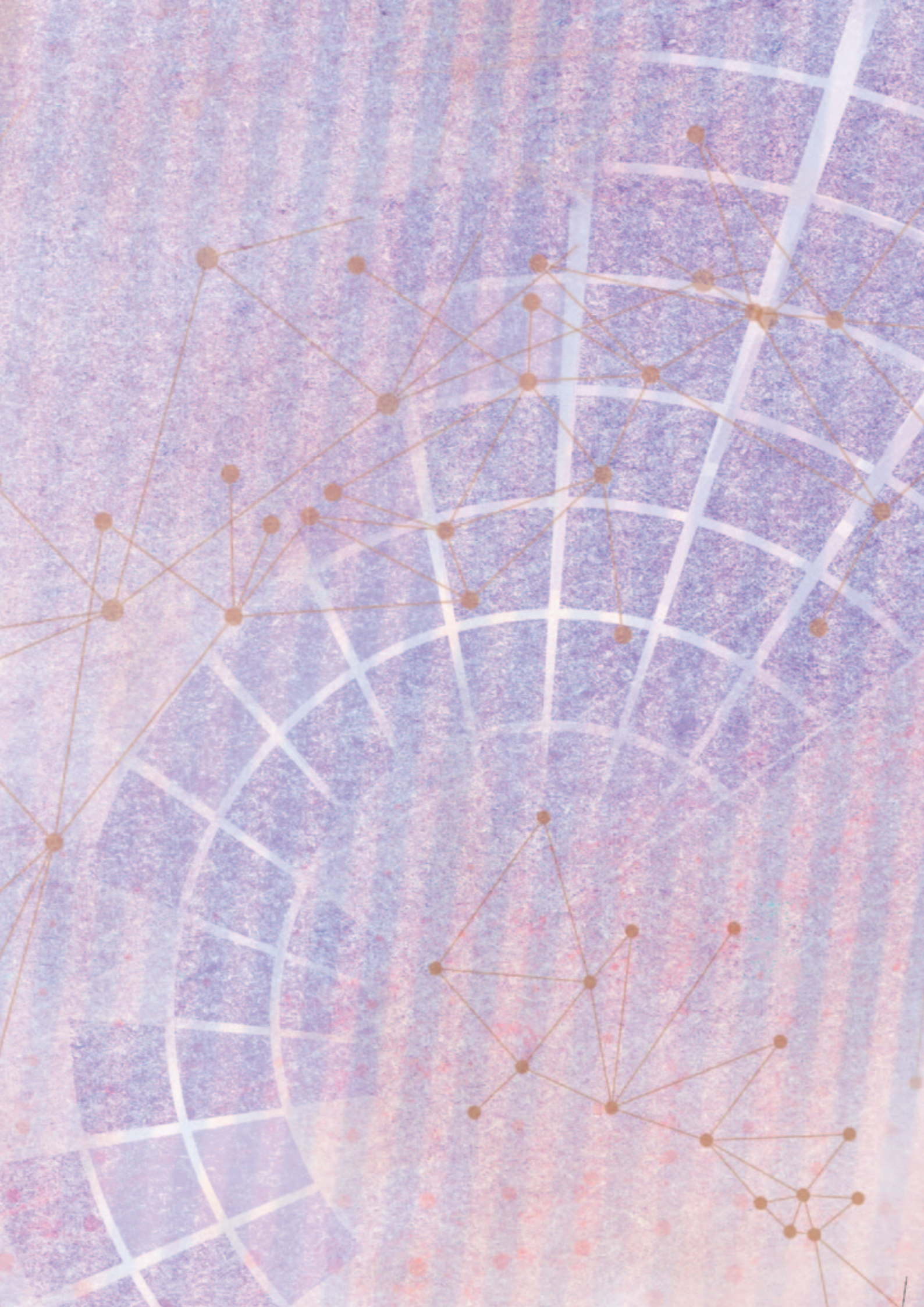
Zugleich ist die vorliegende Literaturrecherche als eine Arbeitsgrundlage gedacht im Rahmen der Umsetzung des pro familia Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“. Das Modellprojekt dient der professionellen Vernetzung, dem Austausch und der gegenseitigen Unterstützung multidisziplinärer Fachkräfte, ehrenamtlicher Initiativen und Migrant*innenorganisationen. Ein wesentliches Projektziel ist es, die Fachkompetenz zur Wahrung und Wahrnehmung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte schwangerer, geflüchteter Frauen im Dialog mit Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Geburtshilfe, der psychosozialen Beratung, der Jugendhilfe, den Migrationsdiensten sowie weiteren relevanten Akteuren weiterzuentwickeln.

Als Orientierungsgrundlage fungieren hierbei die Charta der pro familia Dachorganisation IPPF (International Planned Parenthood Federation) sowie auf dieser Charta basierende Grundsätze und Erklärungen (IPPF 2009, 1997). Zentral ist in diesem Kontext die Anerkennung sexueller und reproduktiver Gesundheit als ein Menschenrecht. Dies schließt ein befriedigendes und gesundheitlich ungefährliches Sexualleben, die Fähigkeit zur und Entscheidungsfreiheit über die Fortpflanzung, den Zugang zu Methoden der Familienplanung und zu Gesundheitsversorgungsangeboten sowie eine sichere Schwangerschaft und Geburt ein (vgl. ebda.).

Des Weiteren will das Fachdialognetz Forschungslücken und Forschungsbedarfe ermitteln sowie gesichertes Wissen darüber, was schwangere, geflüchtete Frauen brauchen und wünschen, zusammentragen, aufbereiten und mit Fachkräften diskutieren. Auf der hieraus resultierenden Wissensgrundlage sollen Empfehlungen für die psychosoziale Beratung, geburtshilfliche Begleitung und medizinische Behandlung schwangerer und frisch entbundener Frauen mit Fluchtgeschichte entwickelt werden.

Zum Aufbau der Arbeit

Die Darstellung der Recherche- und Analyse-Ergebnisse erfolgt in der vorliegenden Arbeit zum einen orientiert an Kernthemen sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Hierzu gehört die Frage des Zugangs schwangerer, geflüchteter Frauen zu medizinischen und psychosozialen Angeboten und Leistungen. Des Weiteren gehören hierzu die Themen sichere Schwangerschaft und Mutterschaft, ungewollte Schwangerschaften und Familienplanung. Da sich der Fokus und die Wissensbestände der Literatur, die für diese Arbeit recherchiert und analysiert wurden, nicht immer sinnvoll einem der genannten vier Kernthemen zuordnen lassen, sind das erste und die letzten beiden Kapitel thematisch breiter angelegt. Im ersten Ergebniskapitel werden systematische Übersichtsarbeiten mit Bezug auf das Thema dieser Arbeit im Hinblick auf ihren Forschungskontext beschrieben und zentrale Ergebnisse daraus vorgestellt. Darauf folgen vier Ergebniskapitel, die entlang der oben genannten Kernthemen strukturiert sind. Im Anschluss werden die Studienlage und der Stand der Forschung zum Thema Schwangerschaft in der Illegalität dargestellt. Im letzten Ergebniskapitel geht es um die Lebenslage von Frauen in Flüchtlingsunterkünften.



02 Aufenthaltsrechtliche Begriffe

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Geflüchtete“ durchgängig als Ober- bzw. Sammelbegriff verwendet. Gemeint ist immer, dass es sich um Personen handelt, die aus ihrem Herkunftsland vor Krieg, Folter, Verfolgung oder anderen lebensbedrohlichen Zuständen in ein anderes Land geflohen sind. Aus aufenthaltsrechtlicher Perspektive können Geflüchtete unterschiedlichen Statusgruppen angehören:

- ⌘ **Asylsuchende** sind geflüchtete Menschen, die beabsichtigen, einen Asylantrag zu stellen, aber noch nicht beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge vorsprechen konnten.¹ De facto befinden sich diese Personen in einer aufenthaltsrechtlichen Grauzone, da sie in der Regel (noch) nicht über eine „Aufenthaltsgestattung“ gemäß § 55 Asylgesetz (AsylG) verfügen, was Rechtsunsicherheiten und Benachteiligungen nach sich ziehen kann (vgl. Flüchtlingsrat Berlin 2015).

- ⌘ **Schutzberechtigte** sind geflüchtete Menschen, die nach Abschluss des Asylverfahrens entweder
 - ⌘ eine „Asylberechtigung“ gemäß Art. 16a Grundgesetz,
 - ⌘ den „Flüchtlingsschutz“ gemäß § 3 Abs. 1 AsylG oder
 - ⌘ einen „subsidiären Schutz“ gemäß § 4 Abs. 1 AsylG erhalten haben.

¹ Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018): → <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Schutzformen/schutzformen-node.html>. In anderen Quellen und Kontexten wird der Begriff Asylsuchende zum Teil auch als Oberbegriff verwendet, unter den die Gruppe der Asylbewerber/innen zu subsumieren wäre. Da durch diese breitere Begriffsauffassung die unterschiedlichen Problemlagen der verschiedenen Statusgruppen aus dem Blick geraten, findet in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Definition des BAMF Anwendung.



Generell wird „schutzberechtigten“² Personen zunächst nur eine zeitlich befristete Aufenthaltserlaubnis erteilt. Diese kann verlängert und nach drei bis fünf Jahren in eine „Niederlassungserlaubnis“ (unbefristet) umgewandelt werden, wenn weitere Voraussetzungen gegeben sind, wie der Nachweis ausreichender Deutschkenntnisse und der eigenständigen Sicherung des Lebensunterhalts. Mit der Erteilung der Aufenthaltserlaubnis verbunden ist ein unbeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt und Anspruch auf privilegierten Familiennachzug.

- ❖ **Bleibeberechtigte** sind Personen, deren Asylantrag zwar abgelehnt wurde, die jedoch eine vorübergehende Aufenthaltserlaubnis gemäß § 25 Abs. 3 AufenthG erhalten haben aufgrund eines bestehenden Abschiebeverbots nach § 60 Abs. 5 AufenthG bzw. § 60 Abs. 7 AufenthG. Dieses Verbot kann beispielweise wegen drohender Folter oder Todesstrafe erteilt werden. Anders als bei „Schutzberechtigten“ besteht beim Bleiberecht kein Anspruch auf privilegierten Familiennachzug. Auch der Zugang zum Arbeitsmarkt ist hier nur beschränkt möglich. Nach einem Zeitraum von fünf Jahren kann der zeitlich befristete Aufenthalt in eine unbefristete „Niederlassungserlaubnis“ umgewandelt werden. Hierfür müssen weitere Voraussetzungen gegeben sein, wie der Sprachnachweis und die eigenständige Sicherung des Lebensunterhalts.

- ❖ **Geduldete** sind ausreisepflichtige Personen, bei denen gemäß § 60a AufenthG unverschuldete Abschiebungshindernisse bestehen (z.B. unklare Staatsangehörigkeit oder Staatenlosigkeit). Ihnen wurde eine aufenthaltsrechtliche „Duldung“ erteilt, was mit einer Vielzahl von Restriktionen verbunden ist (z.B. Wohnortzuweisung, Residenzpflicht, Unterbringung in einer Sammelunterkunft, Arbeitsverbot, eingeschränkte Sozialleistungen).

² Als „schutzberechtig“ gelten auch sogenannte „Kontingenz- oder Resettlement-Flüchtlinge“. Anders als andere Geflüchtete müssen diese jedoch nicht das Asylverfahren durchlaufen. Ihre Aufnahme erfolgt gemäß § 23 Abs. 4 und § 24 AufenthG auf der Grundlage internationaler Abkommen. Beispielsweise wurden hierdurch in den Jahren 2013 bis 2015 insgesamt 20.000 Syrer/innen aufgenommen. Lt. Auskunft des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge ist diese Aufnahmemöglichkeit mittlerweile ausgelaufen (vgl. ebda.).

In der vorliegenden Arbeit wird an einigen Stellen auf die folgenden Statusgruppen Bezug genommen.

- :: Asylbewerber/innen:** Es handelt sich um Personen, die einen Antrag auf Asyl gestellt haben bzw. sich in einem laufenden Asylverfahren befinden. Für die Dauer dieses Verfahrens erhalten sie eine „Aufenthaltsgestattung“ gemäß § 55 AsylG, welche mit einer Vielzahl rechtlicher Restriktionen verbunden ist. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist mindestens in den ersten 15 Monaten eingeschränkt. Er wird über die §§ 4 und 6 des AsylbLG geregelt.

 - :: Aufenthaltsrechtliche Illegalität:** Eine Person in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität verfügt über keinen gültigen Aufenthaltsstatus. Es existiert eine Vielzahl von Begriffen, um die aufenthaltsrechtliche Illegalität zu umschreiben, z.B. „undokumentierte Migrant/innen“, „Menschen ohne Papiere“, „Statuslose“, „illegalisierte Personen“. Der Zustand der aufenthaltsrechtlichen Illegalität tritt z.B. ein, wenn ein(e) nach Deutschland eingereiste(r) Ausländer/in sich nach der Einreise nie beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) oder einer kommunalen Ausländerbehörde meldet. Es ist auch möglich, dass sich eine Person zunächst mit gültigen Aufenthaltspapieren in Deutschland aufgehalten hat (z.B. mit Studenten- oder Touristenvisum) und, nachdem die Papiere abgelaufen sind, „untergetaucht“ ist. Auch Asylbewerber/innen, deren Antrag auf Asyl abgelehnt wurde, können in die Aufenthaltsrechtliche Illegalität abgleiten, wenn sie ihrer Ausreisepflichtung nicht nachkommen. Bei Aufdeckung des Status der Illegalität droht den Betroffenen die Abschiebung. Aus diesem Grund ist der Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen für sie versperrt.
-

03 Forschungsstand und Forschungslücken

3.1 Systematische Übersichtsarbeiten

In diesem Unterkapitel werden die wenigen im Rahmen der Recherche gefundenen Übersichtsarbeiten, die das breite Forschungsfeld Schwangerschaft und Flucht sondieren, kurz im Hinblick auf ihren jeweiligen Forschungskontext eingeordnet und die sich darin abzeichnenden Forschungslücken und Forschungsdesiderata bezüglich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte schwangerer, geflüchteter Frauen aufgezeigt. Das Unterkapitel schließt mit einem kurzen Fazit ab.

Johansson (2016) hat sich im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche aus der Perspektive sozialwissenschaftlicher Flüchtlingsforschung mit der Frage befasst, was bislang über die strukturelle und soziokulturelle Integration geflüchteter Menschen in Deutschland bekannt ist. Hierfür hat sie neben qualitativen und quantitativen Studien auch amtliche Statistiken und Lageberichte sowie rechtspolitische und deskriptive Erörterungen recherchiert (Johansson 2016, 11). In zwei Unterkapiteln wertet Johansson die vorhandene Literatur zum Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (ebda., 33 – 34) und zur gesundheitlichen Situation geflüchteter Menschen (ebda., 77 – 85) aus. Abgesehen von einer kurzen Bezugnahme auf § 4 AsylbLG finden sich keine Aussagen zur Schwangerschaft oder zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit geflüchteter Frauen (ebda., 34).³ Ebenso enthält die Arbeit von Johansson keine Hinweise auf Publikationen mit einem gendersensiblen Fokus.

Bozorgmehr et al. (2016) haben aus der Perspektive gesundheitswissenschaftlicher Versorgungsforschung den Stand der Forschung zum Gesundheitszustand und zur medizinischen Versorgung geflüchteter Menschen aufgearbeitet. Hierzu hat die Autorengruppe zunächst über 1.500 Abstracts gesichtet und Referenzen überprüft,

³ Erwähnt wird hier lediglich, dass gemäß § 4 AsylbLG über eine reine Notfallversorgung hinausgehend auch „sonstige Leistungen“ erbracht werden bei Schwangerschaft und Entbindung, für amtlich empfohlene Impfungen sowie medizinisch gebotene Vorsorgeleistungen.

die zwischen 1990 und 2014 publiziert wurden. Mittels vorab festgelegter Einschlusskriterien haben die Autor/innen schließlich 52 relevante Studien identifiziert. Diese wurden im nächsten Schritt im Hinblick auf die untersuchten Forschungsbereiche und -methoden sowie den jeweiligen Aussagegehalt analysiert und bewertet. Auf dieser Grundlage stellen Bozorgmehr et al. fest, dass sich ein Großteil derjenigen Studien, die sich auf körperliche Beschwerden beziehen, Infektionskrankheiten thematisieren, während Studien zu psychischen Erkrankungen vornehmlich post-traumatische Belastungsstörungen (PTBS) in den Blick nehmen (Bozorgmehr et al. 2016, 607). Keine Studien im Bereich der physischen Gesundheit finden die Autor/innen hingegen in Bezug auf die Themen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bei Frauen im Asylverfahren (ebda., 609).

Anders als Johansson (2016) und Bozorgmehr et al. (2016) verfolgt das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW in der Flüchtlingsforschung einen frauenspezifischen Ansatz. Die Autor/innen stellen auf der Grundlage einer Recherche zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungssituation geflüchteter Frauen einen hohen Bedarf an Forschung zu traumasensibler Leistungserbringung fest (Ernst et al. 2017, 42).

Mit der Zusammenführung einer trauma- und geschlechtersensiblen Perspektive umreißen die Autor/innen ein weites, in Deutschland bislang noch weitgehend unbearbeitetes Forschungsfeld. So gilt es ihnen zufolge zu erforschen, was gesundheitliche und psychosoziale Bedarfe von gewaltbetroffenen geflüchteten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind und wie gynäkologische und geburtshilfliche Dienstleistungen für die Betroffenen möglichst optimal trauma- und kultursensibel ausgestaltet werden könnten (ebda., 48). Hierbei sind nach Ansicht der Autor/innen Forschungsdesigns notwendig, die der Heterogenität geflüchteter Frauen zum einen durch intersektionale⁴ Forschungsperspektiven gerecht werden und zum anderen, indem bei der Zusammenstellung von Untersuchungsgruppen spezifische Phasen im Migrationsprozess berücksichtigt werden, um methodologisch vergleichbare Ergebnisse zu erzielen (ebda.).

Aus dem in Belgien angesiedelten International Center for Reproductive Health (ICRH) stammt eine ältere, inhaltlich aber immer noch bedeutsame Übersichtsarbeit. Diese

4 Eine solche Perspektive nimmt ineinandergreifende Strukturen sozialer Ungleichheit in den Blick.



wurde mit Mitteln des Europäischen Flüchtlingsfonds im Rahmen eines ICRH-Projekts erstellt.⁵ Das Projektkonzept zielt darauf ab, die Integration geflüchteter Frauen in den EU-Mitgliedsländern durch die Stärkung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu fördern (Janssens et al. 2005, 13). Vor diesem Hintergrund haben die Autor/innen der Studie verfügbare Wissensbestände zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit geflüchteter Frauen in Europa zusammengetragen und auf dieser Grundlage weiteren Handlungs- und Forschungsbedarf aufgezeigt (ebda., 13f., 75).

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass in den EU-Mitgliedsstaaten der Status der sexuellen und reproduktiven Gesundheit geflüchteter Frauen ebenso wie ihre spezifischen Bedarfslagen und das konkrete Versorgungsgeschehen im Flüchtlingskontext bisher kaum erforscht sind (Janssens et al. 2005, 15). Vor diesem Hintergrund sehen die Autor/innen einen dringenden Handlungs- und Forschungsbedarf. Sie argumentieren, dass das bisher verfügbare gesicherte Wissen darauf verweist, dass Migrantinnen im Allgemeinen und Geflüchtete im Besonderen in Bezug auf sämtliche Aspekte sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte ein erhöhtes Risiko für Benachteiligungen tragen (ebda., 75).

Problematisch ist den Autor/innen zufolge auch, dass sich die Flüchtlingsforschung bisher zu einseitig auf Aspekte der psychischen Gesundheit konzentriert, insbesondere auf die Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen. Dieser Fokus ist ihrer Ansicht nach in der Flüchtlingsforschung zwar sehr wichtig. Er sollte jedoch nicht getrennt von körperlichen Gesundheitsproblemen betrachtet werden, weil beide Aspekte in der Regel miteinander verwoben sind. Die Autor/innen plädieren deshalb für holistische Ansätze und ein integratives Vorgehen (Janssens et al. 2005, 75f., 119). Um die Bedarfslagen geflüchteter Frauen besser verstehen und adäquate Interventionen entwickeln zu können, werden zudem interdisziplinäre Forschungsansätze empfohlen (ebda., 119).

Einen besonderen Forschungsbedarf sehen die Autor/innen auch in Bezug auf den Status der sexuellen und reproduktiven Gesundheit geflüchteter Mädchen in der Adoleszenz im Hinblick auf ihre spezifischen Bedarfslagen und Rechte (ebda., 120). Des Weiteren sollte die Forschung den Autor/innen zufolge methodisch besser der Heterogenität geflüchteter Frauen gerecht werden. Hierbei sollte insbesondere auch auf die Vergleichbarkeit erhobener Daten untereinander und im europäischen Kontext geachtet werden (ebda., 119f.).

⁵ Projektlaufzeit: 02/2004 bis 06/2005.

Fazit

Die Übersichtsarbeiten aus der sozial- und/oder gesundheitswissenschaftlich orientierten Flüchtlingsforschung verweisen übereinstimmend auf eine eklatante Forschungslücke in Bezug auf die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen in allen EU-Mitgliedsstaaten. Offenbar mangelt es in der deutschen und zum Teil auch in der europäischen Flüchtlingsforschung an einem gendersensiblen Fokus, der sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Kontext von Flucht und Vertreibung grundsätzlich und systematisch berücksichtigt. Aus diesem Grund haben sich bisher nur wenige wissenschaftliche Publikationen dezidiert mit der Thematik befasst. Zugleich ist anhand der Arbeiten des ICRH und des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit in NRW deutlich geworden, dass bei der Bearbeitung dieser Forschungslücke eine Verschränkung einer trauma- und geschlechter- sowie ggf. auch einer kultur- und machtsensiblen Perspektive zielführend wäre, um die Heterogenität geflüchteter Frauen und die Komplexität ihrer Lebenslagen sichtbar zu machen.

Im folgenden Abschnitt wird die Studienlage genauer in Bezug auf den Forschungsstand zum Zugang schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland zu medizinischen und psychosozialen Angeboten und Leistungen betrachtet.

3.2 Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten

Nur sehr wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen befassen sich dezidiert mit dem Zugang schwangerer, geflüchteter Frauen zu medizinischen und psychosozialen Angeboten und Leistungen.⁶ Ernst et al. (2017) benennen auf der Grundlage ihrer Literaturrecherche folgende Zugangsbarrieren: Sprachbarrieren, die Unkenntnis der gynäkologischen Versorgungsstrukturen in Deutschland, Überlastung der Kommunen hinsichtlich der Organisation des Zugangs geflüchteter Frauen zu gynäkologischen und entbindungspflegerischen Angeboten sowie die persönliche Einstellung und interkulturelle Kompetenz aufseiten des Gesundheitspersonals (ebda., 44). Ein weiterer Grund für die Nicht-Inanspruchnahme gynäkologischer und geburtshilflicher

⁶ Literatur zur spezifischen Situation von Frauen ohne gültigen Aufenthaltsstatus wird in Kapitel 4.6 behandelt.



Angebote kann den Autor/innen zufolge auch eine seelische Verletzung (Trauma)⁷ sein oder eine hieraus resultierende psychische Folgeerkrankung (ebda., 44).

Auch Janssens et al. (2005) gehen in ihrer Übersichtsarbeit auf Zugangsbarrieren geflüchteter Frauen ein (ebda., 81f.). Ergänzend zu den von Ernst et al. (2017) genannten Barrieren weisen sie auf die folgende Problematik hin. Asylbewerberinnen können angesichts der belastenden Ungewissheit bezüglich des Ausgangs ihres Asylverfahrens und ihrer oft prekären Lebenssituation so stark von den Anforderungen der Alltagsbewältigung absorbiert sein, dass sie ihre eigene Gesundheit vernachlässigen (Janssens et al. 2005, 82). Darüber hinaus nennen die Autor/innen als weitere Zugangsbarrieren mangelndes Vertrauen aufseiten der geflüchteten Frauen gegenüber den Einrichtungen der Mehrheitsgesellschaft sowie finanzielle und bürokratische Hindernisse (ebda., 82).

Einige Veröffentlichungen befassen sich mit der Zugänglichkeit medizinischer und psychosozialer Angebote für Migrantinnen in prekären Aufenthaltssituationen entweder aus einer juristischen oder einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive. Hierzu gehört ein Artikel aus einer Fachzeitschrift für Juristinnen (Frings 2017). Die Autorin untersucht darin, welche rechtlichen Ansprüche bezüglich sexueller und reproduktiver Gesundheit Frauen zustehen, deren Zugang zu Gesundheitsleistungen durch das AsylbLG geregelt ist (ebda., 14f.). Eine ähnliche Fragestellung – allerdings aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive und nicht dezidiert auf sexuelle und reproduktive Gesundheit zugespielt – untersucht eine Autorengruppe des Robert-Koch-Instituts Berlin (RKI 2017) und eine andere der Universität Bielefeld (Razum et al. 2016). Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse der oben beschriebenen Arbeiten zusammenfassend dargestellt und mögliche Forschungsdesiderata aufgezeigt.

Leistungen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit über das Asylbewerberleistungsgesetz

In der Schwangerschaft und nach der Geburt besteht gemäß § 4 Abs. 2 AsylbLG ein Anspruch auf „Sonderleistungen“ für Schwangere und Wöchnerinnen. Hierzu zählen ärztliche und pflegerische Hilfe sowie Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel (Frings 2017, 14f.). Ebenso können Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen ohne Einschränkungen in Anspruch genommen werden (ebda.).

⁷ Die in Deutschland gültige 10. Ausgabe der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, kurz ICD-10, der WHO definiert ein Trauma als „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“.

Nicht gewährt wird eine Haushaltshilfe gemäß § 24h SGB V (ebda.). Ebenfalls nicht einbezogen werden Leistungen zur Familienplanung und sozialpädiatrische Leistungen für Neugeborene (ebda.). Möglich ist jedoch die Bewilligung von „ergänzenden Leistungen“ gemäß § 6 Abs. 1 AsylbLG, wenn diese im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit „unerlässlich“ sind (ebda.). Über diese Klausel können auch sozialpädiatrische Leistungen für Neugeborene erstattet werden, sofern dargelegt wird, dass diese aus gesundheitlichen Gründen unverzichtbar sind (ebda.). Schwangere können auf dieser Grundlage auch eine Erstausrüstung für ihr Baby beantragen (Classen 2016)⁸.

Razum et al. (2016) führen mit Bezug auf die oben genannte Klausel aus, dass die Gewährung gesundheitlicher Leistungen nach dem AsylbLG in vielerlei Hinsicht eine Ermessensangelegenheit ist, wodurch der Zugang zu Leistungen für die Betroffenen stark vom Zufall abhängt. Zufällig können beispielsweise das jeweilige Engagement und/oder der juristische Sachverstand der/des behandelnden Arztes/Ärztin sein⁹ (ebda., 712). Ein wichtiger Kritikpunkt ist zudem, dass Asylsuchende ohne elektronische Gesundheitskarte jeden Arztbesuch vorab bei der zuständigen Behörde, zum Beispiel beim Sozialamt, beantragen müssen, um einen Behandlungsschein für die Kostenübernahme zu erhalten. Ob ein Antrag auf Krankenbehandlung bewilligt oder abgelehnt wird, liegt dann häufig im Ermessen von medizinisch nicht fachkundigem Personal (Razum et al. 2016, 712; RKI 2017, 37). Ebenso zufällig ist die Zuweisung von Asylbewerber/innen in ein bestimmtes Bundesland und eine bestimmte Kommune. Aufgrund von länderrechtlichen Regelungen und abweichenden kommunalen Verfahren werden dort Spielräume, die insbesondere § 6 Abs. 1 AsylbLG bietet, zum Teil sehr unterschiedlich ausgelegt (Razum et al. 2016, 711; RKI 2017, 37f.).

Problematisch ist beim Bezug von Leistungen gemäß AsylbLG auch der Zugang zu Verhütungsmitteln. In der Regel wird die Kostenübernahme hierfür mit dem Argument abgelehnt, dass diese Kosten bereits im Regelsatz enthalten seien (Frings 2017, 15). Allerdings ist der Regelsatz nach dem AsylbLG gegenüber dem Satz nach SGB II und SGB XII deutlich reduziert: 351 Euro (AsylbLG) gegenüber 409 Euro (SGB II, SGB XII),

⁸ Hierbei handelt es sich um ergänzende Informationen aus einer Erklärung des Flüchtlingsrats Berlin mit dem Titel „Existenzsicherung nach dem AsylbLG als Grundrecht“.

⁹ Die Autoren berichten aus der Praxis, dass Ärzt/innen häufig unsicher sind, ob Leistungen, die sie unter anderen Umständen als „unerlässlich“ einstufen würden, bei Asylbewerber/innen tatsächlich abgerechnet werden können. Dies führt dazu, dass sie aus Sorge, die Kosten nicht erstattet zu bekommen, oft nur eine eingeschränkte Behandlung anbieten (Razum et al. 2017, 712).



jeweils für Alleinstehende (ebda.). Noch weniger Geld steht bei Unterbringung in einer Einrichtung zur Verfügung, die eine Sachleistungsversorgung praktiziert. Einer alleinstehenden Person steht in diesem Fall nur ein monatliches Taschengeld in Höhe von 135 Euro zur Verfügung (Classen 2016).

Im Falle einer ungewollten Schwangerschaft werden die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch gemäß § 19 Abs. 3 SchKG für nichtversicherte bedürftige Frauen mit Wohnsitz in Deutschland – hierzu zählen auch Leistungsbezieherinnen nach AsylbLG – von den Bundesländern übernommen (ebda.).¹⁰ Hierdurch haben Frauen mit niedrigem Einkommen die Möglichkeit, die Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch bei einer beliebigen gesetzlichen Krankenkasse zu beantragen, die wiederum die Kosten vom Land erstattet bekommt. Eine Mitgliedschaft wird dabei nicht vorausgesetzt (Braun et al. 2003)¹¹. Auch der Zugang zur vertraulichen Geburt wird den Empfängerinnen von Leistungen nach dem AsylbLG gemäß §§ 25f. SchKG uneingeschränkt gewährt (Frings 2017).

Da Leistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit besonders beratungsintensiv sind, müssen Dolmetscherleistungen für geflüchtete Frauen ohne ausreichende Deutschkenntnisse erbracht werden (Frings 2017, 14f.). In Bezug auf die Frage der Kostenübernahme kommt es regelmäßig zu Unsicherheiten. Diese verhindern, dass auf einen akuten Bedarf zeitnah reagiert werden kann (ebda.). Da Deutsch in den Sozialgesetzbüchern als Amtssprache festgelegt ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten für Dolmetscherleistungen nicht (RKI 2017). Werden Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG bezogen, besteht jedoch die Möglichkeit, Übersetzungsdienstleistungen über § 6 AsylbLG zu finanzieren. Hierfür muss dargelegt werden, dass dies zur Sicherung der Gesundheit „unerlässlich“ ist (ebda.). Werden Leistungen im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB XII bezogen, besteht dagegen die Möglichkeit, Dolmetscherleistungen über § 73 SGB XII („Hilfe in sonstigen Lebenslagen“) zu finanzieren (ebda.).

¹⁰ Frings (2017) macht darauf aufmerksam, dass in der oben beschriebenen Bewilligungspraxis ein „Wertungswiderspruch“ liegt: Während die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch übernommen werden, ist dies bei Verhütungsmitteln selbst dann nicht der Fall, wenn nur ein deutlich reduzierter Sozialhilfesatz zur Verfügung steht (ebda., 15).

¹¹ Braun et al. (2003) beschreiben die rechtlichen Möglichkeiten schwangerer Frauen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität (vgl. hierzu Kapitel 4.6 in dieser Arbeit).

Zusammenfassend stellt Frings (2017) fest, dass geflüchtete Frauen in prekären Aufenthaltssituationen im Fall von Schwangerschaft und Geburt weitgehend die gleichen Ansprüche auf medizinische und psychosoziale Leistungen haben wie Frauen mit einem sicheren Aufenthaltsstatus (ebda., 15). Ihre Arbeit zeigt aber auch, dass Frauen durch das AsylbLG ihre sexuellen und reproduktiven Rechte nicht vollumfänglich wahrnehmen können. Zudem ist, wie die Arbeiten von Razum et al. (2016) sowie des RKI (2017) aufzeigen, nicht sichergestellt, dass die Betroffenen die ihnen zustehenden medizinischen und psychosozialen Leistungen regelmäßig geltend machen können.

Vor diesem Hintergrund sollte aus der Perspektive sozialwissenschaftlich orientierter Versorgungsforschung und fokussiert auf die konkrete Situation schwangerer, geflüchteter Frauen die offensichtliche Ungleichheit und Zufälligkeit des Zugangs zu medizinischen und psychosozialen Leistungen empirisch untersucht werden. Beispielsweise könnte danach gefragt werden, ob schwangere, geflüchtete Frauen, die bereits während des Asylverfahrens über eine elektronische Gesundheitskarte verfügen, andere Nutzer- und Perinataldaten aufweisen als entsprechende Vergleichs- und Kontrollgruppen¹². Ein weiteres Forschungsdesiderat besteht darin, den Zugang von Frauen in prekären Aufenthaltssituationen zu Verhütungsmitteln zu untersuchen. Hierbei wären insbesondere qualitativ-rekonstruktiv angelegte Studien zielführend, die auch die Perspektive der Betroffenen berücksichtigen.

Zugang zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten und Leistungen

Geflüchtete Frauen haben u.a. ein höheres Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen und Wochenbettdepressionen¹³. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle auf den Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten und Leistungen eingegangen werden.

Psychiatrische Behandlungen zählen gemäß AsylbLG zur Akutversorgung und werden folglich erstattet (RKI 2017). Dagegen ist eine Psychotherapie für gewöhnlich nicht im Leistungsumfang enthalten (ebda.). Übernommen werden kann eine Kurzzeittherapie

¹² Verglichen würden Bezieherinnen von Leistungen gemäß dem AsylbLG mit und ohne elektronische Gesundheitskarte. Als Kontrollgruppen würden Migrantinnen mit sicherem Aufenthaltsstatus und einheimische Frauen fungieren.

¹³ Vgl. hierzu z.B. Schmied et al. 2017, O'Mahony/Donnelly 2013, Alhasanat/Fry-McComish 2015.



auf der Grundlage von § 6 AsylbLG (ebda.). Hierbei handelt es sich allerdings um eine der im vorangegangenen Abschnitt bereits erwähnten Ermessensleistungen.

Ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen besteht in der unzureichend geregelten Kostenübernahme für Sprachmittlung (RKI 2017, 40). Erschwert wird die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen auch dadurch, dass hierfür zu wenige Plätze zur Verfügung stehen. So müssen jedes Jahr deutlich mehr Asylsuchende abgelehnt werden, als aufgenommen werden können (ebda.). Eine frühzeitige Behandlung geflüchteter Menschen, die häufiger schwer traumatisiert sein können, ist vor diesem Hintergrund nicht gegeben (ebda.). Bezogen auf die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen weisen Ernst et al. (2017) auf die folgende Problematik hin. Bei Frauen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung können sich Erlebnisse im Zusammenhang mit einer gynäkologischen Untersuchung, während der Geburt oder ausgelöst durch Veränderungen, die gewöhnlich mit einer Schwangerschaft einhergehen, als sogenannte Trigger-Reize erweisen. Durch diese Reize kann es zu einer Re-Traumatisierung kommen, mit ernsthaften Folgen für die Mutter und das ungeborene Kind (ebda., 45f.).

Den Autor/innen zufolge besteht ein dringender Forschungsbedarf dahingehend, spezifische Trigger-Reize im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und gynäkologischen Behandlungen genauer zu erforschen (Ernst et al. 2017, 47). Zudem sollte das aus dieser Forschung resultierende Wissen breitflächig in der Praxis verankert werden (ebda.). Vor diesem Hintergrund gilt es ebenso zu untersuchen, welches kognitive Wissen, welche Erfahrungen und welche handlungsleitenden Orientierungen beim Gesundheitspersonal in den Bereichen Geburtshilfe und Gynäkologie in Bezug auf den Umgang mit traumatisierten Patientinnen vorliegen und inwiefern mögliche Schulungsbedarfe bestehen.

3.3 Sichere Schwangerschaft und Mutterschaft

3.3.1 Prävalenz von Schwangerschaften und mögliche Bedarfslagen

Veröffentlichungen mit repräsentativen Daten zur Prävalenz von Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen sowie Fehlgeburtsraten bei geflüchteten Frauen in Deutschland liegen nicht vor. Im Rahmen der Recherche für die vorliegende Arbeit fand sich lediglich eine Studie von Abels et al. (2017), in der der Schwangerschaftsstatus geflüchteter Frauen zusammen mit soziodemografischen Angaben und 40 weiteren gynäkologisch relevanten Fragen erhoben wurde. Das Ziel dieser Studie bestand darin, erste Einblicke in die gesundheitliche Situation geflüchteter Frauen zu erhalten und mögliche Bedarfe in Bezug auf den Zugang zu schwangerschaftsspezifischen Angeboten zu ermitteln (Abels et al. 2017).

Bei den befragten Frauen handelt es sich um eine relativ kleine Gelegenheitsstichprobe von begrenzter Aussagekraft (N = 164). Gewonnen wurden die Frauen im Rahmen der Teilnahme an gesundheitsbezogenen Informationsveranstaltungen und Gesprächsrunden des Projekts „Charité für geflüchtete Frauen: Women for Women“ (im Folgenden: „Women for Women“)¹⁴. Alle Teilnehmerinnen lebten zum Befragungszeitpunkt in einer Berliner Not- oder Sammelunterkunft. Sie stammen aus Afghanistan (30 %), Syrien (30 %), Irak (13 %), Iran (12 %), Albanien (5 %), Kosovo (2 %), Serbien (2 %) und weiteren nicht genannten Ländern (6 %; Abels et al. 2017, 19).

Den Autor/innen zufolge waren die Frauen bei der Befragung im Durchschnitt 33 Jahre alt. Die meisten von ihnen (80 %) haben Kinder (Abels et al. 2017, 20, 27). Darüber hinaus gaben 13 (7 %) von 164 befragten Frauen an, schwanger zu sein, zwei (1 %) waren sich nicht sicher und 28 (15 %) wollten in den nächsten zwölf Monaten gerne schwanger werden (ebda., 20). Die Mehrheit der Frauen hatte schon einmal eine(n) Frauenarzt/-ärztin aufgesucht. Jedoch gaben auch 23 % (38 absolut) der befragten Frauen an, dass sie noch nie in ihrem Leben eine(n) Gynäkolog/in besucht hatten (ebda., 22). Bei den Frauen, die bereits Kinder geboren hatten, erfolgten die meisten Geburten (76 %) auf natürlichem Weg unter ärztlicher Aufsicht und/oder Begleitung durch eine Hebamme. Ein kleiner Teil (14 %) gab an, ohne professionelle Betreuung entbunden zu haben (ebda., 22).

¹⁴ Projektlaufzeit: 12/2015 bis 03/2017.



Ein zentrales Ergebnis der Studie ist nach Ansicht der Autor/innen der Befund, dass die gesundheitlichen und psychosozialen Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen in Deutschland „möglicherweise ausreichend“, die Kommunikation im Behandlungsetting jedoch „eher eingeschränkt“ ist, insbesondere dann, wenn die medizinische Betreuung nicht gendersensibel erfolgt (Abels et al. 2017, 27). In diesem Zusammenhang führen die Autor/innen aus, dass die geflüchteten Frauen, mit denen sie in Kontakt gekommen sind, einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf¹⁵ haben, der nicht durch klassische, zumeist auf die Mehrheitsgesellschaft ausgerichtete Beratungsstellen und Informationsmöglichkeiten abgedeckt wird (ebda.). Dagegen hat den Autor/innen zufolge das aufsuchende frauenspezifische und muttersprachlich unterstützte Angebot, das im Projekt umgesetzt wurde, die Frauen gut erreicht (ebda., 11f., 28).

In einer Untersuchung von Bozorgmehr et al. (2016b) finden sich weitere Hinweise auf einen möglicherweise ungedecktem Bedarf an medizinischen und psychosozialen Leistungen schwangerer, geflüchteter Frauen, obwohl sich diese Studie nicht dezidiert mit diesem Thema befasst. Die Autor/innen haben bundesweit über die Gesundheitstätter qualitative und quantitative Daten zur gesundheitlichen Versorgungssituation von Asylsuchenden mit dem Ziel einer ersten Bestandsaufnahme erhoben. Diese soll als Basis für Folgebefragungen, thematisch vertiefende Untersuchungen und zur Dokumentation von möglichen Verbesserungen dienen (ebda., 555).

Aus der Bestandsaufnahme geht hervor, dass im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Erstaufnahmeuntersuchung gemäß § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) rund 15 % der befragten Ämter (N = 33) „immer“ oder „oft“ einen Schwangerschaftstest durchführen lassen (Bozorgmehr et al. 2016b, 548). Zudem wurde deutlich, dass über 90 % der Ämter bei Schwangerschaften in Erstaufnahmeeinrichtungen „regelmäßig“ Bedarfe erfassen und zwar entweder bei allen Betroffenen gleichermaßen oder nur bei bestimmten Zielgruppen bzw. nur in Bezug auf bestimmte Aspekte (ebda., 550). Dagegen erhalten die Ämter (N = 123) „selten“ (20 %) oder „nie“ (45 %) vonseiten der Erstaufnahmeeinrichtungen Informationen darüber, ob sich bei Neuzugängen auch schwangere Frauen oder Wöchnerinnen unter den Asylsuchenden befinden (ebda., 552).

¹⁵ Dieser Bedarf betrifft insbesondere die Themen Frauen- und Familiengesundheit, Erziehung und Psychologie sowie Zugang zum Arbeitsmarkt (Abels et al. 2017, 27).

Trotz dieses offensichtlichen Mankos bei der Informationsübermittlung, welches die Gefahr einer Unterversorgung nach sich ziehen kann, schätzen die befragten Amtsleiter/innen (N = 90 – 94) das Ausmaß der Sicherstellung der lokalen Gesundheitsversorgung für schwangere Asylsuchende überwiegend als „sehr hoch“ ein (ebda., 551)¹⁶.

In Bezug auf den Fokus der vorliegenden Arbeit ist ein zentrales Ergebnis der Studie von Bozorgmehr et al. darin zu sehen, dass in den Gesundheitsämtern offenbar relevante Daten zur Prävalenz von Schwangerschaften geflüchteter Frauen im Aufnahmeverfahren vorliegen und ebenso zu schwangerschaftsspezifischen Bedarfen. Hierauf könnte den Autor/innen zufolge in zukünftigen, groß angelegten Untersuchungen zugegriffen werden, um belastbare Ergebnisse generieren zu können.

3.3.2 Schwangerenvorsorge und perinatale Gesundheit

Obwohl es in Deutschland bereits relativ viele Studien zum Themenbereich Migration und Gesundheit gibt, von denen eine ganze Reihe auch gezielt die Themen Schwangerschaft und Müttergesundheit adressieren (vgl. exemplarisch RKI 2008; Borde/David 2003, 2011; Razum et al. 2011), finden sich darunter kaum aussagekräftige Untersuchungen zur Gesundheits- und Bedarfssituation schwangerer, geflüchteter und frisch entbundener Frauen. Die vorhandenen Untersuchungen betrachten die Gruppe der Migrantinnen in der Regel nicht differenziert genug, sodass unklar bleibt, ob die erhobenen Daten auch die spezifische Situation von Geflüchteten abbilden bzw. ob diese Frauen überhaupt im Rahmen der Untersuchung erreicht und einbezogen wurden.

Wie unterschiedlich die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen innerhalb der Kategorie der schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund ist, wurde im Rahmen einer Berliner Studie deutlich. Über den Zeitraum von einem Jahr (2011/12) wurden ergänzend zu den routinemäßig erhobenen Perinataldaten¹⁷ in drei Berliner Kliniken

16 Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Fragestellung recht kompliziert und evtl. auch missverständlich war. Die Frage lautete: „Angenommen, eine 100%ige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden ist gegeben, wenn die rechtlich möglichen Maßnahmen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, uneingeschränkt von äußeren Faktoren in Anspruch genommen werden können. Alles in allem betrachtet: In welchem Ausmaß ist aus Ihrer Sicht die lokale Gesundheitsversorgung folgender Gruppen gewährleistet? Antwort-Optionen: Rating von 0 – 100 %.“ (Bozorgmehr et al. 2016b, 551).

17 Seit 1980 werden regelmäßig und einheitlich Perinataldaten in allen Bundesländern zum Zweck der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe erhoben. Die Vollständigkeit der Datensätze ist sehr hoch, sie enthalten auch Informationen aus der Schwangerschaft (Mutterpass). Typische Untersuchungsparameter sind u.a.: Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge, Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht, intrauterine Mangelentwicklung und Totgeburtlichkeit (Razum et al. 2011).



weitere Angaben zum Migrationshintergrund erfasst und ausgewertet (Brenne et al. 2015). Das Ziel der Untersuchung war es zum einen, festzustellen, ob weiterhin Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf die Nutzung der ärztlichen Schwangerenvorsorge bestehen, und zum anderen, welchen Einfluss soziale, sozioökonomische sowie migrationsspezifische Faktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten haben (ebda., 1).

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass die ärztliche Schwangerenvorsorge – anders als in früheren Untersuchungen festgestellt wurde – unabhängig vom Migrationshintergrund von nahezu allen Studienteilnehmerinnen in Anspruch genommen wurde (ebda., 4). Dabei entsprach die durchschnittliche Häufigkeit der Inanspruchnahme bei Frauen sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund den Empfehlungen der deutschen Mutterschaftsrichtlinien (ebda., 6).

Deutliche Unterschiede wurden dagegen innerhalb der Kategorie der Migrantinnen im Hinblick auf eine kleine Gruppe von „Wenignutzerinnen“ gefunden. Diese hatten lediglich fünf oder weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag in der gesamten Studienpopulation bei 9,1 % und in der Untergruppe der Migrantinnen der ersten Generation mit 11,8 % etwas höher. Demgegenüber war jedoch der Anteil der „Wenignutzerinnen“ in der Untergruppe der Migrantinnen „ohne deutsche Sprachkenntnisse“ mit 33 % überproportional hoch. Auch war mit rund 25 % die Subgruppe „mit sonstigem (d.h. oft unsicherem) Aufenthaltsstatus“ überproportional hoch unter den „Wenignutzerinnen“ vertreten (ebda., 6).

Am Beispiel der Berliner Perinatalstudie wird deutlich, dass spezifische Problemlagen von geflüchteten Frauen erst durch eine differenzierte Betrachtung der Migrantinnenpopulation erkannt werden können. Als wichtige Differenzierungsmerkmale haben sich hierbei der Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse und die Aufenthaltsdauer¹⁸ erwiesen. Um die Heterogenität der Geflüchteten besser abbilden zu können, sollten in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Flüchtlingsforschung darüber hinaus der Einwanderungsgrund, das Herkunftsland und sozioökonomische Parameter regelmäßig

¹⁸ Bei Brenne et al. werden Frauen mit kurzer Aufenthaltsdauer als „Migrantinnen der ersten Generation“ bezeichnet. In diese Kategorie wurden Frauen einbezogen, die weniger als fünf Jahre in Deutschland leben. Neben Geflüchteten können in diese Kategorie z. B. auch Heirats- und Arbeitsmigrantinnen fallen.

mit erhoben werden, wie beispielsweise der Bildungshintergrund, der Grad der sozialen Einbindung und die Unterbringungsart während des Asylverfahrens (zentral oder dezentral). Offengeblieben ist in der Berliner Perinatalstudie auch die Frage, ob und inwiefern die Ergebnisse sich in anderen Regionen in Deutschland replizieren lassen. Forschungsdesiderata bestehen hier auch in Bezug auf die Identifizierung regional unterschiedlich gelagerter Risiko- und Bedarfslagen.

Ein Beispiel für eine Studie, die gezielt die Müttergesundheit von geflüchteten Frauen in den Blick nimmt, stammt aus den Niederlanden. Van Hanegem et al. haben das Risiko von Asylbewerberinnen für lebensbedrohliche mütterliche Komplikationen in der perinatalen Phase im Rahmen einer bevölkerungsbasierten Studie untersucht (van Hanegem et al. 2011). Einbezogen wurden alle national dokumentierten Fälle mit lebensbedrohlichen mütterlichen Komplikationen vor, während oder kurz nach der Geburt. Die Datenauswertung zeigt, dass Asylbewerberinnen in den Niederlanden im Vergleich zu Einheimischen ein vier- bis fünffach und im Vergleich zu anderen Migrantinnen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko haben, schwere mütterliche Komplikationen in der Perinatalphase zu erleiden (ebda., 1010). Als Risikofaktoren wurden unter anderem eine kurze Aufenthaltsdauer, ein niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Kenntnisse der Landessprache, eine alleinstehende Lebensweise und eine späte Vorstellung in der Geburtsklinik identifiziert (ebda.).

Das oben genannte Beispiel unterstreicht zum einen, dass schwangere, geflüchtete Frauen eine höhere Vulnerabilität aufweisen können, die bei einem undifferenzierten Gebrauch der Kategorie „Migrantin“ verdeckt bleibt. Zum anderen werden in der niederländischen Studie zum Teil die gleichen Risikofaktoren identifiziert, die auch in der Berliner Perinatalstudie Unterschiede zwischen Subgruppen erklären: kurze Aufenthaltsdauer, ein niedriger sozioökonomischer Status und schlechte Kenntnisse der Landessprache.

Die Bedeutung des sozio-ökonomischen Status als einem unabhängigen Risikofaktor für das Eintreten schwerer mütterlicher Komplikationen und weiterer ungünstiger „Outcomes“ in Bezug auf die perinatale Gesundheit, wie das Auftreten postnataler Depressionen, hat sich auch in weiteren internationalen Studien bestätigt. Hierzu gehört in Bezug auf das Eintreten schwerer mütterlicher Komplikationen beispielsweise eine australische Fall-Kontroll-Studie mit mehr als 1.400 Teilnehmerinnen (Lindquist et al. 2015) und in Bezug auf das Thema postnatale Depressionen eine systematische Literaturanalyse aus Canada (O’Mahony/Donnelly 2010).



Dass weiterhin ein hoher Forschungsbedarf in Bezug auf die Bedeutung des sozioökonomischen Status im Migrationskontext besteht, zeigt sich am Beispiel einer bevölkerungsbasierten Studie aus Belgien (Racape et al. 2016). Darin wurden über einen längeren Zeitraum sämtliche Diagnosen zu perinataler Mortalität und niedrigem Geburtsgewicht mit Sozialdaten aus einem Bevölkerungsregister abgeglichen. In der Auswertung zeigte sich zwar ein enger Zusammenhang zwischen der perinatalen Gesundheit, dem sozioökonomischen Status und weiteren migrationspezifischen Faktoren wie Herkunft und Aufenthaltsstatus. Die Autor/innen fanden zum Teil aber auch inkonsistente Ergebnisse in Bezug auf bestimmte Subgruppen, weshalb sie hier einen weiteren Forschungsbedarf sehen.

Insgesamt zu wenig Beachtung finden bisher Resilienz- und Schutzfaktoren in den nationalen und internationalen Studien zur Müttergesundheit im Migrations- und Flüchtlingskontext. Hier könnten die in der belgischen Studie gefundenen Ergebnisse ein erster Anknüpfungspunkt für vertiefende, vornehmlich qualitative Studien sein.

3.4 Ungewollte Schwangerschaften

Im Rahmen der Recherche für die vorliegende Arbeit wurden keine Veröffentlichungen mit belastbaren Zahlen zum Thema ungewollte Schwangerschaften im Flüchtlingskontext gefunden. Lediglich ein Zeitschriftenaufsatz stellt aus einer praxisorientierten Perspektive ein Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Im Fokus steht der komplexe Versorgungsbedarf einer suizidalen unbegleiteten Minderjährigen, die auf ihrer Flucht aus Eritrea vergewaltigt und dadurch schwanger wurde. Im Anschluss an die Fallvorstellung werden rechtliche und ethische Fragen diskutiert, die der Fall in der Praxis aufgeworfen hat (Dixius/Möhler 2017).

Auch Ernst et al. stellen in ihrer Übersichtsarbeit¹⁹ zur gynäkologischen Versorgungssituation gewaltbetroffener Schwangerer mit Fluchtgeschichte eine völlig unzureichende Datenlage zum Thema ungewollte Schwangerschaften bei Geflüchteten fest (Ernst et al. 2017, 45). Aus diesem Grund stützen sie sich auf Literatur über einheimische Frauen,

¹⁹ Vgl. hierzu auch das Unterkapitel zu systematischen Übersichtsarbeiten in dieser Arbeit.

um mögliche Problembereiche gewaltbetroffener geflüchteter Frauen, die ungewollt schwanger sind, aufzuzeigen.

Den Autor/innen zufolge besteht bei einer Schwangerschaft, die im Kontext von Gewalterfahrungen entstanden ist, sehr häufig der Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch. Da dieser für geflüchtete Frauen aufgrund von Sprachbarrieren und weiteren Zugangsbarrieren wie mangelnden Systemkenntnissen oft nur erschwert durchzusetzen ist, besteht eine erhöhte Gefahr unsicherer Abtreibungen und selbstinduzierter Aborte, beispielsweise durch starke körperliche Belastung (ebda.). Dabei ist das Risiko hoch, an den Folgen eines unsicheren Schwangerschaftsabbruchs zu versterben oder dauerhaft unfruchtbar zu werden (ebda.). Die Autor/innen verweisen in diesem Zusammenhang auf eine WHO-Studie, der zufolge unsichere Abtreibungen weltweit der dritthäufigste Grund für Müttersterblichkeit sind (ebda.). Auch kann die Verzweiflung der Betroffenen so weit gehen, dass die Frauen sich selbst das Leben nehmen (ebda.).

Aus der internationalen Forschung ist bekannt, dass das Risiko, ungewollt schwanger zu werden, für geflüchtete Frauen höher ist als für einheimische (Lehmann 2002; Kurth et al. 2010; Wolff et al. 2008; Vangen et al. 2008 u. a.). Wie Janssens et al. in einer systematischen Übersichtsarbeit²⁰ aufzeigen, ist die Gefahr für ungewollte Schwangerschaften bei asylsuchenden Frauen besonders hoch, wenn diese gerade erst in einem Aufnahmezentrum angekommen sind, weil es in der Aufnahmephase häufig zu Unterbrechungen und Unregelmäßigkeiten bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kommen kann (Janssens et al. 2005, 94).

Besonders hoch scheint das Risiko für ungewollte Schwangerschaften auch bei Geflüchteten zu sein, die sich ohne gültige Aufenthaltspapiere in einem Land aufhalten.²¹ Eine Schweizer Studie mit insgesamt rund 400 Teilnehmerinnen hat ergeben, dass 75 % der Schwangerschaften von Frauen ohne gültige Papiere ungewollt waren, im Gegensatz zu 21 % in der Vergleichsgruppe (Wolff et al. 2008). Zudem hatten 61 % der Frauen keine Kenntnisse über die sogenannte „Pille danach“ (Vergleichsgruppe: 9 %, ebda.).

²⁰ Vgl. hierzu auch das Unterkapitel zu systematischen Übersichtsarbeiten in dieser Arbeit.

²¹ Vgl. hierzu auch das Unterkapitel zu Schwangerschaft in der Illegalität in dieser Arbeit.



In einer anderen Schweizer Untersuchung wurden medizinische Unterlagen von 80 Asylbewerberinnen ausgewertet, die Leistungen einer gynäkologischen Klinik in Anspruch genommen hatten (Kurth et al. 2010). Auf dieser Datengrundlage stellen die Autor/innen bei geflüchteten Frauen im Vergleich zu einheimischen ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für einen Schwangerschaftsabbruch fest (ebda., 5). Aus den ausgewerteten Akten wurde deutlich, dass fast die Hälfte der ungewollten Schwangerschaften aus einer Vergewaltigung hervorgegangen waren. Zudem zeigte sich, dass nicht alle Frauen Zugang zu Verhütungsmitteln hatten. Als Gründe hierfür werden von den Autor/innen Sprachbarrieren und fehlende finanzielle Mittel genannt (ebda.).

Im Rahmen der Studie wurden zusätzlich zur Analyse der Klinikakten auch qualitative Interviews mit dem Klinikpersonal durchgeführt. Aus diesen Interviews geht hervor, dass das Klinikpersonal (Ärzt/innen, Pflegekräfte und Übersetzer/innen) den Umgang mit den Patientinnen in mehrfacher Hinsicht als überfordernd und emotional belastend empfand (ebda., 6f.). Benannt werden sprachlich und kulturell bedingte Verständigungsprobleme, Umgang mit dem Wissen um individuelle Patientenschicksale und Rollenkonflikte aufgrund der Unvereinbarkeit von berufsethischen Ansprüchen einerseits und Beschränkungen aufgrund einer restriktiven Asylgesetzgebung andererseits (ebda.).

Vor dem Hintergrund des oben dargestellten Forschungsstands zu ungewollten Schwangerschaften bei geflüchteten Frauen lassen sich drei Bereiche ausmachen, in denen Forschungsdesiderata bestehen. Erstens fehlt es an belastbaren Daten zur Prävalenz ungewollter Schwangerschaften sowie sicherer und unsicherer Schwangerschaftsabbrüche bei geflüchteten Frauen. Bei der Zusammenstellung von Untersuchungsgruppen sollte darauf geachtet werden, dass verschiedene Subgruppen sichtbar werden, z. B. durch Differenzierung nach Aufenthaltsstatus und Herkunft, um Hochrisikogruppen identifizieren zu können. Zweitens fehlt es an vornehmlich qualitativen Untersuchungen zur Betroffenenperspektive. Forschungsdesiderata bestehen hier im Hinblick auf die Beantwortung von Fragen zum Verhütungsverhalten, zu Informations- und Beratungsbedarfen sowie zu Coping-Strategien und Schutzfaktoren. Drittens gilt es, aus der Perspektive gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Versorgungsforschung Versorgungsprozesse zu analysieren, um Zugangsbarrieren sowie förderliche und hinderliche Faktoren im Umgang mit den Betroffenen zu rekonstruieren und Beispiele gut gelingender Praxis zu dokumentieren. Hierbei sollten die Perspektiven aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Berücksichtigung finden.

3.5 Familienplanung

Zum Thema Familienplanung und Zugang zu Verhütungsmitteln bei geflüchteten Frauen in Deutschland liegen keine empirischen Untersuchungen mit repräsentativen Zahlen vor. Allerdings vermittelt eine Studie der Berliner Charité einen ersten situativen Einblick. Durchgeführt wurde diese Untersuchung im Rahmen des Projekts „Women for Women“ (Abels et al. 2017).²² Befragt wurden geflüchtete Frauen, die in verschiedenen Berliner Sammelunterkünften leben. Die Befragungsdaten beruhen auf einer kleinen Gelegenheitsstichprobe (N = 93).

Demnach nutzt die Mehrheit (52 %) der Frauen ohne Kinderwunsch, die von den Autor/innen als potenziell sexuell aktiv und fortpflanzungsfähig eingestuft wurden, keine Verhütungsmittel. In den Fällen, in denen verhütet wird, sind die präferierten Methoden der Coitus Interruptus (14 %) und die Spirale (10 %). Orale Antikonzeptiva (die „Pille“) und das Kondom werden jeweils von 8 % der Befragten angegeben, gefolgt von der Kalendermethode (4 %) und der Sterilisation (1 %, ebda., 21). Ein Großteil der Frauen (71 %) gibt an, über verschiedene Formen von Verhütung aufgeklärt zu sein (ebda.).

Die Daten von Abels et al. verweisen auf einen erschwerten Zugang geflüchteter Frauen zu Verhütungsmitteln. Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen internationaler Studien überein (vgl. exemplarisch Aptekman et al. 2014; Janssens et al. 2005; Wolff et al. 2008). Die Gründe hierfür können vielfältig sein, wie aus einer systematischen Übersichtsarbeit von Janssens et al. hervorgeht (96f.). Die Autor/innen nennen u.a. fehlende finanzielle Mittel, unzureichende Informationen über Angebote, mangelnde sexuelle Aufklärung, Misstrauen und Skepsis gegenüber bestimmten Verhütungsmethoden, verbunden mit falschen Vorstellungen über deren Wirkungsweisen sowie ein generalisiertes Misstrauen gegenüber Angeboten vonseiten der Mehrheitsgesellschaft aufgrund einer von Unsicherheit und Abhängigkeit geprägten Position in der Aufnahmegesellschaft (ebda.).

Des Weiteren führen die Autor/innen aus, dass auch eine Orientierung geflüchteter Frauen an den Angeboten und Verhütungspraktiken der Herkunftsgesellschaft eine

²² Vgl. hierzu auch das Unterkapitel zur Studienlage zur Prävalenz von Schwangerschaften und zur Versorgungssituation in dieser Arbeit.



Zugangsbarriere oder ein Grund für eine inadäquate Nutzung von Verhütungsmitteln sein können (Janssens et al. 2005, 98). Anbieter von Familienplanungseinrichtungen sollten daher grundsätzlich auch den Herkunftskontext geflüchteter Frauen bei der Konzeption und Bereitstellung von Angeboten berücksichtigen (ebda.). Den Autor/innen zufolge sind Einrichtungen für Familienplanung in den EU-Mitgliedsstaaten häufig unzureichend auf die Bedürfnisse geflüchteter Menschen abgestimmt (ebda., 96). Janssens et al. sehen daher einen Forschungsbedarf in Bezug auf die Frage, welche speziellen Bedarfe Geflüchtete haben und wie Angebote besser an die Zielgruppe der Geflüchteten angepasst werden können (ebda.).

Die Frage, welche Erfahrungsgrundlagen und Orientierungen das Verhütungsverhalten Geflüchteter jeweils beeinflussen, ist noch weitgehend unerforscht. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass geflüchtete Frauen nicht nur im Ankunftsland eine äußerst heterogene Gruppe bilden, sondern bereits im jeweiligen Herkunftsland unterschiedlichen sozialen Milieus angehört haben, sodass kaum von einer gemeinsamen Ausgangslage in Bezug auf das Verhütungsverhalten ausgegangen werden kann. Zudem können infolge der krisenhaften Ereignisse, die zur Flucht geführt haben, und/oder der Erlebnisse und Erfahrungen auf der oft Monate, zum Teil sogar Jahre andauernden Flucht zu Veränderungen der Einstellungen und Orientierungen der Betroffenen in Bezug auf das Thema Schwangerschaftsverhütung geführt haben. Deutlich wird dies am folgenden Beispiel auf der Grundlage verschiedener Studienergebnisse zur Verhütungspraxis syrischer Frauen und Jugendlicher.

Wie Masterson et al. im Rahmen einer Befragung von 452 in den Libanon geflüchteten syrischen Frauen festgestellt haben, geben rund 70 % der Geflüchteten mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als acht Monaten im Aufnahmeland an, geeignete Verhütungsmaßnahmen zu kennen, jedoch nutzen lediglich 34,5 % der Befragten entsprechende Methoden, während in Syrien vor dem Krieg die landesweite Rate der Nutzerinnen von Verhütungsmitteln noch 58,3 % betrug (Masterson et al. 2014, 3; vgl. hierzu auch Spencer et al. 2015, 12). Zum Teil ist dieses drastische Absinken der Nutzerinnenrate damit zu erklären, dass Geflüchtete im Aufnahmeland insbesondere in der frühen Ankunftsphase einen erschwerten Zugang zu Verhütungsmitteln haben. Masterson et al. nennen u. a. fehlende finanzielle Mittel, weite Wege und fehlende Transportmittel, fehlende Verfügbarkeit, Angst und individuelles Aufschiebverhalten (Prokrastination, ebda., 3).

In der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (der 15- bis 24-Jährigen) könnte darüber hinaus ein abnehmendes Interesse an Familienplanung vorliegen (Spencer et al. 2015, 12). Wie aus einer repräsentativen Analyse zur Situation der syrischen Jugend im Libanon hervorgeht, geben bis zu 52 % der jungen Erwachsenen, die vor dem Krieg in Syrien in den Libanon geflüchtet sind, an, dass sie grundsätzlich gegen den Gebrauch von Verhütungsmitteln sind (UNFPA 2014, 124). Zudem kennen über die Hälfte (55 %) der 15- bis 24-jährigen geflüchteten syrischen Jugendlichen keine Verhütungsmethoden; bei Verheirateten sind es immer noch 18 % (UNFPA 2014, 117). Neben mangelnder Bildung und sexueller Aufklärung scheinen auch Verlusterfahrungen durch den Krieg eine Rolle beim Einstellungswandel zum Gebrauch von Verhütungsmitteln zu spielen. So stimmt rund die Hälfte aller Befragten der Aussage zu, dass es unter den gegebenen Umständen wichtig sei, Kinder zu haben, weil viele Menschen im Krieg umgekommen seien (ebda., 124). Des Weiteren gibt es in dem UNFPA-Bericht Hinweise darauf, dass bei 41 % der Befragten eine fatalistische, oft religiös begründete Einstellung gegenüber Familienplanung eine zunehmende Rolle spielt. Diese Einstellung wird in einer Partnerschaft nicht immer gleichermaßen von beiden Beteiligten geteilt. Dieses Phänomen kann dem UNFPA-Bericht zufolge zu Partnerschaftsproblemen führen und ist insgesamt noch unzureichend erforscht (ebda., 125).

Der Stand der Forschung zum Thema Familienplanung bei Geflüchteten legt tendenziell eine Unterversorgung mit Verhütungsmitteln nahe. In bestimmten Gruppen kann zwar auch eine fatalistische Haltung gegenüber dem Thema Schwangerschaftsverhütung vorliegen. Diese lässt sich jedoch nicht auf verengte Vorstellungen einer „Herkunfts-kultur“ der Betroffenen zurückführen. Vielmehr scheinen verschiedene miteinander verschränkte Erfahrungshintergründe und auch situative Zwänge die Einstellungen und das Verhütungsverhalten Geflüchteter zu bedingen. Forschungsbedarf besteht darin, diese Gemengelage bezogen auf die Situation geflüchteter Frauen in Deutschland besser zu verstehen, um adäquate Angebote konzipieren und bereithalten zu können. Hierzu könnten insbesondere offene Zugänge, wie qualitativ-rekonstruktive und narrativ-biografieorientierte Forschungsmethoden und -designs zielführend sein. Des Weiteren sollten strukturelle Zugangsbarrieren genauer erforscht und auch in Bezug auf mögliche Wechselwirkungen mit individuellen Hürden betrachtet werden.



3.6 Schwangerschaft in der Illegalität

Es gibt eine Reihe von Veröffentlichungen, die sich mit der Lebenssituation von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität befassen. Allerdings bezieht sich keine davon dezidiert auf die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen. Vielmehr liegt der Fokus stets auf der Gesamtheit der Frauen ohne gültige Aufenthaltspapiere. Diese Kategorie umfasst beispielsweise auch

- ⌘ Heiratsmigrantinnen, die nach einer Trennung oder Ehescheidung keinen eigenen Aufenthaltsstatus erhalten haben und nicht zurückkehren können oder wollen,
- ⌘ Angehörige von in Deutschland lebenden Migrant/innen, die nach der Einreise keinen eigenen Aufenthaltsstatus beantragen, wie z.B. Eltern, Großeltern oder Verwandte von Arbeitsmigrant/innen,
- ⌘ Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution,
- ⌘ Personen, die trotz abgelaufenem Touristen-, Studenten- oder Vertragsarbeitervisum nicht ausreisen, und
- ⌘ Frauen, die ohne gültige Papiere einreisen und dann „untertauchen“.

Die Themen Schwangerschaft sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte stehen in den meisten der recherchierten Veröffentlichungen nicht im Vordergrund. In der Zusammenschau ergibt sich dennoch ein Eindruck von den Herausforderungen und Problemen, die eine Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nach sich ziehen kann. Im Folgenden werden zunächst die recherchierten Titel kurz im Hinblick auf ihre Bedeutung für das Thema der vorliegenden Arbeit beschrieben. Im Anschluss daran werden die zentralen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Ein Aufsatz von Borde et al. führt in rechtliche und ethische Aspekte der Thematik ein und illustriert mittels eines Fallbeispiels aus der Versorgungspraxis, wie komplex und schwierig die Begleitung einer Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität auch für die beteiligten Fachkräfte sein kann (Borde et al. 2003).

Stärker auf die Thematik Schwangerschaft und Frauengesundheit fokussiert ist eine Diplomarbeit von Rinderer (2009). Die Autorin stellt die Ergebnisse einer Literaturstudie

zum Thema Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Frauen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität vor und illustriert diese durch Zitate aus zwei leitfadengestützten Interviews, die sie mithilfe einer Dolmetscherin in spanischer Sprache durchgeführt hat. Bei den Interviewten handelt es sich um zwei Frauen, die aus Südamerika stammten und in Deutschland längerfristig ohne gültige Aufenthaltspapiere gelebt hatten bzw. immer noch leben.

Auch eine medizinethnologische Studie von Huschke (2013) befasst sich mit dem Thema Kranksein in der Illegalität am Beispiel von Lateinamerikanerinnen, die ohne gültige Aufenthaltspapiere in Berlin leben. Die Arbeit enthält einige Hinweise auf die Themen Schwangerschaft und Gesundheitsversorgung.

Des Weiteren liegt ein thematisch relevanter Aufsatz vor, der auf einer unveröffentlichten Masterarbeit basiert (Lamshöft 2011). Die Autorin berichtet in diesem Beitrag über die Ergebnisse ihrer qualitativen Expertenbefragung in Berliner Beratungseinrichtungen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung bezüglich der Handlungsmöglichkeiten und Perspektiven schwangerer Frauen, die in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben.

Als Nächstes ist ein Artikel aus einer Fachzeitschrift zu nennen, in dem die Autorin, fokussiert auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, einen Überblick über die Regelungen und die Organisation gesundheitlicher Versorgung von Flüchtlingen und Migrant/innen ohne Krankenversicherung gibt (Seyler 2015).

Einen ganz anderen Akzent legt eine Fallstudie über die Beziehungsgeflechte nigerianischer Frauen, die sich allein auf den Weg nach Europa gemacht haben und unterwegs schwanger geworden sind (Kastner 2007). Der Schwerpunkt liegt auf der Beschreibung der meist brüchigen Beziehungen zu den jeweiligen Vätern ihrer Kinder im Gegensatz zu den oft starken Bindungen an die daheim gebliebenen Mitglieder der Herkunftsfamilie, zu denen häufig eine starke Versorgungsverpflichtung besteht. Vor diesem Hintergrund geht es um die Bedeutung, die ein in Europa geborenes Baby für die Handlungsspielräume der Mütter haben kann. Gelingt es, durch die Geburt des Kindes auf europäischem Boden die aufenthaltsrechtliche Situation zu verbessern, finden sich diese Frauen häufig in einer doppelten Versorgerrolle: Sie verdienen den Lebensunterhalt für sich und ihre Kinder und sehen sich zugleich in der Verpflichtung, ihre Herkunftsfamilie finanziell zu unterstützen.



Bei den übrigen recherchierten Veröffentlichungen werden Schwangerschaft und Frauengesundheit in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität im Rahmen eines thematisch weiteren Fokus aufgeführt und eher knapp in Unterkapiteln oder kurzen Abschnitten abgehandelt. Im Vordergrund stehen hier Wissensbestände zur allgemeinen Gesundheits-, Wohn- und Arbeitssituation illegalisierter Personen sowie zum Zugang zu gesundheitlichen Angeboten und Leistungen (Anderson 2003; Vogel et al. 2009; Bommers/Wilms 2007). Zudem geht es in einigen Veröffentlichungen auch um den Zugang zu Bildungs- und Erziehungseinrichtungen für Kinder aus Familien ohne legalen Aufenthaltsstatus (Vogel et al. 2009; Bommers/Wilms 2007; Anderson 2003). Des Weiteren finden sich in den Publikationen Ausführungen zu rechtlichen Hintergründen (Braun et al. 2003), zu methodisch fundierten Schätzungen zu Herkunft, Alters- und Geschlechterverteilung von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere (Vogel et al. 2009) sowie zu Häufigkeiten von Beratungs- und Arztkonsultationen inklusive Schwangerschaften und Geburten insbesondere bei Castañeda (2009), Vogel et al. (2009), Franz (2003), Kühne (2014) und Mylius (2016).

Aus der internationalen Literatur ist eine Schweizer Studie zur Prävalenz ungewollter Schwangerschaften in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität thematisch relevant (Wolff et al. 2008) sowie eine systematische Übersichtsarbeit, in der englischsprachige Literatur zur gesundheitlichen Versorgung illegalisierter Migrant/innen bezüglich des Themas Zugangsbarrieren analysiert wird (Hacker et al. 2015).

3.6.1 Die Lebenslage Illegalität

Die fehlende – oder als nicht realisierbar wahrgenommene – Möglichkeit, rechtliche Ansprüche geltend zu machen und durchzusetzen, stellt Vogel et al. zufolge ein wichtiges Kennzeichen der Lebenslage Illegalität dar (Vogel et al. 2009, 20). Die Autor/innen vermuten, dass sich die Betroffenen hierdurch häufig gezwungen sehen, Umstände hinzunehmen, gegen die sie sich in einer von Rechtssicherheit gekennzeichneten Situation wehren würden (Vogel et al. 2009, 20). Für Mitrovic unterscheidet sich zudem die Situation illegalisierter Migrantinnen von denen mit legalem Aufenthaltsstatus dadurch, dass erstere stärker Gewalt und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, weniger Zugang zu Informationen über ihre Rechte und zu Beratungsstellen haben und aus Angst vor Abschiebung oder anderen Repressalien häufig darauf verzichten, Anzeige gegen Täter/innen zu erstatten (Mitrovic in: Vogel et al. 2009, 186).

Geschlechterverteilung

Wie Vogel et al. auf der Basis ihrer Literaturlauswertung zum Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität feststellen, wird häufig angenommen, dass Männer in dieser Lebenslage überrepräsentiert sind (Vogel et al. 2009, 20). Ihrer Ansicht nach ist diese Einschätzung insbesondere in Großstädten, in denen sich vor allem für Frauen viele Beschäftigungsmöglichkeiten in Privathaushalten bieten, nicht unbedingt plausibel, denn die „Globalisierung der Hausarbeit“ (Lutz 2008) könnte regional auch zu einer Umkehr des Geschlechterverhältnisses führen (Vogel et al. 2009, 20). Auch Kühne und Rinderer kommen auf der Grundlage ihrer Auseinandersetzungen mit der vorhandenen Literatur zu dem Schluss, dass das Geschlechterverhältnis in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität eng mit den Beschäftigungsmöglichkeiten zusammenhängt und daher deutliche regionale Unterschiede aufweisen kann (Rinderer 2009, 14f.; Kühne 2014, 6). Vogel et al. ermitteln mithilfe eines eigens entwickelten Verfahrens, welches zur fundierten Schätzung der illegalisierten Bevölkerungsanteile erstmals auch auf Daten der Polizeistatistik zurückgreift, für den Stadtstaat Hamburg einen Frauenanteil von 45 % (Vogel et al. 2009, 78, 106). Mylius stützt sich in ihrer Studie über die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland auf Angaben des Hamburger Weltwirtschaftsinstituts aus dem Jahr 2010 (Mylius 2016, 35). Diesen zufolge lag der geschätzte Minimalwert des Frauenanteils in den Jahren 2005/2006 bei 30 %, während der geschätzte Maximalwert 60 % betrug (ebda.). Somit können Frauen von der Lebenslage der aufenthaltsrechtlichen Illegalität im Verhältnis zu illegalisierten Männern mindestens zu einem Drittel und in einigen Regionen sogar fast zu zwei Dritteln betroffen sein.

Altersstruktur

In Bezug auf die geschätzte Altersstruktur des Bevölkerungsanteils ohne gültigen Aufenthaltsstatus stimmen die für diese Arbeit recherchierten Veröffentlichungen darin überein, dass es sich bei den Betroffenen ganz überwiegend um junge Menschen „im Haupterwerbsalter“ handelt (Vogel et al. 2009, 109). Kühne nennt in ihrem Literaturüberblick ein Durchschnittsalter von 34 Jahren bis 36 Jahren. Dabei fällt das Gros der Betroffenen, nämlich 73 % bis 87 %, in die Alterskategorie der 20- bis 50-Jährigen (Kühne 2014, 5). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Rinderer (2009, 14) und Mylius (2016, 36) auf Basis der von ihnen gesichteten Literatur sowie Vogel et al. (2009, 107) und Castañeda (2009, 4) durch eigene Berechnungen auf der Grundlage verschiedener Statistiken und Vergleichsgrößen.



3.6.2 Prävalenz und Bedeutung von Schwangerschaft

Prävalenz

Repräsentative Daten über die Prävalenz von Schwangerschaften und von Schwangerschaftsabbrüchen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität liegen nicht vor. Allerdings zeigen Studien zur Inanspruchnahme von Einrichtungen, die in verschiedenen deutschen Großstädten Menschen ohne Aufenthaltsstatus ehrenamtlich medizinische Hilfe anbieten oder vermitteln, dass Schwangerschaften in der Illegalität mit zu den häufigsten Konsultationsgründen gehören (Mylius 2016; Kühne 2014; Franz 2003).²³

Castañeda (2009) und Franz (2003) haben unabhängig voneinander und zu unterschiedlichen Zeitpunkten Nutzerstatistiken der Malteser Migranten-Medizin (MMM) in Berlin ausgewertet. Beide stellen fest, dass Schwangerschaften im jeweiligen Beobachtungszeitraum rund 30 % der Konsultationsanlässe ausmachen (Castañeda 2009, 1556; Franz 2003, 145). Mylius hat Daten der MMM Hannover ausgewertet. Dort betrug der Anteil an Schwangerschaften im Zeitraum von 2007 bis 2008 rund 36 % und im Zeitraum von 2009 bis 2010 sogar 52 % (Mylius 2016, 126). Kühne ermittelt auf der Grundlage ihrer Daten der MMM Hamburg eine Schwangerschaftsrate von rund 10 % (ebda., 66, 76). Sie vermutet, dass in ihrem Sample schwangere Frauen unterrepräsentiert sind, weil im Beobachtungszeitraum gleichzeitig mehrere Angebote für diese spezielle Zielgruppe zur Verfügung standen (ebda., 125). Vor diesem Hintergrund stellt sie fest, dass die Inanspruchnahme einer Anlaufstelle unter anderem stark davon abhängt, wie bekannt das Angebot in einer bestimmten Migranten-Community ist, welche weiteren Angebote zeitgleich vorhanden sind und in welchem Umfang konkrete Hilfen zur Verfügung stehen (Kühne 2014, 11).

Zur Bedeutung von Schwangerschaft in der Illegalität

In ihrer medizinethnologischen Studie beschreibt Castañeda die Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität als eine besonders prekäre Phase wegen der Notwendigkeit, mit dem Gesundheitssystem und staatlichen Stellen zu interagieren.

²³ In 33 deutschen Städten existieren Medibüros – früher: Büros für medizinische Flüchtlingshilfe – oder Medinetze. Diese selbstorganisierten spendenfinanzierten Initiativen vermitteln Migrant/innen unabhängig vom Aufenthaltsstatus an regionale Netzwerke ehrenamtlich tätiger Ärzt/innen (Kühne 2014, vi und Website des Medibüros Berlin: <https://medibuero.de/wer-wir-sind/>, Zugriff: 20.10.2017). Daneben gibt es in elf deutschen Städten Anlaufstellen der MMM. Diese bieten an bestimmten Tagen Sprechstunden für Menschen ohne Aufenthaltsstatus und/oder ohne Krankenversicherung an (Kühne 2014, viii). Darüber hinaus gibt es weitere Einrichtungen, Initiativen und Projekte, die Menschen „ohne Papiere“ unterstützen, wie das inzwischen ausgelaufene Kölner Projekt „Armenbett“ (Bommes/Wilms 2007, 86) oder die Hamburger Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländern (Kühne 2014, viii).

Die Betroffenen werden notgedrungen „sichtbar“ (Castañeda 2009, 1556). Dies birgt für sie die Gefahr der Statusaufdeckung und Abschiebung. Zudem erfordern Schwangerschaft und Elternschaft zusätzliche finanzielle Ressourcen bei gleichzeitigem Verdienstaustausch und verminderter Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt (ebda.). Auch Kühne und Anderson problematisieren, dass jeder Kontakt mit öffentlichen Stellen für illegalisierte Migrant/innen eine Meldung an die Ausländerbehörde und konsekutiv die Abschiebung nach sich ziehen kann und entsprechend gemieden bzw. so lange wie möglich hinausgezögert wird (Kühne 2014, 11; Anderson 2003, 34).

Eine weitere Schwierigkeit wird darin gesehen, dass Kinder, die in die aufenthaltsrechtliche Illegalität hineingeboren werden, keine Geburtsurkunde und in der Folge nur sehr eingeschränkt Leistungen des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens erhalten können (Bommers/Wilms 2007, 91; Rinderer 2009, 44).

Darüber hinaus berichten die Autor/innen auf der Grundlage von Betroffeneninterviews über Angst, Unsicherheit und Sorge während der Schwangerschaft wegen der nahenden Geburt ohne zu wissen, wo und wie diese geburtshilflich professionell begleitet werden kann bzw. wie diese Begleitung zu finanzieren ist (Bommers/Wilms 2007, 90f.; Rinderer 2009, 43).

Braun et al. weisen darauf hin, dass gemäß den Kriterien des Mutterschaftskatalogs jede Schwangerschaft in der Illegalität wegen der psychosozial belastenden Lebensbedingungen als Risikoschwangerschaft einzustufen ist (Braun et al. 2003, 128). Kühne berichtet, dass illegalisierte Schwangere ein höheres Risiko für Komplikationen während der Geburt und schlechtere perinatale „Outcomes“ haben (Kühne 2014, 12f.). Vogel et al. zufolge ist das Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ein Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind, weil häufig aus Angst vor Statusaufdeckung auf notwendige Vorsorgeuntersuchungen verzichtet wird (Vogel et al. 2009, 187). Auch Rinderer (2009, 42f.) und Castañeda (2009, 5) beschreiben, dass eine normale Schwangerenvorsorge in der Illegalität nicht gewährleistet ist. So haben einige Frauen keinen Mutterpass oder holen sich ihre Testergebnisse nicht ab, häufig kommen die Schwangeren erst sehr spät in die Beratungsstelle, etwa wenn Komplikationen auftreten oder die Geburt unmittelbar bevorsteht, ebenso ist die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen in der Regel kaum möglich (ebda.).



Einige Autor/innen berichten auf der Grundlage von Betroffeneninterviews, dass eine Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht selten als eine existenzielle Krise erlebt wird, die von den Frauen häufig ohne festen Partner bewältigt werden muss (Rinderer 2009, 40f.; Anderson 2003, 67; Bommers/Wilms 2007, 89f.). Anderson stellt in seiner Untersuchung fest, dass es für die meisten Frauen unvorstellbar ist, ein Kind in der Illegalität zu bekommen, weshalb sie sich häufig für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, obwohl sie ihr Kind eigentlich behalten möchten (Anderson 2003, 67). Auch Vogel et al. und Rinderer berichten darüber, dass Schwangerschaften in der Illegalität häufig unbeabsichtigt sind, wobei es auch vorkommt, dass eine Schwangerschaft gewollt ist oder gar als eine Chance zur Legalisierung des Status gesehen wird (Rinderer 2009, 41f., 46f.; Vogel et al. 2009, 187; Kastner 2007). Huschke zufolge entscheidet sich mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen dafür, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen (Huschke 2013, 271). Ihre Zahlenangaben beruhen auf Expertengesprächen und Einblicken in die Statistiken der MMM und des Medibüros in Berlin (ebda.).

3.6.3 Familienplanung

Eine Schweizer Studie, die Daten von insgesamt fast 400 Teilnehmerinnen erhoben und ausgewertet hat, kommt zu dem Ergebnis, dass 75 % der Frauen ohne gültigen Aufenthaltsstatus unbeabsichtigt schwanger waren, gegenüber 21 % bei der Vergleichsgruppe mit gesichertem Aufenthaltsstatus (Wolff et al. 2008, 1). Zudem hatten 61 % der illegalisierten Frauen keine Kenntnisse über die sogenannte „Pille danach“, wohingegen lediglich 9 % in der Vergleichsgruppe nicht darüber informiert waren (ebda.).

Nach Ansicht von Expert/innen aus der Beratungspraxis ist die Wahl der Methode zur Empfängnisverhütung weniger von den Präventionsangeboten in Deutschland beeinflusst als vielmehr von dem im Heimatland erworbenen Wissen (Lamshöft 2011, 75). Auch Rinderer arbeitet in ihrer Literaturstudie heraus, dass der Zugang zu Verhütungsmitteln in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht nur aus finanziellen Gründen erschwert ist, sondern auch aufgrund von Sprachbarrieren, mangelnder sexueller Aufklärung und aus kulturellen Gründen (Rinderer 2009, 41, 46). Dagegen verweist eine internationale Langzeitstudie, die in einem seit mehr als dreißig Jahren bestehenden Flüchtlingslager an der thailändischen Grenze zu Myanmar durchgeführt wurde, darauf, dass adäquate Schwangerschaftsverhütung im Flüchtlingskontext stark von den jeweils vorhandenen Gelegenheitsstrukturen abhängig ist und sich bei Zugang

zu regulären Lebens- und Beschäftigungsverhältnissen rasch an die Situation im Aufnahmeland angleichen lässt (Srikanok et al. 2017, 1,11).

3.6.4 Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten

Der Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten wird in der Literatur, die für diese Arbeit ausgewertet wurde, übereinstimmend als stark eingeschränkt und sehr komplex eingeschätzt (Vogel et al. 2009; Kühne 2014; Seyler 2015; Braun et al. 2003). In diesem Zusammenhang weisen verschiedene Autor/innen darauf hin, dass das AsylbLG zwar in begrenztem Umfang Zugang zu medizinischer Hilfe eröffnet, den Betroffenen aufgrund der Meldepflicht nach § 84 AufenthaltsgG jedoch die Übermittlung ihrer Daten an die zuständige Ausländerbehörde und in der Folge die Abschiebung droht, wenn dieser Anspruch geltend gemacht wird (Vogel et al. 2009; Braun et al. 2003; Seyler 2015; Kühne 2014). Soll andererseits auf den Rechtsanspruch verzichtet und die Behandlung auf Privatrechnung zum 2,3-fachen Gebührensatz nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bezahlt werden, übersteige dies Kühne zufolge in der Regel die finanziellen Mittel der Betroffenen (Kühne 2014, ii). Auch andere Studien weisen darauf hin, dass die Kosten für eine Klinikgeburt in der Regel die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen übersteigen (Rinderer 2009, 43f.; Bommers/Wilms 2007, 86).

Mylius, die sich in ihrer empirischen Studie mit dem Zugang illegalisierter Bevölkerungsanteile zu medizinischen Leistungen der deutschen Gesundheitsämter und Krankenhäuser befasst hat, stellt fest, dass die Gesetzeslage trotz einiger Verbesserungsversuche in den vergangenen Jahren nach wie vor undurchsichtig ist. Aus diesem Grund bestehen Unsicherheiten bei den Leistungserbringern (Krankenhäusern und Sozialämtern), was eine sehr uneinheitliche und intransparente Vergabe medizinischer Leistungen nach sich zieht (Mylius 2016, 287).

Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität liegen somit, wie auch Hacker et al. (2015) auf der Grundlage einer umfassenden Analyse englischsprachiger Literatur zusammenfassen, einerseits auf der politischen Ebene und der Ebene des Gesundheitssystems durch eine sozial ungleich verteilte Leistungsvergabe und andererseits auf der Ebene des Individuums. Letztere Ebene umfasst die Angst vor Abschiebung, Sprachbarrieren, mangelnde finanzielle Ressourcen, Scham bzw. Angst vor Stigmatisierung sowie mangelndes Orientierungswissen über das Gesundheits- und Sozialsystem (Hacker et al. 2015).



3.7 Zur Lebenslage von Frauen in Flüchtlingsunterkünften

Wissenschaftliche Veröffentlichungen, die sich dezidiert mit der Lebenssituation schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland befassen, wurden im Rahmen der Recherche für die vorliegende Übersichtsarbeit nicht gefunden. Es liegen jedoch einige Studien zur Situation geflüchteter Frauen vor, die in Flüchtlingsunterkünften leben. Auch finden sich relativ viele Publikationen mit statistischen Beschreibungen und Analysen der in Deutschland lebenden Asylbewerber/innen. Der Fokus liegt hierbei jedoch meistens eher auf arbeitsmarktpolitischen Aspekten. Des Weiteren finden sich häufig rechtspolitische Analysen und Situationsbeschreibungen zur Organisation und Aufnahmepraxis geflüchteter Menschen und zu den Lebensbedingungen in den Flüchtlingsunterkünften. Die staatliche Praxis der Unterbringung Geflüchteter ist in Deutschland aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten auf den Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden sehr uneinheitlich und zum Teil schwer zu überschauen. Da schwangere, geflüchtete Frauen prinzipiell den gleichen asylrechtlichen Regelungen und Restriktionen unterliegen wie andere Geflüchtete, werden in der vorliegenden Arbeit auch einige Untersuchungen berücksichtigt, die vergleichende Analysen und Bestandsaufnahmen zur Unterbringungspraxis in Deutschland durchgeführt haben, ohne dabei die spezifische Situation geflüchteter Frauen gesondert in den Blick zu nehmen.

Wie im vorangegangenen Kapitel werden auch hier zunächst die recherchierten Titel kurz vorgestellt und im Hinblick auf ihre Bedeutung für das Thema der vorliegenden Arbeit beschrieben. Im Anschluss daran werden die zentralen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Eine bundesweit angelegte Studie der Berliner Charité gibt Einblicke in die psychosoziale Situation geflüchteter Frauen (Schouler-Ocak/Kurmeyer 2017). Insgesamt wurden 693 Frauen mittels mehrsprachiger Fragebögen und im Rahmen von Gruppendiskussionen befragt. Den Autor/innen zufolge stammen die Frauen aus den derzeitigen Herkunftsländern geflüchteter Menschen: Afghanistan, Syrien, Irak, Iran, Eritrea und Somalia. Die Befragten leben in Flüchtlingsunterkünften in verschiedenen Bundesländern. In Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit liegt eine besondere Bedeutung der Studie von Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) in dem folgenden Punkt. Erstmals werden repräsentative Daten vorgelegt, die Aufschluss über das Ausmaß an körperlichen

und psychischen Belastungen, traumatisierenden Erfahrungen und individuellen Ressourcen geflüchteter Frauen geben – allesamt Faktoren, die eng mit Aspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen verwoben sind und auch Einfluss auf den Schwangerschaftsverlauf sowie die perinatale Gesundheit haben.

Ein Sammelband von Dilger und Dohrn (2016) befasst sich ebenfalls mit den Perspektiven und Erfahrungen geflüchteter Frauen, die in Flüchtlingsunterkünften untergebracht sind. Studierende der Ethnologie haben im Rahmen einer studentischen Projektarbeit über einen Zeitraum von drei Monaten in fünf Berliner Unterkünften Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit 40 Frauen durchgeführt. In den Falldarstellungen kommen auch Aspekte zum Thema Gesundheit und Schwangerschaft im Hinblick auf die Lebensbedingungen in den Unterkünften zur Sprache.

Einen frauenspezifischen Fokus hat auch die Untersuchung von Bekyol und Bendel (2016). Die Studie wurde vom Ausschuss des Europäischen Parlaments für die Rechte der Frau und die Gleichstellung der Geschlechter angefordert. In der Arbeit wird zunächst der Rechtsrahmen der EU-Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, dargelegt. Schwangere Frauen und Mütter mit kleinen Kindern gelten dieser Richtlinie zufolge als besonders schutzbedürftig. Ihren Bedürfnissen ist in geeigneter Weise Rechnung zu tragen. Die Autor/innen untersuchen am Beispiel der EU-Mitgliedstaaten Deutschland (München) und Belgien (Brüssel) empirisch, inwiefern den besonderen Bedürfnissen schutzbedürftiger Personengruppen in der Aufnahmepraxis Rechnung getragen wird. Die Datenbasis der Untersuchung sind qualitative Interviews mit Schlüsselakteuren aus der Verwaltung und den Flüchtlingsunterkünften sowie Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit betroffenen Frauen. Aus der Studie von Bekyol und Bendel (2016) geht hervor, dass den besonderen Bedürfnissen, welche die EU-Richtlinie schwangeren Frauen und Müttern von kleinen Kindern zuerkennt, derzeit noch kaum entsprochen wird.

Rabe (2015) hat im Auftrag des Deutschen Instituts für Menschenrechte untersucht, inwieweit bereits existierende Gewaltschutzmaßnahmen in Flüchtlingsunterkünften die Vorgaben der Istanbul-Konvention des Europarats gegen Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt erfüllen. Ihre rechtspolitische Analyse stützt sich auf eine Literaturrecherche und Experteninterviews mit Akteuren aus der Politik und der Beratungspraxis zum Thema geschlechtsspezifische Gewalt in Flüchtlingsunterkünften. Aus ihrer Arbeit



wird deutlich, dass geflüchtete Frauen, darunter auch Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern, in den Unterkünften häuslicher und geschlechtsspezifischer Gewalt relativ schutzlos ausgesetzt sind. Besonders prekär ist ihre Lage dadurch, dass ihnen kaum Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräume zur Verfügung stehen und sie zugleich aus aufenthaltsrechtlichen Gründen gezwungen sind, in den ihnen zugewiesenen Unterkünften bis auf Weiteres zu verbleiben.

Keinen genderspezifischen Fokus haben die Arbeiten der Autor/innen in dem folgenden Abschnitt.

Aumüller et al. (2015), Müller (2013) und Wendel (2014) untersuchen die Organisation der Aufnahme und die Unterbringungspraxis von Asylbewerber/innen in Deutschland. Ihre Arbeiten haben den Charakter von Bestandsaufnahmen und fokussieren vornehmlich die Ebene des Bundes und der Länder. Dagegen untersuchen Ottersbach und Wiedemann (2017) vertiefend die kommunale Praxis der Unterbringung und Versorgung von Asylbewerber/innen am Beispiel der Stadt Köln. Aus den Studien geht insgesamt gesehen hervor, dass die Wohn- und Lebensbedingungen geflüchteter Menschen in Deutschland durch die Asylgesetzgebung stark reglementiert sind. Zudem ist die Umsetzung der Regelungen aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten auf den Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden sehr unterschiedlich und daher intransparent. In Bezug auf die Flüchtlingsforschung mit Fokus auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sind die Ergebnisse dieser Arbeiten als eine erste Ausgangsbasis zu verstehen. Sie umreißen und ordnen das relativ unübersichtliche Forschungsfeld der strukturellen Lebensbedingungen geflüchteter Menschen im Asylverfahren. Die systematische Reflexion dieser Strukturen im Hinblick auf die Wahrung und Wahrnehmung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte geflüchteter Frauen steht dagegen noch weitgehend aus.

Einen ganz anderen Fokus haben statistische Analysen zur Sozialstruktur, dem Qualifikationsniveau und dem beruflichen Hintergrund von Asylbewerber/innen, die das BAMF regelmäßig auf freiwilliger Basis während der Asylantragstellung erhebt (BAMF 2017, 2016b). Im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit sind belastbare Daten wie die vom BAMF bereitgestellten zum sozioökonomischen Status und zu Sprachkenntnissen geflüchteter Frauen insofern von Interesse, als diese Aspekte die Chancen geflüchteter Frauen, ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu wahren und ihre diesbezüglichen Rechte wahrzunehmen, entscheidend beeinflussen.²⁴

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse der oben vorgestellten Veröffentlichungen zusammenfassend dargestellt.

3.7.1 Bildungshintergründe und Sprachkenntnisse

Bildungshintergründe

Die Bildungshintergründe geflüchteter Frauen unterscheiden sich je nach Herkunftsregion beträchtlich. Das höchste Bildungsniveau unter den Frauen aus den zehn häufigsten Herkunftsländern weisen Asylbewerberinnen aus dem Iran auf. So haben rund 37 % der Frauen, die aus dem Iran nach Deutschland geflohen sind, einen Gymnasial- und weitere 46 % einen Hochschulabschluss (BAMF 2016a).²⁵ Rund 50 % aller Syrerinnen haben ebenso entweder ein Gymnasium oder eine Hochschule abgeschlossen. Auf der anderen Seite weist ein größerer Anteil der Frauen aus Mazedonien (24,4 %) und Serbien (24,5 %) keinerlei formale Bildung auf. Der höchste Anteil an Geflüchteten ohne Schulabschluss stammt aus Afghanistan (27 %), zugleich haben aber auch hier 23 % entweder einen Gymnasial- oder einen Hochschulabschluss. Von allen in Deutschland im Jahr 2015 registrierten weiblichen Flüchtlingen hat ein Anteil von 12 % keinen Bildungsabschluss, 25 % haben einen Grund- und 30 % einen Mittelschulabschluss, 17 % einen Gymnasial- und 16 % einen Hochschulabschluss (ebda.).

Unter den Asylbewerber/innen aller Herkunftsländer, die einen Hochschulabschluss haben, ist fast der gleiche Anteil an Männern und Frauen vor der Flucht erwerbstätig gewesen, wohingegen bei Personen ohne Hochschulabschluss sehr viel mehr Männer als Frauen einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sind (BAMF 2016a).

Sprachkenntnisse

Nach ihren Fremdsprachenkenntnissen befragt, geben 28 % aller Asylbewerber/innen an, Englisch zu sprechen, wohingegen nur 2 % der Befragten Deutschkenntnisse angeben (ebda., 9). Besonders viele Nennungen von Englischkenntnissen finden sich bei Personen aus Syrien (41 %) und dem Iran (31 %). Dies ist insofern plausibel, als diese auch die durchschnittlich höchste Schulbildung aufweisen. Im Vergleich zu den Männern schätzen geflüchtete Frauen ihre Deutschkenntnisse generell als schlechter ein (BAMF

²⁴ Vgl. hierzu z.B. Mortensen et al. 2011, Murray/Bacchus 2005, Racape et al. 2016.

²⁵ Auch im Vergleich zu den männlichen Flüchtlingen aus dem Iran mit einer Hochschulabschlussquote von 31 % liegen die Iranerinnen weit vorn. In allen übrigen Flüchtlingsgruppen sind die Männer im Durchschnitt jeweils etwas besser ausgebildet als die Frauen.



2017). Zugleich werden Integrationskurse von ihnen seltener und in größerem zeitlichen Abstand zur Einreise besucht (ebda.), obwohl ihre Motivation, die deutsche Sprache zu erlernen, direkt nach der Ankunft am höchsten ist (Abels et al. 2017). Offenbar finden die Frauen keine zu ihren Bedürfnissen passenden Angebote und verlieren ihren anfänglichen Elan (ebda.). Als wichtig werden daher Kurse mit Kinderbetreuungs-möglichkeiten angesehen und eine frühzeitige Vergabe von Kita-Plätzen auch an Kinder von Müttern, die keine oder nur geringe Deutschkenntnisse haben (Abels et al. 2017; BAMF 2017).

3.7.2 Psychosoziale Situation

Psychische und körperliche Belastungen

Als wesentliche psychische Beschwerden erlebt fast die Hälfte der von Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) befragten Frauen stark ausgeprägte Traurigkeit (40 %), eine Neigung zum Weinen (52 %), Schlafschwierigkeiten, Nervosität und Angstgefühle (ebda., 29). In Bezug auf körperliche Beschwerden beschreiben die Befragten vor allem Rücken- (33 %) und Kopfschmerzen (31 %), gefolgt von Muskelschmerzen, Taubheit und Schwächegefühlen (ebda., 29f.). Besorgniserregend ist den Autor/innen zufolge, dass 13 % der Frauen darüber hinaus über Selbstmordgedanken berichten und damit deutlich mehr als einheimische Frauen (ebda., 45).

Nach ihren Fluchtgründen befragt, geben fast alle Frauen (80 % bis 90 %) Krieg, Terror und Lebensgefahr an (Schouler-Ocak/Kurmeyer 2017, 25). Besonders relevant sind diese Gründe bei Frauen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien, in geringerem Maße zutreffend ist dies bei Frauen aus dem Iran (ebda.). Häufig werden auch Angst vor Entführung und Folter als Fluchtursachen genannt. Ebenso stellen Hunger und das Fehlen jeglicher Lebensgrundlagen oft genannte Fluchtursachen dar (ebda.). Darüber hinaus verweisen die Daten auf regional spezifische Fluchtgründe. So geben Frauen aus Somalia häufiger Angst vor Ehrenmord und Zwangsverheiratung an, während Frauen aus Eritrea eher Folter, sexualisierte Gewalt und Verfolgung wegen politischer Aktivitäten als Fluchtgründe nennen (ebda.). Frauen aus dem Irak geben häufiger als alle anderen Frauen Angst vor Entführung und Verfolgung wegen ihrer Religion an (ebda.).

Nach traumatischen Erlebnissen auf der Flucht oder im Heimatland befragt, berichten die meisten Frauen von Aufhalten in Kriegsgebieten, wo sie Explosionen, Brände und schwere Unfälle miterlebt haben. Des Weiteren werden Mangel an Nahrung, Wasser und Obdach genannt (Schouler-Ocak/Kurmeyer 2017, 30). Traumatisch war für

die Befragten häufig auch der Verlust von Familienmitgliedern oder Freunden durch gewaltsamen Tod, Verschwinden oder Entführung. Weniger häufig, aber in signifikanter Ausprägung werden schwer traumatisierende Ereignisse genannt, wie Gefangenschaft, Folter, Entführung und sexualisierte Gewalt (ebda.).

Belastungen und Stressfaktoren im Aufnahmeland

Im Rahmen der qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen, die Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) mit geflüchteten Frauen durchgeführt haben, wird deutlich, dass diese nicht nur aufgrund ihrer Erlebnisse im Herkunftsland und auf der Flucht belastet sind, sondern auch durch eine Reihe von Faktoren, die ihrer prekären Lebenssituation im Aufnahmeland geschuldet sind (ebda., 45f.). Hierzu gehören beengte Wohnverhältnisse, ein Mangel an Privatsphäre, andauernde Lärmbelastung und Gewalterfahrungen in den Unterkünften, mangelnde finanzielle Mittel, bürokratische Hürden und Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche (ebda.). Auch die Angst, abgeschoben zu werden, das Fehlen einer Arbeitserlaubnis, Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen werden genannt. Die Autor/innen weisen darauf hin, dass diese Faktoren die Vulnerabilität der betroffenen Frauen verstärken und damit ihr Risiko erhöhen, schwerwiegende psychische Erkrankungen zu entwickeln (ebda.).

Protective Faktoren

Aus der Literatur zu psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten geht hervor, dass sich bei Menschen mit emotional belastenden oder traumatisierenden Erfahrungen insbesondere soziale Unterstützung und soziale Anerkennung als Opfer als protective Faktoren erwiesen haben (Schmidt 2015). In den Untersuchungen von Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) sowie von Abels et al. (2017) finden sich Hinweise, dass die Befragten häufig über notwendige soziale Ressourcen verfügen. So geben in der Befragung von Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) beispielsweise 70 % der befragten Frauen an, sehr zufrieden mit ihren privaten Beziehungen zu sein (ebda., 28). Des Weiteren stellen Abels et al. (2017) im Rahmen der Umsetzung des Charité-Projekts „Women for Women“ bei den beteiligten Frauen aktive Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihren seelischen Belastungen fest. Hierzu gehört insbesondere der Austausch der Frauen in Diskussionsgruppen untereinander und mit den Projektmitarbeiter/innen. Dieses Potenzial zur Selbsthilfe und zur gegenseitigen Unterstützung sollte nach Ansicht der Projektinitiator/innen durch die Bereitstellung geeigneter Austauschräume und Gruppenangebote gefördert werden. Denn hierdurch könnten die Frauen ermächtigt werden, selbst zu Akteuren in Hilfenetzwerken zu werden.



3.7.3 Wohnsituation und Lebensbedingungen in Deutschland

Die Wohn- und Lebensbedingungen geflüchteter Menschen sind in Deutschland durch die Asylgesetzgebung stark reglementiert. Müller (2013) zufolge existieren vier verschiedene Unterbringungstypen für Asylbewerber/innen:

- :: Erstaufnahmeeinrichtungen,
- :: Gemeinschaftsunterkünfte,
- :: dezentrale Unterbringung in privaten Wohnungen,
- :: spezielle Unterbringungseinrichtungen für besonders schutzbedürftige Personengruppen.

Für die Dauer des Asylverfahrens ist gemäß AsylVfG zunächst der Aufenthalt in einer „Erstaufnahmeeinrichtung“ verpflichtend, welche sich in räumlicher Nähe zur jeweils zuständigen BAMF-Zweigstelle befindet. Die Zuweisung von Asylbewerber/innen erfolgt nach einem länderübergreifenden Verteilungssystem („Königssteiner Schlüssel“), bei dem die Betroffenen kein Mitspracherecht haben (Wendel 2014, 9). Ist das Verfahren nach sechs Wochen, längstens jedoch nach drei Monaten nicht abgeschlossen – das im Oktober 2015 in Kraft getretene Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz erlaubt mittlerweile einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten – erfolgt eine Anschlussunterbringung in „Gemeinschaftsunterkünften“²⁶ oder „dezentral“ in privaten Wohnungen. Daneben existieren speziell betreute Unterbringungseinrichtungen für „besonders schutzbedürftige“ Personengruppen, wie unbegleitete Minderjährige oder stark traumatisierte Personen. Während der Aufenthalt in den Erstaufnahmeeinrichtungen weitgehend bundesrechtlich geregelt ist, unterliegt die Anschlussunterbringung der Länderhoheit, wobei die kommunalen Gebietskörperschaften wie Landkreise, kreisfreie Städte und Kommunen für die Umsetzung vor Ort zuständig sind (Wendel 2014, 9). Hierdurch existieren deutliche Unterschiede in Bezug auf Aufnahme standards, Wohnflächen, Betreuungsschlüssel sowie Vorgaben für Lage, Infrastruktur und Qualifikation von Betreuungspersonal (Müller 2013, 12f., 22, 27; Wendel 2014).

²⁶ Wendel (2014, 11) weist darauf hin, dass der Begriff „Gemeinschaftsunterkunft“ erstmals im Asylverfahrensgesetz von 1982 auftaucht und dort die älteren Bezeichnungen „Sammellager“ und „Sammelunterkunft“ ablöst. Ausschlaggebend für die neue Begriffswahl sei vermutlich die positive Konnotation des Wortbestandteils „Gemeinschaft“ gewesen. Wendel zufolge handelt es sich hierbei jedoch um einen Euphemismus, der darüber hinwegtäuscht, dass die Unterkünfte aufgrund ihrer strukturellen Gegebenheiten eher einen Lagercharakter haben, wodurch sie gerade nicht gemeinschaftsfördernd sind. Ebenso sei in einigen Bundesländern noch die Bezeichnung „Übergangswohnheim“ anzutreffen, obwohl der Aufenthalt dort häufig mehrere Jahre umfasse (ebda.).

Auch gibt es unterschiedliche Regelungen und Fristen, ab wann ein Auszug aus einer Gemeinschaftsunterkunft gestattet ist. Die Möglichkeit behördlicher Bevormundung durch Wohnsitzauflagen endet für die Betroffenen erst mit der Anerkennung als Asylberechtigte, als Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention oder mit der Erteilung eines anderen sicheren Aufenthaltsstatus.

Zur Unterbringung von Flüchtlingen in privaten Wohnungen existieren keine exakten Zahlen. Die Statistik wird von einem laufenden Zuweisungsgeschehen überlagert, wodurch sich die Bestandszahlen in den Ländern und Kommunen ständig verändern (Aumüller et al. 2015). Als Richtwert kann angenommen werden, dass zum 31. Dezember 2013 im Bundesdurchschnitt ungefähr die Hälfte aller Empfänger/innen von Leistungen nach dem AsylbLG in privaten Wohnungen lebte, während die andere Hälfte in Aufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften untergebracht war.²⁷ Wie Wendel (2014) aufzeigt, weichen die Wohnungsquoten der einzelnen Bundesländer allerdings erheblich voneinander ab. So lag der in privaten Wohnungen lebende Anteil im Jahr 2013 in Schleswig-Holstein (90,9 %) und Rheinland-Pfalz (90,6 %) besonders hoch, während er in Sachsen (34,3 %), in Brandenburg (34,1 %) und in Baden-Württemberg (33,5 %) am niedrigsten war. Im Mittelfeld bewegten sich beispielsweise Berlin (57,8 %) und Nordrhein-Westfalen (50,3 %).

²⁷ Die Circa-Angabe ergibt sich daraus, dass sich die hier verwendeten Quellen, Wendel (2014) und Johansson (2016), zwar gleichermaßen auf die Zahlen des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2013 beziehen, hieraus jedoch unterschiedliche Grundgesamtheiten bilden. Während Wendel allein die Zahlen für Gemeinschaftsunterkünfte und dezentrale Unterbringung berücksichtigt, finden sich bei Johansson darüber hinaus auch diejenigen für die Erstaufnahmeeinrichtungen. Auf diese Weise kommt Wendel (2014, 71) auf eine Wohnungsquote von 55 %, wohingegen die Zahlen von Johansson (2016, 31) eine Wohnungsquote von 48 % ergeben.



Prekäre Lebensbedingungen und Sicherheitsmängel in Aufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften

Wie Aumüller et al. auf der Grundlage ihrer Studie aufzeigen, ist es in den Unterkünften üblich, dass dort Menschen unterschiedlicher Herkunft auf engstem Raum leben und sich häufig auch Küche und Sanitärräume miteinander teilen müssen (Aumüller et al. 2015). Die sanitären Anlagen sind nicht abschließbar und die hygienischen Verhältnisse unzureichend; Mütter erzählen von Schwierigkeiten, ihre Kinder ohne leicht zugängliche und ausreichende sanitäre Anlagen für die Schule vorzubereiten (Bekyol/Bendel 2016). Durch die räumliche Enge sind die Bewohner/innen einem ständig hohen Lärm- und Geräuschpegel ausgesetzt (Bekyol/Bendel 2016). Familien mit Kindern steht oft nur ein einziger Raum zur Verfügung (Aumüller et al. 2015). Es fehlt an Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten. Für Kinder und Jugendliche fehlen Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten sowie eine angemessene Lernatmosphäre (ebda.). In manchen Unterkünften gibt es keine Kochgelegenheiten, sondern Vollverpflegung durch einen Catering-Dienst. Hierbei ist es für die befragten Mütter problematisch, dass sie ihren Kindern nicht selbst Nahrung zubereiten können, wenn diese das ungewohnte Essen vom Catering ablehnen (Bekyol/Bendel 2016). Die Vollverpflegung wird als frustrierend erlebt: Man ist gezwungen, monatelang wenig abwechslungsreiche, oft ungewohnte Speisen zu essen und kann kranken Familienmitgliedern nicht einmal eine Suppe kochen (ebda.).

Was es bedeuten kann, als schwangere oder frisch entbundene Frau in einer Flüchtlingsunterkunft in Deutschland zu leben, illustriert ein Fallbeispiel von Erlenmaier et al. (2016, 124f.) aus dem eingangs vorgestellten ethnologischen Sammelband von Dilger und Dohrn (2016). Die Autor/innen zitieren einen Interviewausschnitt, in dem eine aus Afghanistan stammende Frau zu Wort kommt. Diese erzählt, dass sie rund um den Zeitpunkt ihres errechneten Geburtstermins die Aufforderung erhielt, von Hamburg nach Berlin umzuziehen. Als die Wehen einsetzten, wurde sie in ein Hamburger Krankenhaus eingeliefert, wo ein Notkaiserschnitt durchgeführt wurde. Kurz nach der Geburt musste sie nach Berlin umziehen. In der Berliner Flüchtlingsunterkunft entzündete sich ihre Kaiserschnittnarbe. Sie konnte dem Rat der Hebamme, ihre Wunde täglich mit warmem Wasser zu waschen und nicht so viel herumzulaufen, kaum nachkommen, weil es nur Gemeinschaftsduschen gab, vor denen man lange anstehen musste. Auch zur Essensausgabe musste sie regelmäßig mit ihren kleinen Kindern in der Schlange stehen, sodass sie kaum zur Ruhe kam (ebda.). Neben den körperlichen Problemen, die das Leben in der Unterkunft speziell für schwangere und frisch entbundene Frauen nach sich ziehen kann, lastet zusätzlich auf den Frauen

ein alles überschattender psychischer Druck durch den ungewissen Ausgang des Asylverfahrens (ebda.).

Ein weiterer Problembereich in den Unterkünften ist eine unzureichende Sicherheitslage. So zeigt Rabe (2015) auf der Grundlage ihrer Untersuchung zu Gewaltschutzmaßnahmen in Flüchtlingsunterkünften auf, dass insbesondere Frauen in den Unterkünften einer erhöhten Gefahr von genderbezogener Gewalt, Belästigung und sexuellen Übergriffen ausgesetzt sind (Rabe 2015, 10f.). Dies schafft ein konstantes Gefühl der Angst und kann mit einem erhöhten Stresslevel, Schlaflosigkeit, Alpträumen und sozialem Rückzug einhergehen (Bekyol/Bendel 2016). Hat ein sexueller Übergriff bereits stattgefunden, wird die Suche nach Schutz zusätzlich dadurch erschwert, dass Asylbewerber/innen oftmals in der ihnen zugewiesenen Unterkunft bleiben müssen und die Mobilität während des Asylverfahrens eingeschränkt ist (ebda., 22).

Insgesamt verweisen die Studien zur Wohn- und Lebenssituation in den Aufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften auf prekäre Verhältnisse, die sich insbesondere für schwangere Frauen und Mütter mit minderjährigen Kindern als unzumutbar darstellen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es um die Unterbringungsmöglichkeiten von „besonders schutzbedürftigen“ Personen in Deutschland bestellt ist.

Schutzbedürftigkeit

Gemäß den Artikeln 21 und 22 der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU für schutzsuchende Personen gelten Schwangere und alleinerziehende Mütter mit kleinen Kindern ebenso wie (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Beeinträchtigungen, Opfer von Menschenhandel und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer und sexualisierter Gewalt erlitten haben, als „besonders schutzbedürftig“. Ihren Bedürfnissen ist in geeigneter Weise Rechnung zu tragen.

Wie die Studie von Bekyol und Bendel (2016) zur Umsetzung der EU-Richtlinie am Beispiel von Deutschland und Belgien zeigt, werden die Schutzbestimmungen in den Mitgliedsstaaten bisher jedoch noch nicht wirksam umgesetzt. Neben einem Mangel an speziellen Unterbringungsmöglichkeiten, welcher sich durch den starken Zustrom von Asylbewerber/innen im Jahr 2015 noch verschärft hat, besteht eine Schwierigkeit darin, die verschiedenen Arten von Schutzbedürftigkeit möglichst frühzeitig und valide zu erfassen (Ottersbach/Wiedemann 2017). Zum einen existieren nicht in allen Bundesländern entsprechende Mindeststandards (Bekyol/Bendel 2016).



Zum anderen beklagen Expert/innen, dass vorhandene Standards und Screening-Verfahren ungeeignet sind, um beispielsweise Traumatisierungen oder andere, äußerlich nicht sichtbare Formen der Vulnerabilität innerhalb kürzester Zeit zu erkennen (Bekyol/Bendel 2016).

Während unbegleitete Minderjährige gezielt identifiziert, gesondert untergebracht und sehr gut versorgt werden (Bekyol/Bendel 2016), mangelt es in den Aufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften an systematischen Verfahren und grundlegenden Schutzmechanismen für Frauen und die in ihrer Obhut befindlichen Kinder (RKI 2017). Eine mögliche Fehlversorgung beginnt bereits damit, dass bei den zuständigen Behörden und Einrichtungen kaum exakte Zahlen, sondern lediglich Schätzungen dazu vorliegen, wie hoch der Frauenanteil an den zu versorgenden Flüchtlingen ist (Bekyol/Bendel 2016). Im Rahmen von Experteninterviews, die Ottersbach und Wiedemann im Rahmen ihrer Studie zur kommunalen Unterbringungspraxis durchgeführt haben, wurde auch deutlich, dass die Einschätzungen von Schutzbedürftigkeit insgesamt weit auseinander liegen. So gingen einige der Befragten von 30 %, andere von 70 % schutzbedürftiger Personen in den Einrichtungen aus (Ottersbach/Wiedemann 2017). Zudem wird beklagt, dass bei den Verfahren und Prozessen der Verteilung geflüchteter Menschen auf das gesamte Bundesgebiet die Kommunikation zwischen Bund, Ländern und Kommunen in Bezug auf die Mitteilung eventueller Schutzbedürftigkeit unzureichend ist (ebda.). Generell obliegt die Feststellung von besonderer Schutzbedürftigkeit dem medizinischen System, während die Bewilligung entsprechender Betreuungs- und Versorgungsleistungen eine Verwaltungsangelegenheit ist (Ottersbach/Wiedemann 2017). Eine übergreifende Systematik bei der Erfassung und Informationsweitergabe ist nicht zu erkennen, da auch die einzelnen Gesundheitseinrichtungen nach eigenen Standards und Verfahren arbeiten (Bozorgmehr et al. 2016b). So bleibt eine adäquate Unterbringung und gesundheitliche Versorgung vulnerabler Gruppen immer noch eher dem Zufall überlassen (Razum et al. 2016).

Benachteiligung auf dem freien Wohnungsmarkt

Die Lebenssituation geflüchteter Frauen, die in privaten Wohnungen leben, ist kaum erforscht. Aumüller et al. zufolge gibt es Hinweise auf eine faktische Benachteiligung Geflüchteter auf dem Wohnungsmarkt, da sich ihre Wohnungssuche oft langwierig gestaltet und sie häufig in beengten, schlechten Wohnverhältnissen und/oder in Randgebieten mit geringer Wohnqualität leben (Aumüller et al. 2015). Vor diesem Hintergrund besteht ein Forschungsdesiderat darin, zu untersuchen, ob und inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Unterbringung in einem der vier eingangs genannten Unterbringungstypen und dem jeweiligen Zugang zu medizinischen und sozialen Diensten besteht. Konkret könnte beispielsweise untersucht werden, ob schwangere Asylbewerberinnen, die in Aufnahme- oder Gemeinschaftseinrichtungen leben, genauso frühzeitig und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, wie Asylbewerberinnen, die in betreuten Unterbringungseinrichtungen oder in privaten Wohnungen untergebracht sind.

Fazit zu Wohn- und Lebensbedingungen

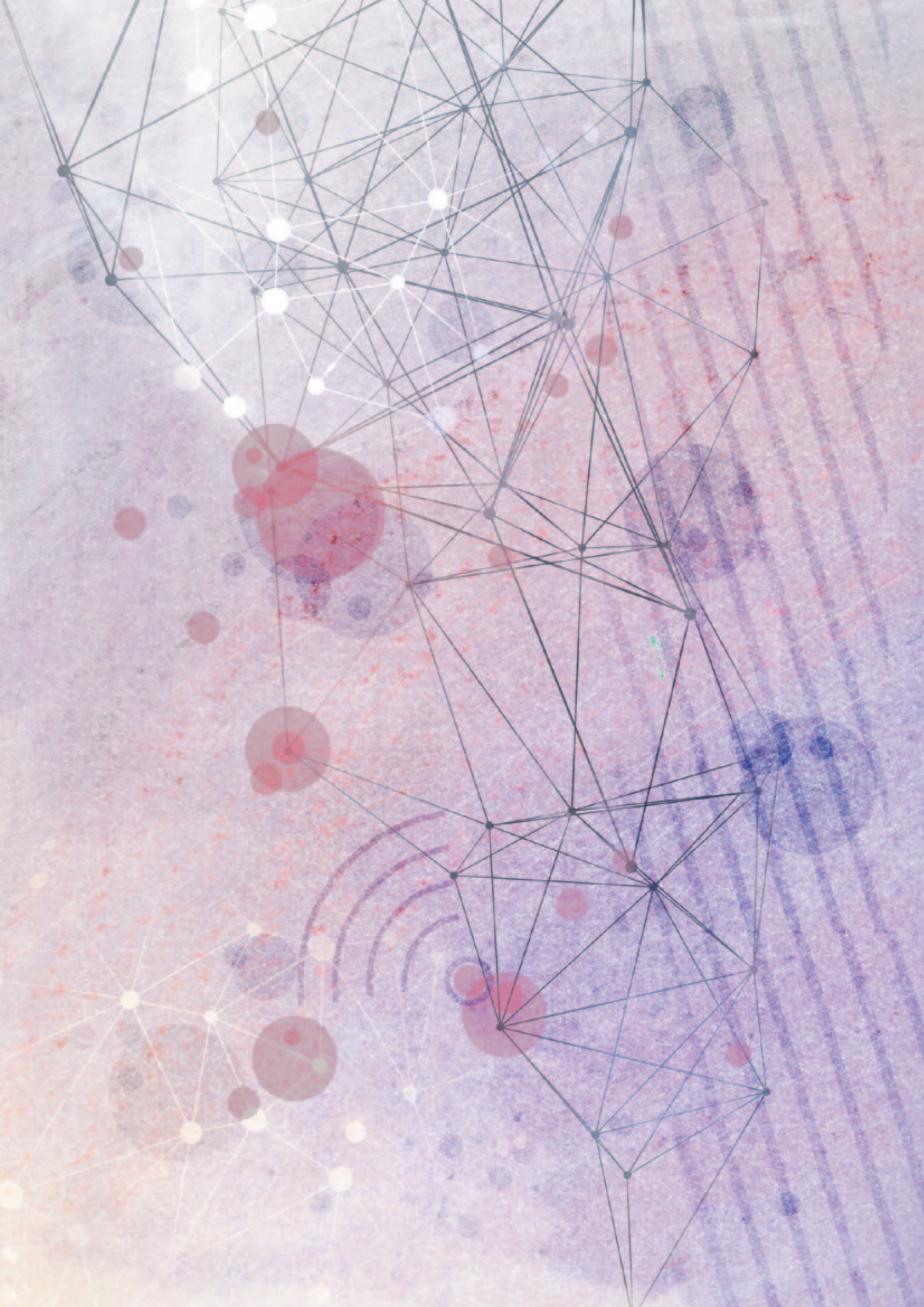
Die Wohn- und Lebensbedingungen geflüchteter Frauen sind äußerst prekär sowie emotional und körperlich belastend. Schwangeren Frauen und Müttern mit kleinen Kindern wird gesetzlich durch die EU-Richtlinie 2013/33/EU eine besondere Schutzbedürftigkeit zuerkannt. Ihre Möglichkeiten, die hieraus resultierenden Rechte wahrzunehmen, sind jedoch defizitär. Besonders problematisch für schwangere und frisch entbundene Frauen ist auch die Praxis der vorläufigen Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen und der anschließenden Verteilung auf Länder und Gemeinden, wo ihnen teilweise wiederum nur vorläufige Unterbringungsformen zugewiesen werden. Hierdurch fehlt es den Betroffenen nicht nur an der notwendigen Ruhe, sondern es kommt auch zu räumlichen Trennungen von Freunden, Bekannten und weitläufigeren Verwandten. Hierdurch bricht für die Betroffenen soziale Unterstützung weg, welche insbesondere für Mütter mit kleinen Kindern eine wichtige Ressource darstellt und sich zudem als Schutzfaktor²⁸ gegenüber der Entwicklung von Wochenbettdepressionen erwiesen hat.

²⁸ Vgl. hierzu z.B. Schmied et al. 2017, O'Mahony/Donnelly 2013, Alhasanat/Fry-McComish 2015.



Vor diesem Hintergrund bestehen Forschungsdesiderata darin, die strukturelle Benachteiligung schwangerer, geflüchteter Frauen sichtbar zu machen. Hierzu sollten systematisch die schädlichen Effekte rekonstruiert werden, die diese Benachteiligung im Hinblick auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Betroffenen haben kann. Konkret könnten beispielsweise Beschwerden während der Schwangerschaft, Fehlgeburten und Perinataldaten²⁹ von Frauen im Asylverfahren mit den Daten von Migrantinnen mit sicherem Aufenthaltsstatus sowie denen von einheimischen Frauen verglichen werden. In diesem Zusammenhang sollten auch unterschiedliche Unterbringungsformen als Variable mitberücksichtigt werden. Zugleich sollte der Blick auf die Identifikation von Ressourcen und Schutzfaktoren gerichtet werden sowie auf mögliche Beispiele guter Praxis im Aufnahme- und Unterbringungsverfahren schwangerer, geflüchteter Frauen, um auf dieser Grundlage positive Forderungen formulieren und bessere Angebote konzipieren zu können.

29 Z.B. Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit, Geburtskomplikationen, Müttersterblichkeit.



04 Zusammenfassung

Die vorliegende Übersichtsarbeit bildet den aktuellen Stand der Forschung ab zur Situation schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland hinsichtlich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR). Die methodische Grundlage dieser Arbeit ist eine umfassende Recherche gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Fachpublikationen. Hierbei wurden thematisch relevante Datenbanken und Textreferenzen ausgewertet.

Allgemeines zum Forschungsstand

Insgesamt verweist die Literatur auf eine eklatante Forschungslücke in Bezug auf die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland. Das wenige bisher verfügbare gesicherte Wissen verweist darauf, dass geflüchtete Frauen in Bezug auf sämtliche Aspekte sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte ein erhöhtes Risiko für Benachteiligungen tragen. Grundsätzlich mangelt es in der Flüchtlingsforschung jedoch an einem gender- und rechesensiblen Fokus, der sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Kontext von Flucht und Vertreibung systematisch und konsequent berücksichtigt.

Psychische und körperliche Gesundheit

Ein Manko der aktuellen Flüchtlingsforschung besteht darin, dass diese sich noch zu einseitig auf Aspekte der psychischen Gesundheit konzentriert, vor allem auf posttraumatische Belastungsstörungen. Dieser Fokus ist zwar sehr wichtig, jedoch sollte er nicht getrennt von körperlichen Gesundheitsproblemen betrachtet werden, weil beide Aspekte im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit miteinander verwoben sind. Vor diesem Hintergrund sind holistische Ansätze und ein integratives Vorgehen zielführend, um Bedarfslagen geflüchteter Frauen besser verstehen und adäquate Interventionen entwickeln zu können. In der Literatur sind bereits erste Schritte in die Richtung einer traumasensiblen

Perspektive auf sexuelle und reproduktive Gesundheit erkennbar. Hierdurch eröffnet sich ein weites, in Deutschland bislang noch weitgehend unbearbeitetes Forschungsfeld. Insbesondere gilt es zu erforschen, was gesundheitliche und psychosoziale Bedarfe von gewaltbetroffenen geflüchteten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind und wie gynäkologische und geburtshilfliche Dienstleistungen für die Betroffenen möglichst bedarfsgerecht ausgestaltet werden sollten.

Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten

Frauen, die Leistungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beziehen, haben im Fall von Schwangerschaft und Geburt weitgehend die gleichen Ansprüche auf medizinische und psychosoziale Leistungen wie Frauen mit einem sicheren Aufenthaltsstatus. Dennoch können Frauen durch das AsylbLG ihre sexuellen und reproduktiven Rechte nicht vollumfänglich wahrnehmen. Beispielsweise besteht kein Zugang zu Verhütungsmitteln. Zudem ist nicht sichergestellt, dass die Betroffenen die ihnen zustehenden medizinischen und psychosozialen Leistungen regelmäßig geltend machen können. Vor diesem Hintergrund sollte aus der Perspektive sozialwissenschaftlich orientierter Versorgungsforschung, fokussiert auf die konkrete Situation schwangerer, geflüchteter Frauen, die Ungleichheit und Zufälligkeit des Zugangs zu medizinischen und psychosozialen Leistungen sichtbar gemacht werden.

Sichere Schwangerschaft und Mutterschaft

Es gibt relativ viele Untersuchungen zum Thema Migration und Frauengesundheit. Die spezifischen Problemlagen schwangerer, geflüchteter Frauen werden aber häufig erst durch eine differenzierte Betrachtung der Migrantenpopulation sichtbar. Als wichtige Differenzierungsmerkmale haben sich der Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse und die Aufenthaltsdauer erwiesen. Um die Heterogenität der Geflüchteten noch besser abbilden zu können, sollten darüber hinaus auch das Herkunftsland und sozioökonomische Parameter regelmäßig mit erhoben werden.



Ungewollte Schwangerschaft

Der Forschungsstand verweist darauf, dass Frauen in prekären Aufenthaltssituationen gegenüber solchen mit einem sicheren Aufenthaltsstatus ein deutlich erhöhtes Risiko haben, ungewollt schwanger zu werden. Bisher fehlt es aber noch an repräsentativen Daten zur Prävalenz ungewollter Schwangerschaften sowie zur Prävalenz sicherer und unsicherer Schwangerschaftsabbrüche bei geflüchteten Frauen. Zudem fehlt es an Untersuchungen zur Betroffenenperspektive. Forschungsdesiderata bestehen hier im Hinblick auf die Themen Zugang zu Verhütung und Verhütungsverhalten, Informations- und Beratungsbedarfe sowie Coping-Strategien und Schutzfaktoren. Des Weiteren gilt es, aus der Perspektive gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Versorgungsforschung Versorgungsprozesse zu analysieren, um strukturelle Zugangsbarrieren sowie förderliche und hinderliche Faktoren im Umgang mit den Betroffenen zu rekonstruieren und Beispiele gut gelingender Praxis zu dokumentieren.

Familienplanung

Der Stand der Forschung zum Thema Familienplanung bei Geflüchteten legt eine Unterversorgung mit Verhütungsmitteln nahe. In bestimmten Subgruppen kann auch eine fatalistische Haltung gegenüber Schwangerschaftsverhütung vorliegen. Diese lässt sich nicht ohne Weiteres auf verengte Vorstellungen einer „Herkunftskultur“ der Betroffenen zurückführen. Vielmehr scheinen verschiedene, miteinander verschränkte Erfahrungshintergründe und auch situative Zwänge die jeweilige Einstellung und das Verhütungsverhalten Geflüchteter zu bedingen. Forschungsbedarf besteht darin, diese Gemengelage bezogen auf die Situation geflüchteter Frauen in Deutschland besser zu verstehen, um adäquate Angebote konzipieren und bereithalten zu können.

Aufenthaltsrechtliche Illegalität

Die fehlende – oder als nicht realisierbar wahrgenommene – Möglichkeit, rechtliche Ansprüche geltend zu machen, stellt ein wichtiges Kennzeichen der Lebenslage Illegalität dar. Betroffene

sind hierdurch häufig gezwungen, Umstände hinzunehmen, gegen die sie sich in einer durch Rechtssicherheit gekennzeichneten Situation wehren würden. Zudem unterscheidet sich die Situation illegalisierter Migrantinnen von der zugewanderter Frauen mit legalem Aufenthaltsstatus dadurch, dass erstere stärker Gewalt und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, weniger Zugang zu Informationen über ihre Rechte und zu Beratungsstellen haben und aus Angst vor Abschiebung oder anderen Repressalien häufig darauf verzichten, Anzeige gegen Täter/innen zu erstatten. Eine Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität kann die deprivierte Lage der Betroffenen weiter verschärfen. Eine gezielte und umfassende Erforschung der Situation betroffener Frauen steht jedoch noch aus.

Lebenssituation

Die Wohn- und Lebensbedingungen geflüchteter Frauen – insbesondere solcher im Asylverfahren – sind gemäß dem Stand der Forschung äußerst prekär und gesundheitlich sowie emotional belastend. Schwangeren Frauen und Müttern mit kleinen Kindern wird gesetzlich durch die EU-Richtlinie 2013/33/EU eine besondere Schutzbedürftigkeit zuerkannt. Ihre Möglichkeiten, die hieraus resultierenden Rechte wahrzunehmen, sind jedoch defizitär. Vor diesem Hintergrund bestehen Forschungsdesiderata darin, die strukturelle Benachteiligung schwangerer, geflüchteter Frauen sichtbarer zu machen. Hierzu sollten systematisch die schädlichen Effekte rekonstruiert werden, die diese Benachteiligung im Hinblick auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Betroffenen haben kann. In diesem Zusammenhang sollten auch unterschiedliche Unterbringungsformen als Variable mitberücksichtigt werden. Zugleich sollte der Blick auf die Identifikation von Ressourcen und Schutzfaktoren gerichtet werden sowie auf mögliche Beispiele guter Praxis im Aufnahme- und Unterbringungsverfahren schwangerer, geflüchteter Frauen, um auf dieser Grundlage positive Forderungen formulieren und bessere Angebote konzipieren zu können.

05 Literatur

Abels, Ingar/Kurmeyer, Christine/Merkle, Isabell (2017): Charité für geflüchtete Frauen. Women for Women. Jahresbericht 2016. Berlin.

Alhasanat, Dalia/Fry-McComish, Judith (2015): Postpartum Depression among Immigrant and Arabic Women: Literature Review. In: Journal of immigrant and minority health, H. 17 (6), S. 1882–1894

Anderson, Phillip (2003): „Dass Sie uns nicht vergessen ...“. Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München. Sozialreferat der Landeshauptstadt München. München

Aptekman, Marina/Rashid, Meb/Wright, Vanessa/Dunn, Sheila (2014): Unmet contraceptive needs among refugees. In: Canadian family physician/Medecin de famille canadien, H. 60 (12), S. 613–619

Aumüller, Jutta/Daphi, Priska/Biesenkamp, Celine (2015): Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen. Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement. Robert Bosch Stiftung GmbH. Stuttgart. → www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie_Aufnahme_Fluechtlinge_2015.pdf (Zugriff 01.08.2017)

BAMF (2016a): Asylantragsteller in Deutschland im Jahr 2015. Sozialstruktur, Qualifikationsniveau und Berufstätigkeit. BAMF-Kurzanalyse. Unter Mitarbeit von Anna-Katharina Rich. Nürnberg. → www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse3_sozial-komponenten.pdf (Zugriff 28.07.2017)

BAMF (2016b): Migrationsbericht 2015. Zentrale Ergebnisse. → www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015-zentrale-ergebnisse.pdf (Zugriff 28.07.2017)

BAMF (2018): Schutzformen → www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Schutzformen/schutzformen-node.html (Zugriff 08.05.2018)

BAMF (2017): Geflüchtete Frauen in Deutschland: Sprache, Bildung, Arbeitsmarkt. BAMF-Kurzanalyse 2017. Unter Mitarbeit von Susanne Worbs und Tatjana Baraulina. Nürnberg. → www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse7_gefluechtete-frauen.pdf (Zugriff 06.08.2017)

Bekyol, Yasemin/Bendel, Petra (2016): Die Aufnahme von weiblichen Flüchtlingen und Asylbewerbern in der EU-Fallstudie Belgien und Deutschland. Studie für den FEMM-Ausschuss. Europäische Union. Brüssel. → [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571364/IPOL_STU\(2016\)571364_DE.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571364/IPOL_STU(2016)571364_DE.pdf) (Zugriff 28.07.2017)

BMFSFJ (2017): Gelebte Vielfalt: Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. → www.bmfsfj.de/blob/116880/83c02ec19d7868048f697f2/gelebte-vielfalt-familien-mit-migrationshintergrund-in-deutschland-data.pdf (Zugriff 04.07.2017)

Bommes, Michael/Wilms, Maren (2007): Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück im Auftrag des Rates der Stadt Köln. Köln

Borde, Theda/David, Matthias (Hg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M.

Borde, Theda/David, Matthias (Hg.) (2011): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Frankfurt a. M.

Borde, Theda/David, Matthias/Gerstner, Brigitte/Hemmerling, Anke/Kenteninich, Heribert (2003): Aspekte der Versorgung von Migrantinnen in Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M., S. 105–115

Bozorgmehr, Kayvan/Mohsenpour, Amir/Saure, Daniel/Stock, Christian/Loerbroks, Adrian/Joos, Stefanie/Schneider, Christine (2016a): Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, H. 59 (5), S. 599–620

Bozorgmehr, Kayvan/Nöst, Stefan/Thaiss, Heidrun M./Razum, Oliver (2016b): Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, H. 59 (5), S. 545–555

Braun, Tanja/Brzank, Petra/Würflinger, Wiebke (2003): Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten – ein europäischer Vergleich. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M., S. 120–141

Brenne, S./David, M./Borde, T./Breckenkamp, J./Razum, O. (2015): Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, H. 58 (6), S. 569-576

Bundeszentrale für politische Bildung (2017): Zahlen zu Asyl in Deutschland.
→ www.bpb.de/politik/innenpolitik/flucht/218788/zahlen-zu-asyl-in-deutschland
(Zugriff 24.07.2017)

Castañeda, Heide (2009): Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. In: Social science & medicine (1982), H. 68 (8), S. 1552–1560

Classen, Georg (2016): Existenzsicherung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz als Grundrecht. Flüchtlingsrat Berlin e.V. → www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/AsylbLG_kurz.pdf (Zugriff 04.08.2017)

Dilger, Hansjörg/Dohrn, Kristina (Hg.) (2016): Living in Refugee Camps in Berlin. Women's Perspectives and Experiences. Berliner Beiträge zur Ethnologie. Band 40. Berlin

Dixius, Andrea/Möhler, Eva (2017): Komplexe Krisenintervention bei einem 16-jährigen schwangeren Mädchen nach unbegleiteter Flucht aus Eritrea. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, H. 45 (1), S. 69–74

Erlenmaier, Mara/Haumann, Sabrina/Löbe, Lisa/Mellies, Carlotta/Schirop, Hannah (2016): „We Want to Build Our Future Here in Germany“ – Longing for Self-Determination in an Emergency Camp. In: Hansjörg Dilger und Kristina Dohrn (Hg.): Living in Refugee Camps in Berlin. Women's Perspectives and Experiences. Berliner Beiträge zur Ethnologie. Band 40. Berlin, S. 181–232

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

Flüchtlingsrat Berlin (2015): Stellungnahme zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzesentwurf. Unter Mitarbeit von Georg Classen. → www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/FlueRatBln_Stellungnahme_AsylG_2015.pdf (Zugriff 16.07.2017)

Franz, Adelheid (2003): Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a.M., S. 143–151

Frings, Dorothee (2017): Reproduktive Gesundheit von Migrantinnen in prekären Aufenthaltssituationen. In: Zeitschrift des deutschen Juristinnenbundes (djbZ), H. 1/2017, S. 14–15

- Hacker, Karen/Anies, Maria/Folb, Barbara L./Zallman, Leah (2015):** Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. In: Risk management and healthcare policy, H. 8, S. 175–183
- Huschke, Susann (2013):** Kranksein in der Illegalität: Undokumentierte Lateinamerikanerinnen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie. Bielefeld
- IPPF (1997):** IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte. Deutsche Fassung: pro familia Bundesverband. Frankfurt a.M. (1997) / International Planned Parenthood Federation (IPPF). London (1996) → www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/ippf_charta.pdf (Zugriff 13.10.2017)
- IPPF (2009):** Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung. London. → www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf (Zugriff 13.10.2017)
- 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. ICRH – International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Faculty of Medicine and Health Science. Gent
- Johansson, Susanne (2016):** Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs Integration und Migration. Unter Mitarbeit von David Schiefer und Nora Andres. Berlin
- Kastner, Kristin (2007):** „My baby is my paper!“. familiäre Bindungen nigerianischer Migrantinnen auf dem Weg nach Europa. H. 42 (2), S. 251–273. → www.ssoar.info/ssoar/handle/document/35629 (Zugriff 10.07.2017)
- Kühne, Anna (2014):** Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. Hamburg. → <https://d-nb.info/1060484552/34> (Zugriff 15.06.2017)
- Kurth, Elisabeth/Jaeger, Fabienne N./Zemp, Elisabeth/Tschudin, Sibil/Bischoff, Alexander (2010):** Reproductive health care for asylum-seeking women – a challenge for health professionals. In: BMC public health, H. 10, S. 659
- Lamshöft, Maïke (2011):** Schwanger und im Konflikt – Familienplanung bei undokumentierten Migrantinnen in Berlin. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Frankfurt a.M., S. 73–80

Lehmann, Aimee (2002): Safe abortion: a right for refugees? In: Reproductive health matters, H. 10 (19), S. 151–155

Lindquist, A./Noor, N./Sullivan, E./Knight, M. (2015): The impact of socioeconomic position on severe maternal morbidity outcomes among women in Australia: a national case-control study. In: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, H. 122 (12), S. 1601–1609

Lutz, Helma (2008): Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Opladen/Berlin/Toronto

Masterson, Amelia Reese/Usta, Jinan/Gupta, Jhumka/Ettinger, Adrienne S. (2014): Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. In: BMC women's health, H. 4:25/2014, S. 1–8. → <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6874-14-25?site=bmcwomenshealth.biomedcentral.com> (Zugriff 28.10.2017)

Mortensen, Laust Hvas/Helweg-Larsen, Karin/Nybo Andersen, Anne-Marie (2011): Socioeconomic differences in perinatal health and disease. In: Scandinavian Journal of Public Health, H. 39(7)/2011, S. 110–114. → <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494811405096> (Zugriff 14.06.2017)

Müller, Andreas (2013): Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland. Fokusstudie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetz (EMN). EMN Working Paper 55. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge/ Europäisches Migrationsnetzwerk. Nürnberg. → www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Studien/wp55-emn-organisation-und-aufnahme-asylbewerber.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 26.07.2017)

Murray, Susan F./Bacchus, Loraine (2005): Patient safety and adverse maternal health outcomes: the missing social inequalities „lens“. In: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, H. 112 (10), S. 1339–1343

Mylius, Maren (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Bielefeld

O'Mahony, J./Donnelly, T. (2010): Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. In: Journal of psychiatric and mental health nursing, H. 17 (10), S. 917–928

O'Mahony, J. M./Donnelly, T. T. (2013): How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? In: Journal of psychiatric and mental health nursing, H. 20 (8), S. 714–725

Ottersbach, Markus/Wiedemann, Petra (2017): Die Unterbringung von Flüchtlingen in nordrhein-westfälischen Kommunen. Aspekte eines integrierten Gesamtkonzepts zur nachhaltigen Integration von Flüchtlingen am Beispiel der Stadt Köln. Gefördert durch das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW). Unter Mitarbeit von Deborah Fänderich. Düsseldorf. → www.th-koeln.de/mam/downloads/deutsch/hochschule/aktuell/nachrichten/fo1/expertise_fgw.pdf (Zugriff 12.07.2017)

Rabe, Heike (2015): Effektiver Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt – auch in Flüchtlingsunterkünften. Policy Papier Nr. 32. Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin

Racape, Judith/Schoenborn, Claudia/Sow, Mouctar/Alexander, Sophie/Spiegelaere, Myriam de (2016): Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. In: *BMC pregnancy and childbirth*, H. 16, S. 75

Razum, O./Wenner, J./Bozorgmehr, K. (2016): Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. In: *Gesundheitswesen*. H. 78 (11), S. 711–714

Razum, Oliver/Reeske, Anna/Spallek, Jacob (2011): Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr in der Migration: gesundheitliche Herausforderungen. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration*. Frankfurt a.M., S. 57–72

Rinderer, Ulrike (2009): Im Schattendasein. Die Gesundheitssituation und die Gesundheitsversorgung von Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ in Deutschland. Diplomarbeit. Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales. → http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2010/921/pdf/sp_d.10.24.pdf (Zugriff 21.07.2017)

RKI (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin. → www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/migration_node.html (Zugriff 05.08.2017)

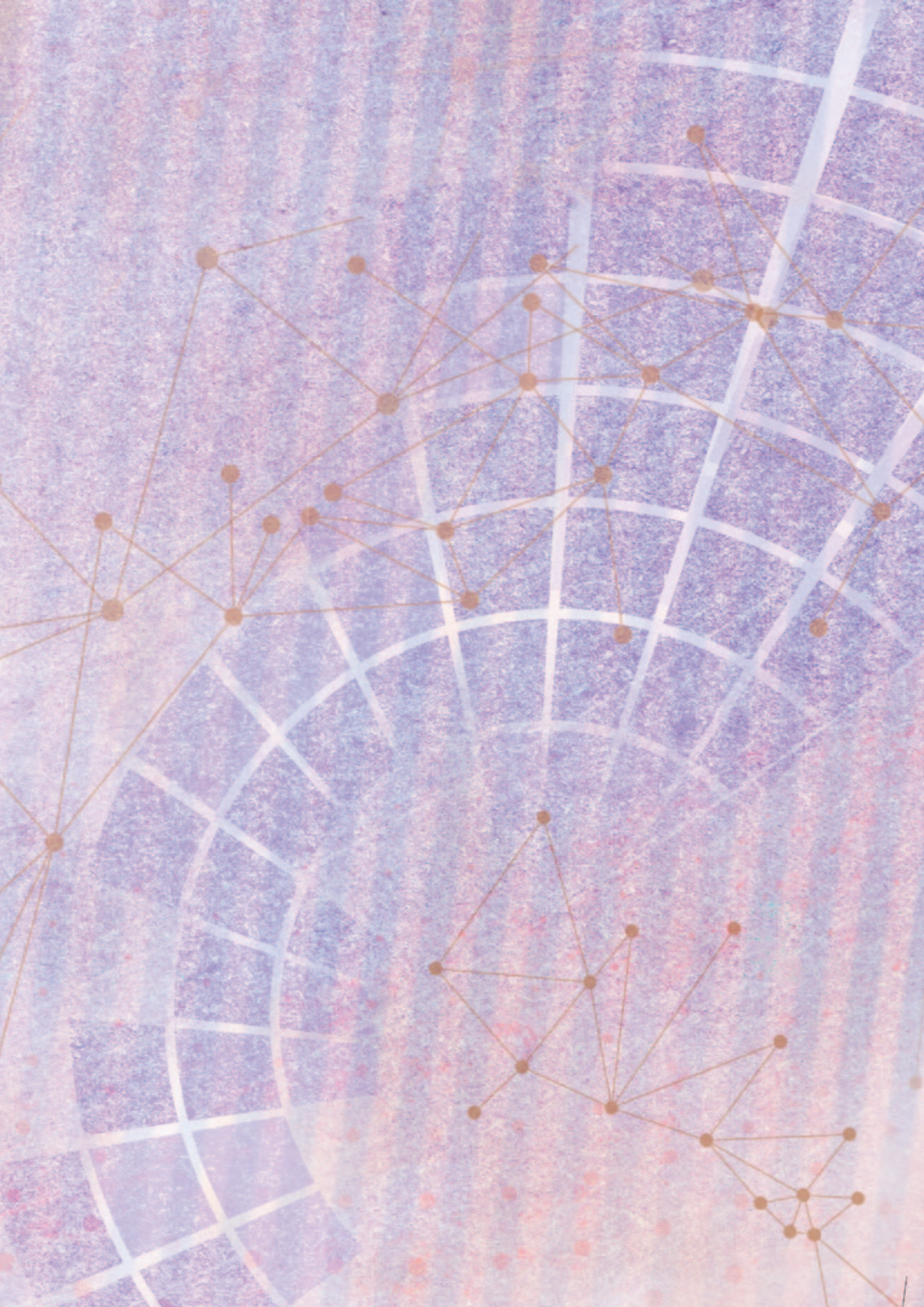
RKI (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring*, H. 2 (1) → www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage1b.pdf (Zugriff 14.02.2018)

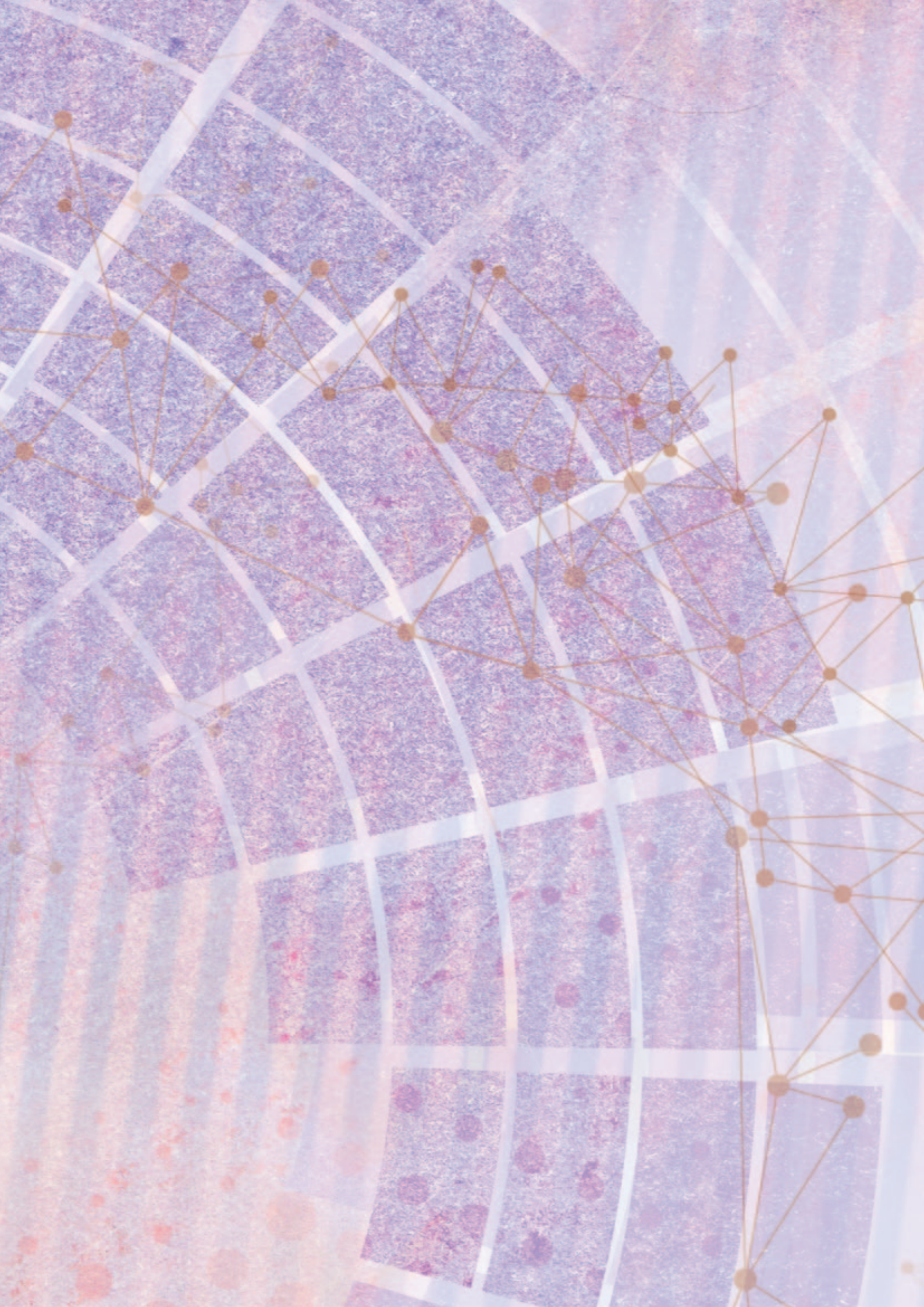
Schmidt, Kerstin (2015): Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Berlin. → www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPTK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf (Zugriff 02.08.2017)

- Schmied, Virginia/Black, Emma/Naidoo, Norell/Dahlen, Hannah G./Liamputtong, Pranee (2017):** Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: A meta-ethnographic study. In: PloS one, H. 12 (3), S. e0172385
- Schouler-Ocak, Meryam/Kurmeyer, Christine (2017):** Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin
- Seyler, Helga (2015):** Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. In: pro familia Medizin. Der Familienplanungsrundbrief, H. 3, S. 1–5. → www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/profa_medizin-3_2015.pdf (Zugriff 15.06.2017)
- Spencer, Rachel/Usta, Jinan/Essaid, Aida/Shukri, Shirin/El-Gharaibeh, Yasemine/Abu-Taleb, Hala et al. (2015):** Gender-Based Violence Against Women and Girls Displaced by the Syrian Conflict in South Lebanon and North Jordan: Scope of Violence and Health Correlates. United Nations Population Fund Lebanon/Alianza por la Solidaridad. → www.alianzaporlasolidaridad.org/wp-content/uploads/GBV-Against-Women-and-Girl-Syrian-Refugees-in-Lebanon-and-Jordan-FINAL.pdf (Zugriff 28.10.2017)
- Srikanok, Somjet/Parker, Daniel M./Parker, Amber L./Lee, Tracey/Min, Aung Myat/Ontuwong, Pranee et al. (2017):** Empirical lessons regarding contraception in a protracted refugee setting: A descriptive study from Maela camp on the Thai-Myanmar border 1996 – 2015. In: PloS one, H. 12 (2), S. e0172007
- UNFPA (2014):** Situation Analysis of Youth in Lebanon Affected by the Syrian Crisis. United Nations Population Fund (UNFPA). → <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/YSA-SyriaCrisis-FullReport.pdf> (Zugriff 28.10.2017)
- 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. In: Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, H. 90 (9), S. 1010–1016
- Vangen, S./Eskild, A./Forsen, L. (2008):** Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. In: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, H. 115 (10), S. 1309–1315
- Vogel, Dita/Abner, Manuel/Mitrovic, Emilija/Kühne, Anna (2009):** Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Diakonisches Werk Hamburg. Hamburg. → www.ew.uni-hamburg.de/ueber-die-fakultaet/personen/neumann/files/diakonie-endfassung.pdf (Zugriff 21.07.2017)

Wendel, Kay (2014): Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland: Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Förderverein PRO ASYL e.V. Frankfurt a.M. Frankfurt a.M.

Wolff, Hans/Epiney, Manuella/Lourenco, Ana P./Costanza, Michael C./Delieutraz-Marchand, Jacqueline/Andreoli, Nicole et al. (2008): Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. In: BMC public health, H 8 (93), S. 1–10 → <https://pdfs.semanticscholar.org/ecc6/e805d9ff40b248adaf4b064440ofae629f21.pdf> (Zugriff 04.08.2017)





Diese Publikation ist im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ entstanden. Basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche wird der aktuelle Forschungsstand zu Lebensbedingungen, Gesundheitszustand und Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten und Leistungen schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland herausgearbeitet. Orientiert am Konzept sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte werden Perspektiven für notwendige, zukünftige Forschung abgeleitet.