

Fachdialognetz
für schwangere, geflüchtete Frauen

Erkenntnisse
Fachkräfte
und Handlungs-
im
empfehlungen
Dialog

Abschlussbericht
des
Modellprojekts

Impressum

Herausgeber:

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

Erstellt von:

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

Kommunikation und Gestaltung:

MedienMélange: Kommunikation!

Bildnachweise:

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

klimaneutral gedruckt

www.fachdialognetz.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Liebe Leser*innen,



Pro familia bietet als führender und unabhängiger Verband für Sexualität und Partnerschaft in Deutschland seit Jahrzehnten direkte Unterstützung und Beratung für alle Menschen unabhängig von ihrer Herkunft. Auch schwangere, geflüchtete Frauen finden bei pro familia professionelle Ansprechpartner*innen. Die hohe Zuwanderung von Menschen auf der Flucht in den letzten Jahren offenbarte neue und komplexe Ansprüche an das psychosoziale und geburtshilfliche Versorgungssystem. Ansprüche, die von einzelnen Einrichtungen, Vereinen, Institutionen und Behörden allein nicht bewältigt werden können.

Mit jahrelanger Erfahrung und Expertise im Feld und mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend machte sich pro familia im Rahmen eines Modellprojekts auf den Weg, genau für dieses Problem Lösungen im Sinne der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu

suchen. Das erklärte Ziel: gemeinsam mit professionellen und ehrenamtlichen Akteuren die Angebotslandschaft für schwangere Geflüchtete durch den Fachdialog und umfassende Fachinformationen zu verbessern. In diesem Heft werden die Erfahrungen, Erkenntnisse und Empfehlungen des Modellprojekts vorgestellt. Sie sollen auch nach Projektende den fachlichen und öffentlichen Diskurs bereichern und die Arbeit von Fachkräften und ehrenamtlich Engagierten erleichtern. Mehr noch sollen sie langfristig dazu beitragen, die Lebensbedingungen und die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen in Deutschland zu verbessern. ■

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihre Dörte Frank-Boegner,
Vorstandsvorsitzende
pro familia Bundesverband
(September 2019)



40



22



16

45

pr-familia

Checkliste für schwangere Migrantinnen
für die Zeit vor, während und nach der Geburt

قائمة فحص للمهاجرات الحوامل لفترة ما قبل الولادة وأثناءها وبعدها

pr-familia

Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen

Forschung zu Schwangerschaft und Flucht
Aktuelle Befunde und Forschungslücken

pr-familia

Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen

Medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen.
Eine Bestandsaufnahme

Inhalt

- 
- 03 — Vorwort
 - 06 — Auf einen Blick – Ziele und Maßnahmen des Projekts
 - 08 — Das Projekt in Zahlen
 - 10 — Erfahrungen im Austausch – Interview mit Projektkoordinatorinnen
 - 16 — Treffpunkt Dialog – Veranstaltungen des Projekts
 - 22 — Gastbeitrag – Schwangerschaft, Flucht und Gesundheit
 - 32 — Fachkräfte im Porträt
 - 40 — Netz im Netz – Interview zur webbasierten Datenbank des Projekts
 - 45 — Publikationen
 - :: Zweisprachige Checklisten für schwangere Migrantinnen
 - :: Schwangerschaft und Flucht – Stand der Forschung
 - :: Bestandsaufnahme zu medizinischen und psychosozialen Angeboten
 - 50 — Was es braucht – Projektergebnisse
 - 53 — Das können wir tun – Handlungsempfehlungen
 - :: Für Netzwerke
 - :: Für Fachakteure
 - 64 — Überprüfen und verbessern – zur Evaluation des Projekts
 - 66 — Projektbeteiligte

Auf einen Blick

Was brauchen
schwängere,
geflüchtete
Frauen?

Wie können
Fachkräfte sie
gut begleiten?

Das Modellprojekt
formuliert klare
Ziele und
konkrete
Maßnahmen.

Fokus auf schwängere, geflüchtete Frauen
Fluchterfahrungen stellen insbesondere für schwängere Frauen ein gesundheitliches Risiko dar. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung des Landes, in dem sie Zuflucht suchen, sind sie gesundheitlich stärker gefährdet und benachteiligt. Psychosoziale, medizinische und weitere Hilfen erhalten sie nur unter Schwierigkeiten. Wie sehr sich der barriere- und diskriminierungsfreie Zugang zu gesundheitlichen Angeboten und rechtbasierter Beratung für Betroffene verbessert, gilt daher als Gradmesser für die Umsetzung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Zugleich ist es ein wichtiges integrations- und gesundheitspolitisches Ziel. Dieses Ziel wird umso dringlicher, da die tatsächliche Zahl schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland unbekannt ist, belastbare Daten zu ihrem gesundheitlichen Zustand fehlen und sie ganz unterschiedliche Unterstützung benötigen. Fachpolitisch und praktisch ergibt sich daraus die Frage: Wie können medizinisches Personal und psychosoziale Fachkräfte so gestärkt und unterstützt werden, dass gesund-

heitliche Bedarfe von geflüchteten Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erkannt, beachtet und adressiert werden? Für diese Frage hat das Modellprojekt Erkenntnisse gesammelt und Handlungsempfehlungen erarbeitet.

Projektziele

Das Modellprojekt, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) von November 2016 bis Oktober 2019 (an den regionalen Projektstandorten von Mai 2017 bis April 2019) gefördert wurde, verfolgte zwei Kernziele. Zum einen ging es darum, den Hilfe- und Unterstützungsbedarf schwangerer, geflüchteter Frauen im Dialog mit Fachkräften zu erfassen. Gerade dazu ist im Fachdiskurs bisher sehr wenig bekannt. Fachpublikationen sollen die Bedarfe dokumentieren und konkrete Unterstützung im Arbeitsalltag anbieten. Zum anderen wurden in Kooperation mit multidisziplinären und trägerübergreifenden Fachkräften Vernetzungshilfen – regional und webbasiert – erprobt. Aus dieser Zielsetzung leiten sich drei zusammenhängende Arbeitsschwerpunkte des Projekts ab.

Ziele des Modellprojekts

- Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs zur Wahrung und Wahrnehmung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) schwangerer, geflüchteter Frauen
- Erprobung von Vernetzungshilfen für Akteure verschiedener Institutionen, die Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen vorhalten

Arbeitsschwerpunkte



Regionale Vernetzung

Im Mai 2017 nahmen acht Fachinformations- und Vernetzungsstellen ihre Arbeit auf. Sie waren bundesweit an pro familia Beratungsstellen in den Standorten Berlin, Bremen, Erfurt, Gießen, Hamburg, Karlsruhe, Leipzig und Mainz angegliedert. Zunächst ging es darum, die vorhandenen

regionalen Netzwerke und Arbeitskreise für die Belange von schwangeren Geflüchteten zu sensibilisieren. Ziel war es, Akteure zu identifizieren, die vor Ort bereits mit schwangeren, geflüchteten Frauen arbeiten. Daraus resultierende Kooperationen deckten dann die Themen auf, zu denen es die größten Informationsdefizite und dringendsten Handlungsbedarfe gab. Diesen Bedarfen schenkte das Fachdialognetz die größte Aufmerksamkeit. Die Fachkoordinatorinnen organisierten Fachveranstaltungen und Konferenzen zu Themen, die für die Versorgung von höchster Relevanz waren. Darüber hinaus boten diese Veranstaltungen den Teilnehmenden immer genügend Freiraum zum gegenseitigen Kennenlernen, für Gespräche und Austausch. So konnten sie gemeinsame Aktivitäten oder Angebote anschieben und planen, ohne zwingend neue Arbeitskreise initiieren zu müssen. Ein Erfolgsrezept der zumeist ausgebuchten Veranstaltungen, das sich über den gesamten Projektzeitraum bewährte.

Webbasierte Vernetzung

Neben den regionalen Vernetzungsaktivitäten war die Etablierung und Erprobung einer Online-Datenbank ein weiterer zentraler Arbeitsschwerpunkt. Die Datenbank des Fachdialognetzes bietet einen ständig aktualisierten Überblick über Fachangebote und fachbezogene Termine. Sie bündelt die häufig unübersichtliche Vielfalt der Anlaufstellen und ermöglicht eine effektive

Suche. Zudem erleichtert ein Überblick über Konferenzen, Schulungen, Workshops oder Diskussionsrunden den Zugang zu Weiterbildung und die Vertiefung von Fachwissen. Die Datenbank ermöglicht außerdem den Zugriff auf einen Pool von Expert*innen, die ihr Wissen gerne weitergeben. Schließlich bietet die Mediathek den Nutzer*innen einen Fundus an Materialien und Dokumenten – von wissenschaftlichen Publikationen und gesetzlichen Rahmenbedingungen über Stellungnahmen von Fachverbänden und Einrichtungen der Flüchtlingshilfe bis hin zu Erfahrungsberichten, Kongressdokumentationen und Best-Practice-Beispielen. Bedarfsspezifische Recherchemöglichkeiten erlauben einen benutzer*innenfreundlichen Informationszugriff auf über 1.000 Einträge.

Fachaufgaben

Um den Wissenstransfer zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik zu verbessern, wurden im Rahmen des Projekts Fachpublikationen erarbeitet und Fachgespräche organisiert. In diesem Rahmen wurden zwei Expertisen und ein zweisprachiger Wegweiser für schwangere Migrantinnen für die Zeit vor, während und nach der Geburt veröffentlicht. Bei zwei Fachgesprächen wurden im Jahr 2017 Expert*innen aus Wissenschaft und im Jahr 2018 Betreiber*innen von Online-Datenbanken für Geflüchtete zusammengebracht, um gemeinsam innovative und datengestützte Ansätze in der Versorgung zu suchen. ■

PROJEKTSTRUKTUR

10

Projektmit-
arbeiter*innen

8

Standorte

5

Projekt-
workshops



354

Termine

332

Angebote

Sehr viel Engagement
Gute Zusammenarbeit

WEBSITE

Datenbank mit über

1.000

Einträgen



283

**Dokumente in
der Mediathek**

41

Expert*innen



NETZWERK

Über

800

**Kontakte zu Fachpersonen
und Organisationen**

5



Fachpublikationen

Über

1.500

Teilnehmende

Über

3.000

Downloads

53

**selbst organisierte
Veranstaltungen**



Erfahrungen im Austausch



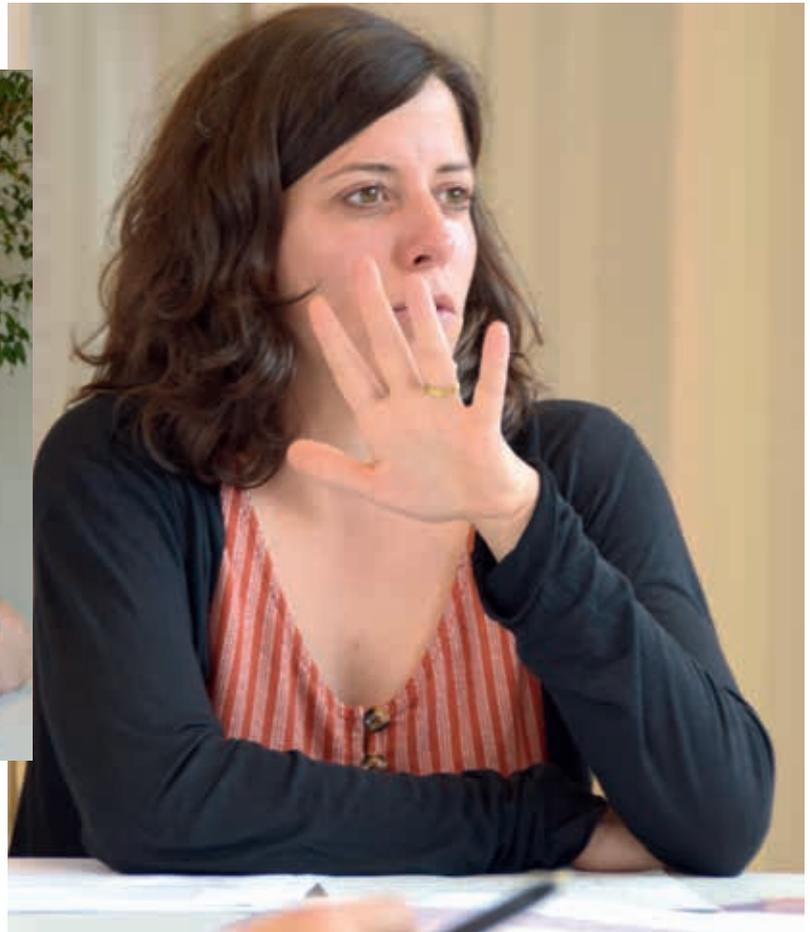
Vier
Fachkoordi-
natorinnen
berichten
im Gespräch
mit
Projektleiter
Dr. John Litau
von ihren
Erfahrungen
aus zwei
Jahren
Fachdialognetz.

**hr habt zwei Jahre lang als
Fachkoordinatorinnen an
verschiedenen Standorten für
das Fachdialognetz gearbeitet.
Was hat euch dazu bewegt,
diese Funktion zu übernehmen?**
Karin Kretschmer, Erfurt: Ich hatte
bis dahin noch nicht so viele
Berührungspunkte mit diesem
Thema, fand es jedoch wichtig,
mich damit auseinanderzuset-
zen. Ich wollte prüfen: Sind meine
Vorstellungen realitätsnah?
Welche Hürden gibt es für diese
Frauen überhaupt und wie sehen
die aus? Zudem hat mich der Fokus
auf die Vernetzung sehr gereizt. Je
mehr Austausch stattfindet, desto
besser wissen wir auch insgesamt
als Beratungsstelle, wohin wir
vermitteln können.

Kerstin Erl-Hegel, Hamburg: Für
mich war entscheidend, dass das
Projekt organisatorisch bei pro
familia und das Thema inhaltlich
an die Wahrung der sexuellen



Kerstin Erl-Hegel, Hamburg (oben)
und Leonie Reichert, Mainz (rechts)



und reproduktiven Gesundheit und Rechte angebunden war. Das fand ich einfach eine fantastische Grundlage.

Kaya Rebe, Bremen: Ich bin ja aus personalplanerischen Gründen erst später als Koordinatorin eingestiegen, obwohl ich gern von Beginn an dabei gewesen wäre. Wir haben zu einer ähnlichen Zeit, als das Projekt anfing, noch ein anderes Projekt in Unterkünften für Geflüchtete konzipiert. Das habe ich selbst aber nicht durchgeführt. Darum war es für mich im Fachdialognetz interessant, noch mal auf einer anderen Ebene zu schauen, was es für Bedarfe gibt.

Leonie Reichert, Mainz: Mich hat neben dem Vernetzungsgedanken auch der Menschenrechtsansatz überzeugt. Die schwangeren, geflüchteten Frauen haben ein Recht auf

sexuelle Selbstbestimmung. Was können wir leisten, damit sie das auch in Anspruch nehmen können? Generell denke ich: Es braucht etwas Gemeinsames, um die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen zu verbessern.

Von der Motivation zur Arbeit. Ein Fokus des Projekts lag auf der Vernetzung von Fachkräften und Ehrenamtlichen, die mit schwangeren, geflüchteten Frauen arbeiten. Wie seid ihr an diese Aufgabe herangegangen?

Leonie Reichert: Zunächst habe ich recherchiert: Gibt es bei mir vor Ort überhaupt Angebote, die für schwangere, geflüchtete Frauen relevant sind? Welche? Dabei war es sehr hilfreich, dass pro familia in Mainz schon sehr gut vernetzt ist. So kam ich schneller mit den richtigen Ansprechpartner*innen in Kontakt und konnte das Fachdialognetz persönlich vorstellen

– entweder in Arbeitstreffen oder in Einzelterminen. Diese Gelegenheiten habe ich auch genutzt, um den konkreten Bedarf an Unterstützung abzufragen.

Karin Kretschmer: Für mich war es wichtig, die im Projekt entstandenen Materialien in den Fachkreisen zu streuen. Genau dafür haben wir ja all die Publikationen erarbeitet. Aber besonders unsere Online-Datenbank, die konstant gewachsen ist, war hier wichtig. Sie machte den Kooperationspartner*innen den Mehrwert der Projektarbeit und Zusammenarbeit deutlich.

Kaya Rebe: Die Anbindung des Fachdialognetzes an pro familia hat sehr dabei geholfen, Konkurrenzängste zwischen einzelnen Trägern zu vermeiden. Bremen ist nicht so groß, darum hatten wir in dieser Hinsicht ein bisschen Sorge. Weil pro familia





einen guten Namen hat, ist es vielen Akteuren leichter gefallen, in die Vernetzung zu gehen.

Karin Kretschmer: Ja, dieses Übergreifende von pro familia als Projektträger war ein großer Pluspunkt. In Erfurt und in Thüringen konnten wir auch über die Verbände der Wohlfahrtspflege gut in bestehende Netzwerke reinkommen. Das würde ich auch zukünftig empfehlen: die großen E-Mail-Verteiler zu allen relevanten Institutionen und Einrichtungen der bestehenden Verbände nutzen!

Kerstin Erl-Hegel: So ging es mir in Hamburg auch. Gleich zu Projektbeginn fand eine Fachtagung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung zu Frühen Hilfen statt – aus diesem Themenfeld komme ich ja eigentlich. Da konnte ich gleich Werbung fürs Fachdialognetz machen. Über den Hamburger Träger „fördern und wohnen“ bin ich direkt mit den Sozialarbeiter*innen in den Erstunterkünften in Kontakt

gekommen. Auch das DRK und der ASB mit ihren großen Verteilern waren gute Türöffner. Und: Die Einbindung von Sprachmittler*innen sowie Kooperationen und Vernetzung mit geflüchteten Frauen und Migrant*innen war eine wichtige Brücke zu den Betroffenen.

Bei mir saßen ganz am Anfang ausschließlich Fachkräfte in den Veranstaltungen. Später hatten die geflüchteten Frauen dann ein eigenes Podium.

Ihr habt also viel mit Expert*innen, Fachkräften und Ehrenamtlichen gesprochen. Welche Wünsche und Bedarfe dieser Akteure sind euch dabei begegnet?

Karin Kretschmer: Aus meiner Sicht gab es einen hohen Bedarf an fachlichem Austausch. Gerade zwischen Fachkräften, die in der

Flüchtlings- und Migrationsarbeit mit rechtlichem Beratungsschwerpunkt unterwegs sind, und Fachkräften, die Geflüchtete psychosozial und medizinisch begleiten.

Kaya Rebe: Viele Fachkräfte wünschten sich Veranstaltungen und Austausch zu speziellen Themen wie Genitalverstümmelung. Teilweise sind die Leute ganz konkret auf mich zugekommen und haben nach Themenveranstaltungen gefragt. Das war etwa beim Thema Trauer und Fehl- bzw. Totgeburt so. Die Mitarbeiter*innen wussten einfach nicht: Wie gehen wir für uns selbst damit um? Wie können wir Betroffenen gut zur Seite stehen? Was gibt es eigentlich für Angebote, die wir betroffenen Frauen vermitteln können?

Leonie Reichert: In Mainz gab es auch den konkreten Wunsch nach Materialien. Da war die Online-Datenbank des Projekts sehr hilfreich, weil ich wichtige Infos dort ablegen konnte und sich die Fachkräfte einen strukturierten



Karin Kretschmer, Erfurt (rechts)
und Dr. John Litau, pro familia Bundesverband
(ganz rechts)



Überblick über die unterschiedlichen Materialien zu den unterschiedlichen Themen verschaffen konnten.

Kerstin Erl-Hegel: Ich habe beobachtet, dass sich die Themen im Laufe des Projekts verändern. Am Anfang ging es viel um Berührungspunkte von Fachkräften: Die Frauen haben was Schlimmes erlebt, da spreche ich sie lieber auf gar nichts an, sonst könnte ich da was lostreten. Die erste Veranstaltung haben wir dann zu nonverbaler Kommunikation gemacht, um den Fachkräften zu vermitteln: Ihr könnt auch ohne Sprachkenntnisse jemanden auffangen und begleiten, gerade beim Thema Geburt. Wichtig waren auch die Veranstaltungen, in denen geflüchtete Frauen selbst zu Wort kommen. Fachkräfte haben diese Termine immer besonders gut besucht. Sie haben die Veranstaltungen als Chance genutzt, die Sicht der

Betroffenen zu hören und Fragen zu stellen, die sie sich im Klient*innenkontakt nicht zu stellen trauen.

Wenn eine Frau im Senegal Hebamme gelernt hat, ist sie für mich auch eine Fachkraft. Auch wenn sie nicht den Hintergrund mitbringt aus dem deutschen Tempel der Sozialarbeit oder der Erzieher*innen.

Ein sicherer Rückzugsort in der Erstunterkunft, Begleitung vor, während und nach der Geburt sowie die zuverlässige Versorgung von Geschwisterkindern – das sind Bedarfe, von denen ihr ebenso berichtet wie unsere Gesprächspartner*innen in der Publikation „Fachkräfte im

Dialog“. Was habt ihr im Projektzeitraum noch darüber erfahren, welche Bedarfe schwangere, geflüchtete Frauen mitbringen?

Kaya Rebe: Kostenlose Sprachmittler*innen sind ganz wichtig. Um zu verstehen, was da körperlich mit mir passieren soll, warum die andere Person jetzt bestimmte Dinge mit mir macht, oder überhaupt um Abläufe zu verstehen, braucht man jemanden, der wirklich neutral übersetzt und gut übersetzt. Das gilt übrigens auch für Behördengänge. Viele wünschen sich, von Migrant*innen betreut zu werden, die schon länger hier sind und schon Erfahrungen gesammelt haben.

Karin Kretschmer: Ja, es gibt einen großen Wunsch nach Transparenz: Warum macht die Ärztin das jetzt mit mir? Was ist der nächste Schritt? Geflüchtete Menschen erleben ja ständig, dass über ihren Kopf hinweg entschieden wird.



In Deutschland geht keiner mehr davon aus, dass bei der Geburt das Kind stirbt oder die Mutter. Das sind aber durchaus Ängste, die geflüchtete Schwangere unter Umständen mitbringen. Es ist wichtig, dass jemand diese Ängste sieht und auch nehmen kann.

Leonie Reichert: Schwangere, geflüchtete Frauen brauchen außerdem – wie eigentlich alle Geflüchteten – Verständnis für ihre besondere Situation. Fachkräfte müssen sensibel darauf reagieren, was Betroffene an Unsicherheiten mitbringen und warum sie sich deshalb vielleicht in gewissen Situationen anders verhalten, als Fachkräfte das gerade erwarten.

Kerstin Erl-Hegel: Ja, Fachkräfte sollten so geschult sein, dass sie Betroffenen Sicherheit geben können. Ich habe auch oft den Wunsch nach positiven Momenten erlebt. Manchmal kann ja schon eine Tasse Tee mit der Fachkraft so ein Wohlfühlmoment sein.

Neben der Vernetzung von Fachkräften standet ihr als Fachkoordinatorinnen zusätzlich vor der Aufgabe, euch untereinander auszutauschen – über alle acht Modellstandorte hinweg. Wie hat die Zusammenarbeit im

Team trotz oder auch mit dieser Entfernung funktioniert?

Leonie Reichert: Wir haben uns zweimal im Jahr zu einwöchigen Workshops in verschiedenen Städten getroffen. Da fand aus meiner Sicht der intensivste Austausch statt. Darüber hinaus konnten wir drei bis vier Mal im Jahr regionale Treffen initiieren, aufgeteilt nach Nord und Süd. Und mehrfach pro Jahr gab es eine Telefonkonferenz mit allen.

Kaya Rebe: Mir hat zudem der interne Bereich der Datenbank sehr geholfen. Vor allem das Forum war total wichtig, da konnte ich für alle Themen gut nachvollziehen, was schon gelaufen war. Die Workshop-Protokolle haben mir auch geholfen, in das Thema reinzukommen und den Überblick zu behalten.

Karin Kretschmer: Unsere gemeinsame Arbeit startete ja quasi mit einem gemeinsamen Workshop, das war damals in Mainz. Das fand ich richtig gut. Wir konnten uns als Team finden, unsere Aufgaben gemeinsam besprechen und klären, wie wir die angehen wollen. Danach war schon mal klar: Wir sind an den Standorten zwar allein, aber trotzdem ein gemeinsames Projekt.

Kerstin Erl-Hegel: Dafür war auch wichtig, dass wir ein außerordentlich nettes Team gewesen sind. Das ist ja auch nicht selbstverständlich. Wir konnten uns untereinander jede Frage stellen. Das fand ich sehr wohltuend.

Leonie Reichert: Von der Überregionalität konnten wir übrigens fachlich sehr profitieren. Zum Beispiel konnten wir uns austauschen, wie wir bestimmte Themen am besten angehen, wie wir schwierige Zielgruppen erreichen können oder wer gute Referent*innen empfehlen kann. Die Erfahrungen zu teilen, die wir an den Standorten gesammelt haben, das hatte einen großen Mehrwert.

Kerstin Erl-Hegel: Es war aber auch wichtig, Unterschiede zu merken. Was bei mir in Hamburg gut läuft, musste nicht automatisch woanders gut funktionieren.

Ihr habt als Projektkoordinatorinnen eure Aufgabe bereits beendet. Was bleibt vom Fachdialognetz?

Karin Kretschmer: Wir hinterlassen ganz viele Kontakte für alle Fachkräfte, die am Projekt teilhatten – und viel Wissen und wichtige Publikationen.

Kerstin Erl-Hegel: Außerdem konnten wir Hürden abbauen. Dank unserer Angebote haben sich außerdem Akteure vernetzt, von denen man dachte: Die kennen sich doch längst!

Leonie Reichert: Zu Beginn meiner Arbeit bin ich ganz viel gefragt worden: Haben schwangere, geflüchtete Frauen nicht eh Themen, die auch andere Frauen oder andere Geflüchtete haben? Es braucht aber einen Blick genau auf diese spezifische Gruppe, weil sie sehr spezifische Probleme und Bedarfe hat. Diesen Blick konnten wir schärfen.



[Kaya Rebe, Bremen \(links\)](#)

Und was muss sich weiter verbessern, damit schwangere, geflüchtete Frauen noch besser gesundheitlich versorgt werden können?

Kerstin Erl-Hegel: Alle Akteure und auch alle betroffenen Frauen müssen wissen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sind ein verankertes Recht und kein Zugeständnis.

Kaya Rebe: Genau. Ich finde es auch total wichtig, dass die Frauen ihre Bedarfe selber formulieren. Sie müssen einfach mit ins Boot geholt werden. Das funktioniert natürlich nur, wenn auch die Fachkräfte mitgehen und wissen, welche Möglichkeiten des Austauschs es gibt.

Leonie Reichert: Und da braucht es vielleicht auch noch mal die Vernetzung rein in die Communities. Migrant*innen-Selbstorganisationen können ein gutes Sprachrohr sein.

Karin Kretschmer: Wir dürfen außerdem die Behörden nicht aus dem Blick lassen. Bürokratische Hürden und strukturelle Diskriminierung müssen weiter abgebaut werden, damit Frauen besser Zugang zur Versorgung bekommen.

Wir haben mit einer persönlichen Frage begonnen. Zum Schluss möchte ich euch ebenfalls noch einmal etwas Persönliches fragen. Wie blickt ihr nach zwei Jahren Fachdialognetz auf das Thema und die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen?

Leonie Reichert: Zu Beginn des Projektes habe ich vor allem darauf geguckt: Was brauchen betroffene Frauen? Wie kann man sie unterstützen? Inzwischen stelle ich mir immer mehr die Frage: Wie schaffen wir es, Gesellschaft so zu gestalten, dass alle Menschen teilhaben können?

Kerstin Erl-Hegel: Mir ist sehr deutlich geworden, dass geflüch-

tete Frauen noch einmal etwas ganz Eigenes brauchen und wie wichtig es ist, zwischen Migration und Flucht zu unterscheiden. Und diesen Unterschied in der Arbeit mit den Frauen auch ernst zu nehmen.

Karin Kretschmer: Ich habe jetzt eine ganz andere Bewusstheit für die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen. Mir ist viel klarer geworden, dass sie eine sehr vulnerable Gruppe sind. Auch die gesellschaftlichen und strukturellen Hürden für diese Frauen sind mir jetzt viel bewusster.

Kaya Rebe: Ich sehe viel deutlicher, wie viel Engagement eigentlich bei ganz unterschiedlichen Akteuren vorhanden ist – und wie wichtig es ist, dass all die Institutionen, Organisationen und Ehrenamtlichen sich auch wirklich kennen und untereinander von ihrer Arbeit wissen. ■

Treffpunkt Dialog

Über 50 Veranstaltungen des Projekts boten unzählige Möglichkeiten zur Information und Vernetzung. Das zeigen auch diese drei Beispiele.



„Ich habe viele neue Infos für meine Arbeit erhalten.“

Hamburg, 18.4.2018

Im Behördenschungel

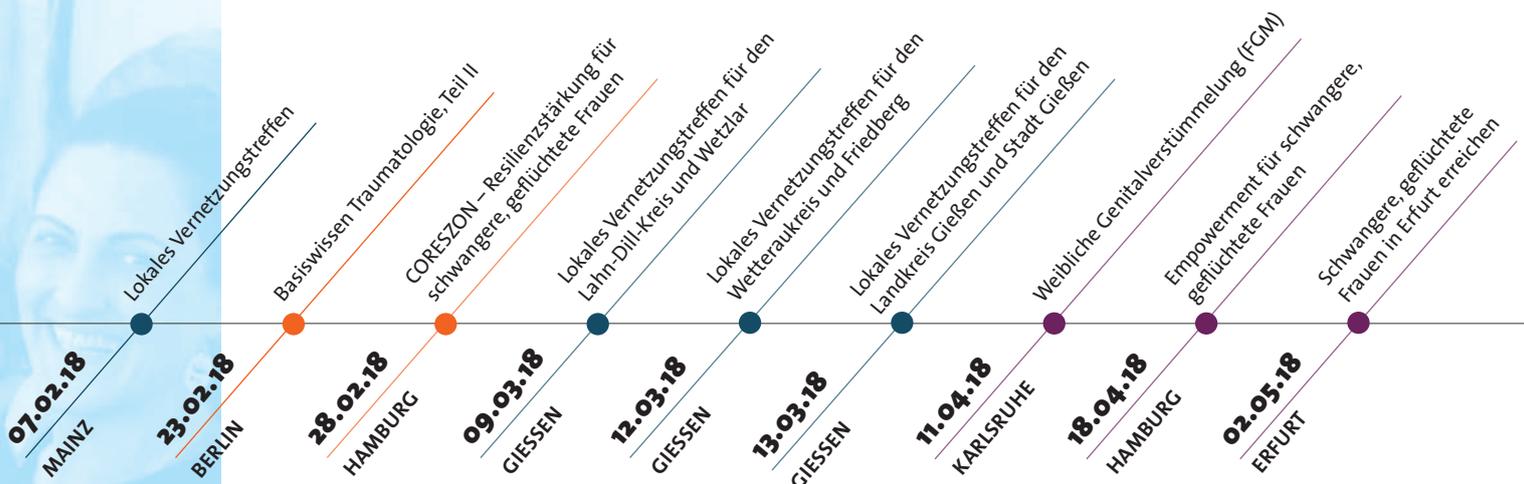
Die Fortbildung „Behörden-gänge vor und nach der Geburt für schwangere, geflüchtete Frauen“ am Standort Bremen richtete sich an Mitarbeiter*innen in Unterkünften für geflüchtete Menschen, Fachkräfte in der Arbeit mit geflüchteten Frauen und Ehrenamtliche. Die 20 Teilnehmenden kamen von ganz unterschiedlichen Trägern, Institutionen und Vereinen – gemeinsam war ihnen das Interesse, betroffene Frauen besser zu begleiten. Ein Fachvortrag vermittelte wesentliche Informationen unter anderem zu Mutterschutzregelungen, finanziellen Leistungen in der Schwangerschaft, Vaterschaftsanerkennung,



Mainz, 20.3.2019

Geburtsbescheinigungen, Elterngeld und Zugängen zur Hebammenversorgung. Anschließend diskutierten die Teilnehmenden im Plenum und tauschten sich über konkrete Abläufe aus. So kam zusätzlich zum fachlichen Input ein kollegialer Austausch zustande, die Teilnehmenden vernetzten sich und fanden konkrete Ansprechpersonen für ihre Arbeit. ■

„Es gab Raum für individuellen und bedarfsorientierten Austausch. Schön!“



„Ich konnte viel dazulernen heute.“

- Interaktive Tagung
- Fortbildung
- Dialogforum
- Fachgespräch
- Workshop

Empowerment!

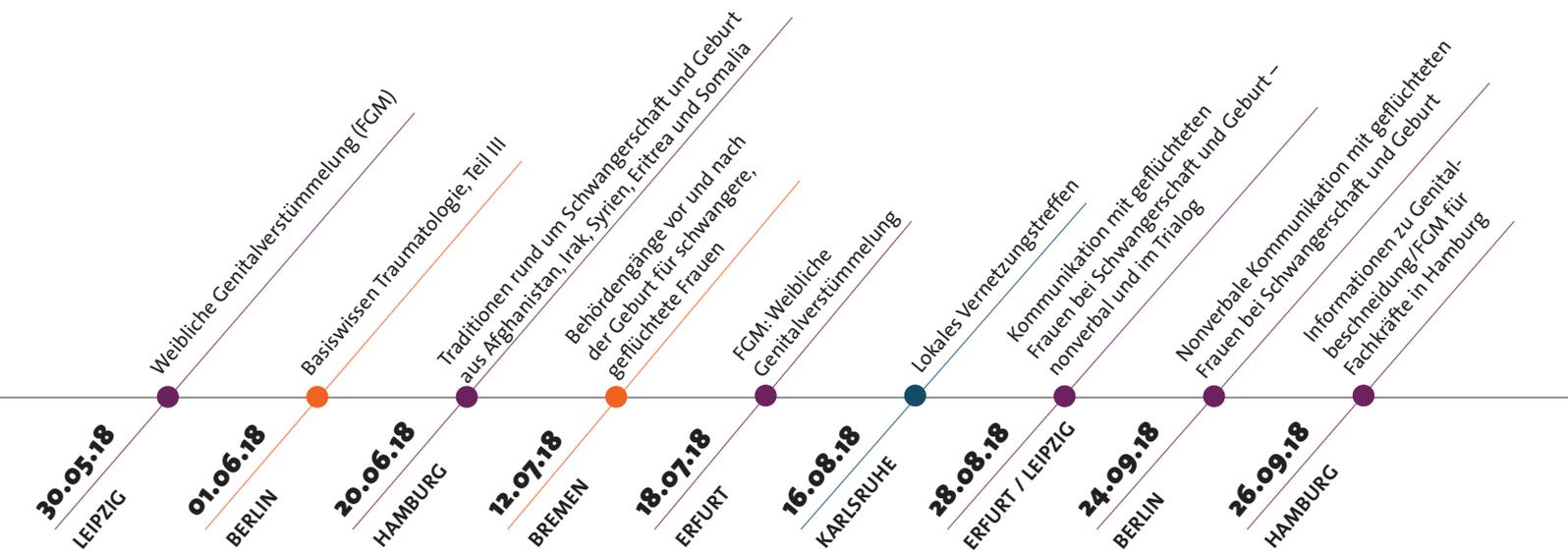
Die Veranstaltung „Empowerment für schwangere, geflüchtete Frauen“ fand am Modellstandort Hamburg statt. Die Teilnehmenden stellten sich der Frage, wie „neueingewandene“ Frauen selbstermächtigt handlungsfähig werden können – und was das konkret für Fachkräfte bedeutet. Die Veranstaltung wollte nicht nur Akteure verschiedener Bereiche, sondern auch unterschiedlicher Bezirke zur Auseinandersetzung und Vernetzung einladen. Der Workshop wurde von Fatuma Musa Afrah, einer Aktivistin mit eigener Fluchterfahrung, geleitet. In Kleingruppenarbeit arbeiteten die Teilnehmenden

unter anderem heraus, welchen Herausforderungen schwangere, geflüchtete Frauen begegnen. Besonders dringlich ist die Einsicht: Schwangere, geflüchtete Frauen sind dem medizinischen System häufig mehr ausgeliefert als von ihm geschützt. Um sie in einer Form von Selbstermächtigung zu unterstützen, benötigen sie Schutzräume. Diese einzurichten ist besonders wichtig. ■

„Wir waren eine unglaublich vielfältige Runde.“



Erfurt, 20.3.2019



„Eine sehr lebendige Veranstaltung!“

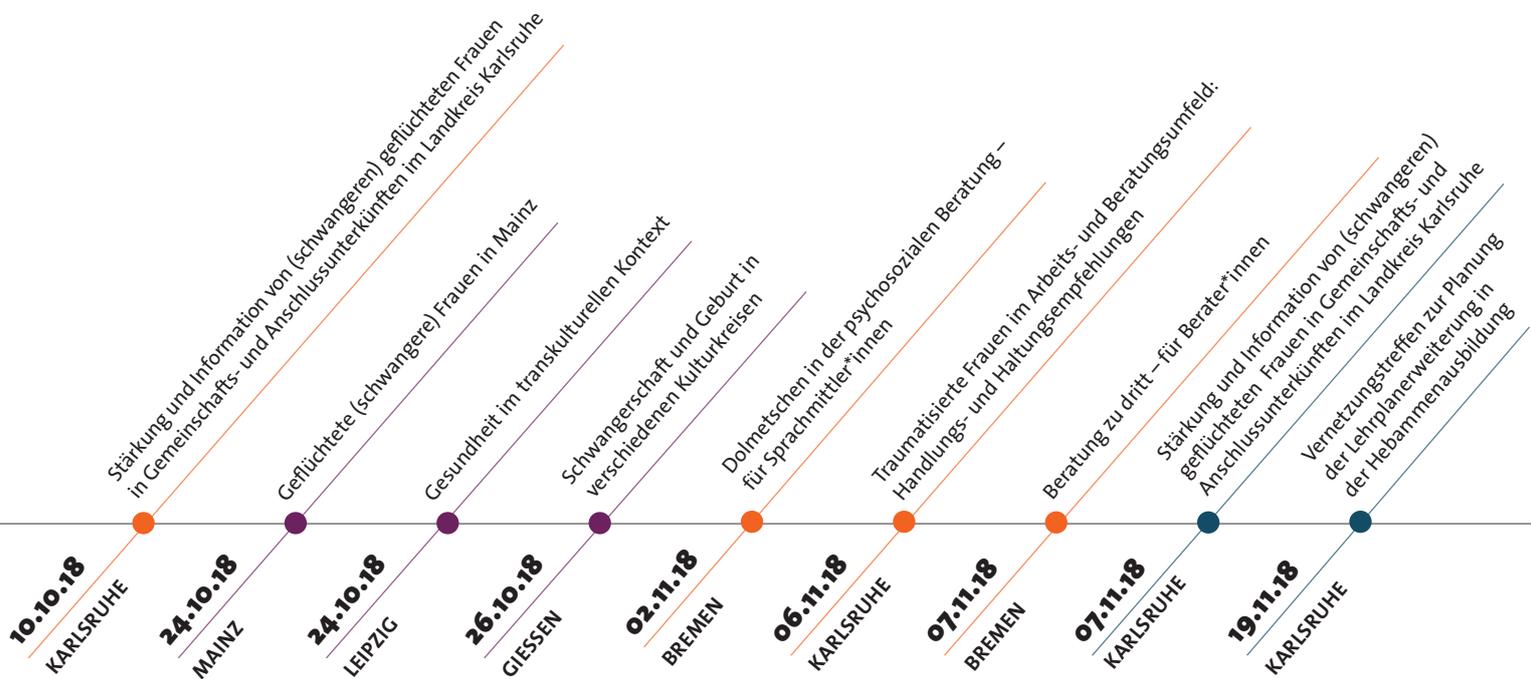


Berlin, 14.5.2019



Hamburg, 18.4.2018

„Gut, dass wir gemeinsam
an konkreten Fragen arbeiten
konnten!“



„Wir sollten öfter so direkt
zusammenkommen.“

- Interaktive Tagung
- Fortbildung
- Dialogforum
- Fachgespräch
- Workshop



Mainz, 24.10.2018

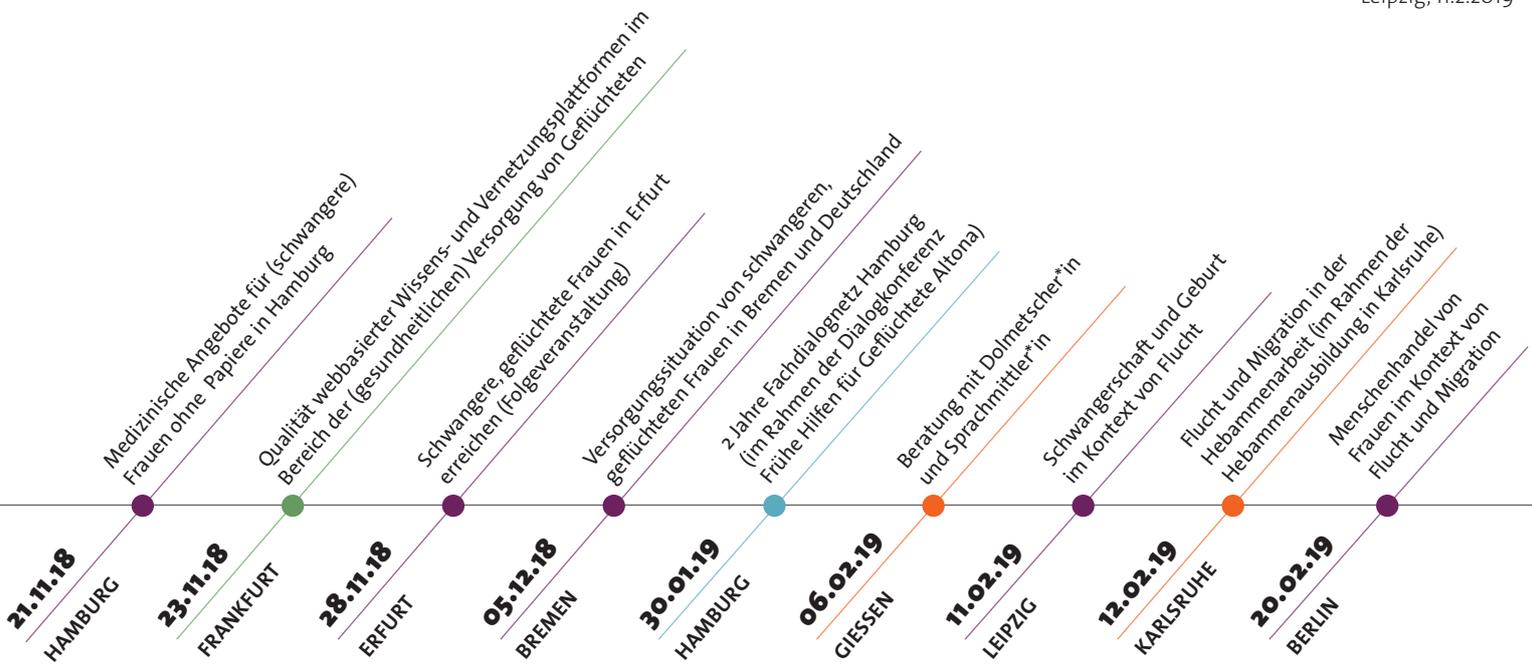


Hamburg, 20.6.2018



Leipzig, 11.2.2019

„Das Treffen heute war der erste Schritt in eine Veränderung.“



„Endlich mal gezielter Austausch – das tat richtig gut.“

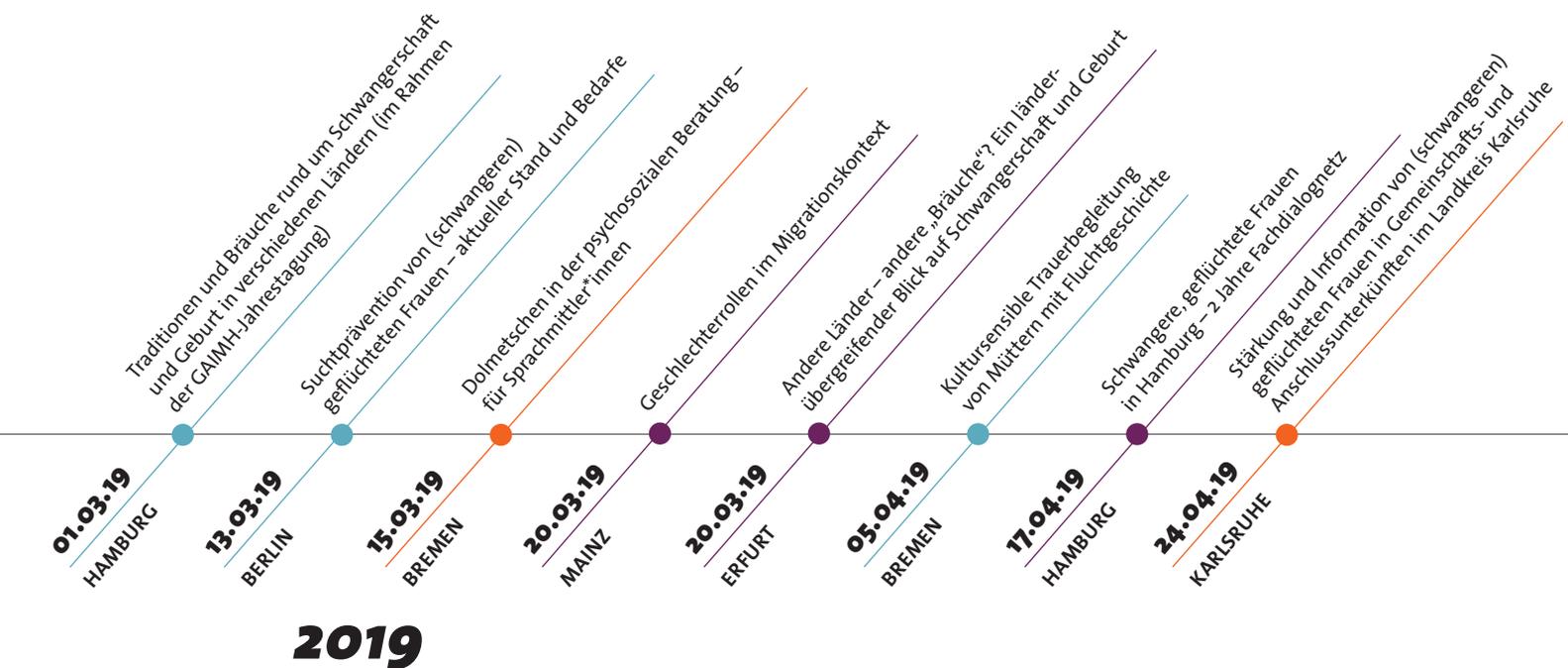
Mit anderen Augen

Die Tagung „Andere Länder – andere Bräuche? Ein länderübergreifender Blick auf Schwangerschaft und Geburt“ wurde von der Projektkoordinatorin am Standort Erfurt ausgerichtet. Sie fand in Kooperation mit dem Beauftragten für Integration und Migration der Stadt Erfurt statt. Aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse und Erfahrungsberichte von medizinisch und/oder in der Geburtshilfe ausgebildeten Frauen mit Flucht- bzw. Migrationserfahrung boten den

Teilnehmenden einen Einblick in strukturelle, gesellschaftliche und kulturelle Gemeinsamkeiten und Besonderheiten im Kontext von Schwangerschaft und Geburt in verschiedenen Ländern. Besonders im Fokus: Fragen zu Schwangerschaft im Allgemeinen, Rolle der Väter, Geburt und Wochenbett, Verhütung und Erfahrungen der Frauen in Deutschland. ■



„Direkt mit betroffenen Frauen zu sprechen war richtig gut.“



- Interaktive Tagung
- Fortbildung
- Dialogforum
- Fachgespräch
- Workshop

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

Schwangerschaft, Flucht und Gesundheit

Die
peripartale¹
Versorgungs-
situation
schutz-
suchender
Frauen
in
Deutschland

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

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

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

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



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

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

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

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

Problemlagen

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

Gesundheitliche Ungleichheiten

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

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

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

Flucht-Traumata und kulturelle Unterschiede

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

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

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

Zugangsbarrieren erschweren Versorgung

Weiterhin zeigen Studien, dass die Gesundheitssysteme und die

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



Herausforderungen

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

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

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

Herausforderungen für die spezifische Versorgung durch Hebammen

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

Gegenwärtige Herausforderungen bestehen vor allem darin,

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

Dezentrale Unterbringung und Zugang zu Gesundheitsangeboten

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





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

Information, Beratung und Austausch

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

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

Spezifische Angebote zusätzlich zur Grundversorgung nötig

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

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

Sprachmittlungsdienste sichern Verständigung

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

Vernetzung der Fachakteure vorantreiben

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

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

Resümee und Ausblick

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

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

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

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

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

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

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



Literaturverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3

Fachkräfte im Porträt

Grau ist alle Theorie...
Darum wollten wir wissen: Wie sieht der Alltag von Fachkräften aus, die mit schwangeren, geflüchteten Frauen arbeiten?
Das Fachdialognetz hat bei einer Hebamme, einer Sozialarbeiterin und einer Fachärztin genauer nachgefragt. Ihre Erfahrungsberichte spiegeln wider, welche Angebote in der Arbeit mit schwangeren, geflüchteten Frauen helfen – und wie das Fachdialognetz Fachkräfte ganz konkret unterstützen kann.

Andrea Lehmann, Hebamme

Andrea Lehmann arbeitet seit 27 Jahren als Hebamme. Sie hat bereits Frauen und Familien aus den unterschiedlichsten Kontexten bei Schwangerschaft und Geburt sowie beim Start ins Familienleben begleitet. Neben angestellter und freiberuflicher Tätigkeit war sie mehrere Jahre als Familienhebamme für das Gesundheitsamt Bremen tätig. 2015 eröffnete in Bremen ganz in der Nähe von Lehmanns Zuhause eine Erstunterkunft für Menschen, die aus ihren Heimatländern flüchten mussten. Seitdem steht Andrea Lehmann mit ihrer Erfahrung auch schwangeren, geflüchteten Frauen bei. Nachdem die Erstunterkunft geschlossen wurde, begleitet sie Betroffene in der Zentralen Aufnahmestelle für Asylbewerber und Flüchtlinge im Land Bremen (ZAsT). Ihre Kontakte zu bestehenden Netzwerken und Hilfsangeboten aus der Zeit als Familienhebamme kommen dabei sowohl ihrer Beratungsarbeit als auch den Frauen, die sie begleitet, zugute.

Einen guten Start für Mutter und Kind
„Ich möchte, dass Mutter und Kind einen guten Start haben“, erläutert

Lehmann ihre Motivation, sich für schwangere, geflüchtete Frauen einzusetzen. Sie wünscht sich: „Die Frauen sollen in Ruhe ihre Kinder bekommen und großziehen können.“ Der Weg dahin ist mitunter jedoch weit. Zu Beginn ihrer Arbeit gab es in der Erstunterkunft beispielsweise noch keinen Raum, in den Lehmann sich für Gespräche und Untersuchungen mit betroffenen Frauen zurückziehen konnte. Vor- und Nachsorge mussten in den Mehrbettzimmern stattfinden, in denen die Frauen untergebracht waren. „Da fehlt natürlich die Privatsphäre, das macht den Kontakt und Gespräche über so intime Themen wie etwa Wochenfluss nicht leichter“, erzählt die erfahrene Hebamme. Auch scheinbare Kleinigkeiten erschwerten die Beratung. Lehmann berichtet: „Oft waren die Zimmer schlecht beleuchtet. Eine Stehlampe neben dem Bett reicht sicher zum Lesen. Um eine Naht zu untersuchen, ist sie aber viel zu funzelig.“ Alle Beteiligten atmeten auf, als ein separater Gesprächs- und Behandlungsraum eingerichtet wurde. Der abschließbare Schrank darin

Andrea Lehmann,
Hebamme



erleichterte Lehmann auch die bürokratische Seite ihrer Arbeit als Hebamme: „Die Dokumentationspflicht für Hebammen gilt natürlich auch in Flüchtlingsunterkünften.“

Besser aufgehoben

Die meisten schwangeren, geflüchteten Frauen kommen laut Lehmann allein in Deutschland an. Die fehlende familiäre Unterstützung macht sich in der Schwangerschaft und danach deutlich bemerkbar. Als besonders problematisch erlebt Andrea Lehmann die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen kurz vor und nach der Geburt. Weil meist das familiäre Netzwerk fehlt, müssen die Schwangeren den Weg in die Entbindungsklinik häufig allein antreten. Und „antreten“ meint Lehmann wörtlich. Sie erlebt es immer wieder, dass Frauen mit

„Ich will, dass Mutter und Kind hier einen guten Start haben! Die Frauen sollen wissen, wo die Reise hingeht.“

Wehen von der ZAST zu Fuß zum nahe gelegenen Klinikum Bremen-Nord aufbrechen. Sind die Schwangeren jedoch noch nicht so weit, nimmt das Krankenhaus die Frauen nicht auf. „Das ist das reguläre Vorgehen und passiert hier beheimateten Frauen auch. Diese haben aber in der Regel ihre Familie dabei, die sie begleitet und dann eben wieder nach Hause fährt“, so Lehmann. Sie wünscht sich bessere Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen vor der Geburt und nach der Rückkehr in die Unterkunft. „Mit Wehen und auch nach der Geburt bräuchten die Frauen eigentlich viel mehr Privatsphäre, als es in den Unterkünften möglich ist“, beobachtet sie.

Vertrauen, Zuversicht – und Vernetzung

Neben der gesundheitlichen Begleitung kümmert sich Andrea Lehmann auch um ganz lebenspraktische Hilfestellung – trotz

Sprachbarriere. Sie muss ohne Sprachmittlerin arbeiten. „In der Regel klappt die Verständigung aber, auch wenn ich schon mal Hände und Füße einsetzen muss.“ Dann geht es etwa um Fragen wie diese: Wie kommen die Frauen nach der Geburt ihres Kindes an eine Geburtsurkunde? Wie kann es gelingen, sich eine berufliche Perspektive aufzubauen? Lehmann ist es wichtig, ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Frauen, die sie begleitet, aufzubauen und ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. „Die Frauen sollen wissen, wo die Reise hingeht – zumindest für die Zeit der Schwangerschaft und der Geburt. Und sie sollen wissen, welche Möglichkeiten sie für die Zeit danach haben“, sagt Lehmann. Ihr Netzwerk aus der Zeit als Familienhebamme erleichtert es ihr, bestimmte Weichen zu stellen. Sie nutzt es unter anderem für ihre „Liebesbriefe“, wie Lehmann sie nennt:

„Ich schreibe häufig Nachrichten an Kolleginnen und Kollegen, mit denen die Frauen auch zu tun haben, damit sie auf dem aktuellen Stand sind und weitere Schritte einleiten können.“ Obwohl sie sich selbst als gut vernetzt erlebt, zweifelt sie nicht daran, dass der Bedarf für mehr Vernetzung und bessere Abstimmung hoch ist. Das zeigt sich auch an ihren Wünschen für die zukünftige Arbeit mit schwangeren, geflüchteten Frauen. Neben mehr Hebammen und Dolmetscher*innen, besserer Betreuung für traumatisierte Frauen und spezialisierter medizinischer Versorgung für beschnittene Frauen gehört dazu die Vision einer Versorgungskette: „Wenn die Frauen von der ZAST aus in andere Unterkünfte umziehen, reißt die gesundheitliche Begleitung für die Mütter und ihre Kinder oft ab. Es wäre wichtig, dass sich das ändert!“

„Viele Beratungsstellen haben ihre Türen für Geflüchtete geöffnet. Angebote sind ja da – sie müssen aber auch bekannt sein.“

Berrin Önler-Sayan, Sozialarbeiterin

Berrin Önler-Sayan arbeitet bereits seit über 30 Jahren im sozialen Bereich. Beim Berliner Familienplanungszentrum BALANCE – kurz FPZ – berät sie als Sozialarbeiterin auch Schwangere, die ihr Heimatland verlassen mussten. Im Rahmen des Projekts „Gesundheitsversorgung von geflüchteten Frauen* verbessern“ bietet sie vor Ort aufsuchende und mobile Gruppenberatungen für Frauen in den Berliner Unterkünften für geflüchtete Menschen an. Zwei bis drei Stunden ist Önler-Sayan pro Termin in den Unterkünften vor Ort und greift die Fragen auf, die ihre Gesprächspartnerinnen mitbringen. Die Gruppenberatung findet meistens in zwei Sprachen statt, sodass mindestens eine Sprachmittlerin Önler-Sayan begleitet. Je nach Bedarf ergänzen auch mehrere Sprachmittler*innen das Beratungsteam. Berrin Önler-Sayan informiert über Sexualität, reproduktive Selbstbestimmung und reproduktive Frauenrechte. Sie vermittelt Wissen über den eigenen

Körper und Körperwahrnehmung. Zentrale Themen in Unterkünften sind zudem Verhütung, Familienplanung, Schwangerschaft, Krebsvorsorge und Brustselbstuntersuchung. Außerdem klärt Önler-Sayan darüber auf, wie das Gesundheitssystem in Deutschland funktioniert, welche Versorgungsleistungen den Frauen zustehen und wo sie finanzielle Unterstützung bekommen können.

Alles ganz anders hier

Aus den Gesprächen vor Ort nimmt Önler-Sayan wahr: Neben der Fluchterfahrung selbst erschweren auch die Lebensumstände der Frauen die Zeit der Schwangerschaft. Ein Netz aus Familie, Freundinnen und Verwandten, die sie begleiten und unterstützen, steht den wenigsten Frauen mit Fluchterfahrung zur Verfügung. In der Regel sind sie auf sich allein gestellt, müssen sich um Geschwisterkinder kümmern, zugleich den Alltag in der Unterkunft organisieren und

behördlichen Anforderungen gerecht werden. Eine schwierige Ausgangslage, zu der auch noch die kulturellen Unterschiede rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt kommen. „Das Gesundheitssystem ist bei uns ganz anders organisiert als in den meisten Herkunftsländern“, so Önler-Sayan. „Die Frauen werden ihr Kind in einem für sie fremden Land zur Welt bringen, im Krankenhaus, mit Ärzten, die ihre Sprache nicht sprechen. Das ist auch für Frauen, die bereits Kinder geboren haben, eine ganz andere Situation.“ Önler-Sayan empfiehlt daher allen Schwangeren und Frauen mit kleinen Kindern immer auch das



Berrin Önler-Sayan, Sozialarbeiterin,
Familienplanungszentrum
BALANCE, Berlin

Hebammencafé des FPZ. Dort können sie sich, unterstützt von einer Hebamme, einer Sozialarbeiterin und mehreren Sprachmittler*innen zu Geburtsvorbereitung, Geburt und die Zeit danach austauschen und informieren.

Gute Beratung braucht gute Vernetzung

Berrin Önler-Sayan berät in den Unterkünften nicht nur Frauen und Schwangere mit Fluchterfahrung. Sie sieht sich selbst auch als Netzwerkerin. Sie bereitet etwa die Gruppenberatungen, die sie durchführt, akribisch nach und weiß so, welche Probleme die Frauen umtreiben. „Wenn sich aus den Gesprächen mit den Frauen Informationen ergeben, die für die Unterkünfte wichtig sind, melde ich das an die Mitarbeitenden dort zurück.“ Önler-Sayan sorgt ebenfalls dafür, dass externe Beratende und Mitarbeitende in den Unterkünften die unterschiedlichen Angebote besser kennen. „Für meine Arbeit ist es natürlich wichtig zu wissen: Wer macht was? Was für Angebote gibt es in der jeweiligen Unterkunft? Darum habe ich etwa in einer Notunterkunft angeregt, dass sich externe Beratende und Mitarbeitende der jeweiligen

Unterkünfte direkt austauschen“, erzählt sie.

Datenbank erleichtert Zusammenarbeit

Mehr voneinander zu wissen ist für Önler-Sayan grundsätzlich ein Schlüssel zu besserer Beratungsarbeit. „Viele Beratungsstellen haben ihre Türen für Geflüchtete geöffnet. Angebote sind ja da – sie müssen aber auch bekannt sein“, sagt sie. Um Fachwissen, Fachangebote und Fachkräfte schneller zu finden und auffindbar zu machen, nutzt sie auch die Datenbank des Fachdialognetzes für schwangere, geflüchtete Frauen. „Wir arbeiten ohnehin eng mit pro familia zusammen“, so Önler-Sayan. „Darum haben wir schnell von dem Modellprojekt erfahren und können nun unsere Angebote über die Datenbank auf der Online-Plattform bekannt machen.“ Dazu gehört etwa die Gruppenberatung zu Frauengesundheit für geflüchtete Frauen aus Eritrea, die Önler-Sayan selbst entwickelt hat und im FPZ gemeinsam mit einer Tigrinya-Übersetzerin einmal pro Monat anbietet. Für die Beratung in den Unterkünften selbst gibt es zu wenig Übersetzer*innen. Dass Beratungsangebote wie diese inzwischen über die Datenbank

des Fachdialognetzes gefunden werden können, verbessert in Önler-Sayans Augen die Zusammenarbeit der Beratungsstellen untereinander und zwischen Beratungsstellen und Unterkünften: „Wir kommen schneller an wichtige Informationen von anderen Beratungsstellen und können unsere Angebote unkompliziert für Fachkräfte in Berlin bekannt machen.“

Vernetzung mit Perspektive: Angebote weiterentwickeln

Die bessere Vernetzung von Fachkräften hat für Önler-Sayan noch einen weiteren wichtigen Aspekt. Aus dem Austausch können neue, hilfreiche Angebote erwachsen. So entstand etwa eine Supervisionsreihe des Fachdialognetzes. Thema: Traumalogie für Fachkräfte, die mit geflüchteten Frauen arbeiten. Von der Vernetzungsarbeit selbst wünscht sie sich zukünftig, dass die Mitarbeitenden aus den Unterkünften heraus noch besser über externe Angebote informiert sind und Bewohnerinnen der Unterkünfte entsprechend weitervermitteln können. Der Ausbau regelmäßiger Beratung vor Ort zu Gesundheit und Gesundheitssystem kann die Lebenssituation geflüchteter



Dr. med. Mirjam Wagner,
Fachärztin für Gynäkologie und
Geburtshilfe, Mitgründerin des
Women's Health Teams, Hamburg

„Wir erklären die Schwangerschaftsvorsorge in unserem Gesundheitssystem. Viele Frauen möchten wissen: Wo muss ich denn eigentlich hin? Und wann?“

Mirjam Wagner, Fachärztin

Frauen, ob schwanger, mit oder ohne Kinder, ihrer Einschätzung nach weiter verbessern. Und aus den Einrichtungen und Unterkünften selbst hört sie immer wieder den Wunsch nach einem Beratungsangebot, das über Umwege die sexuelle Gesundheit und Selbstbestimmung geflüchteter Frauen ebenfalls stärken kann: Gesundheitsberatung zu den Themen Sexualität und Familienplanung für Männer mit Fluchterfahrung. ■■■

Mirjam Wagner ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Als 2015 aufgrund der weltweiten Krisenherde so viele Menschen wie noch nie zuvor in Deutschland Schutz suchen mussten, gründete sie gemeinsam mit anderen Gynäkolog*innen und Hebammen in Hamburg das Women's Health Team (WHT). Seitdem begleitet sie ehrenamtlich mit einem Team von Ärzt*innen und Hebammen schwangere, geflüchtete Frauen und koordiniert die Einsätze. In der intensiven Anfangsphase waren die Fachkräfte

des WHT in bis zu sieben Erstaufnahmeeinrichtungen tätig. Inzwischen kommen wieder weniger geflüchtete Menschen nach Hamburg. Daher finden die Sprechstunden und Beratungszeiten nur noch in der Erstaufnahmestelle Schmiedekoppel der ASB Flüchtlingshilfe Hamburg GmbH statt.

Beratung und medizinische Angebote dringend gefragt

Der Bedarf an medizinischer Betreuung für schwangere, geflüchtete Frauen zeigte sich schon 2015 rasch. →

Die Sprechstunden, die Wagner und ihr Team für die Betroffenen anboten, waren ständig überlaufen. Benötigt wird ihre Unterstützung bis heute. „Es gab und gibt in den Einrichtungen allgemeinmedizinische Angebote und kinderärztliche Hilfe. Abgesehen von vereinzelt Projekten fehlt jedoch die Versorgung durch Hebammen und Gynäkolog*innen“, fasst sie die Situation in Hamburg zusammen. Familienplanung, Verhütung, Schwangerschaftsvorsorge, Zugang zu medizinischer Wochenbettbetreuung – zu all diesen Bereichen bringen schwangere, geflüchtete Frauen viele Fragen mit. Wagner: „In der Regel erklären wir erst einmal, wie die Schwangerschaftsvorsorge in unserem Gesundheitssystem funktioniert. Viele Frauen möchten wissen: Wo muss ich denn eigentlich hin? Und wann? Und was passiert dann da?“ Häufig begegnet der Gynäkologin auch der Wunsch, das Baby zu sehen – den sie gern erfüllt, da ihr in der Schmiedekoppel ein Ultraschallgerät für ihre Arbeit zur Verfügung steht.

Eine Frage der Kultur

Auch kulturelle Unterschiede spielen in der Arbeit von Mirjam Wagner und ihren Mitstreiter*innen eine große Rolle. Sie erläutert diesen Aspekt am Beispiel Stillen: „Da gibt es ja schon in Deutschland ganz unterschiedliche Vorstellungen – und natürlich bringen auch die Frauen, mit denen wir arbeiten, bestimmte Bilder aus ihren Herkunftsländern mit.“ Aus dieser Konstellation entstehen mitunter große Missverständnisse. Zur Veranschaulichung

erzählt Wagner von dem Kuhmilch-Mythos: „Unter den geflüchteten Frauen verbreitete sich das Gerücht, dass Kuhmilch für die Ernährung von Säuglingen viel besser ist – weil alle Frauen in Deutschland ihre Kinder mit Kuhmilch ernähren. Das stimmt natürlich nicht!“

Fremde Sprache, zu voll, zu wenig Zeit

Aus Mirjam Wagners Erfahrung erschweren vor allem die Sprachbarriere, Zeitnot und Bürokratie die Begleitung schwangerer, geflüchteter Frauen. Wie wichtig das Dolmetschen für Patientin, Ärztin und Hebamme ist, weiß sie aus ihrer Arbeit in den Erstaufnahmeeinrichtungen: „Dort begleitete immer eine Dolmetscherin die Frauen zu uns in die Sprechstunde.“ Auch in der WHT-Sprechstunde in der Schmiedekoppel übersetzen ASB-Mitarbeiter*innen, die entweder Farsi oder Arabisch sprechen. Für den Besuch in einer Frauenarztpraxis besteht jedoch kein Anspruch auf eine Übersetzerin. Dazu kommt: „Die gynäkologischen Praxen in Deutschland sind überfüllt, es ist unglaublich schwer, einen Termin zu bekommen. Wenn das eine geflüchtete Frau in fremder Umgebung ohne Kenntnisse des Systems und ohne ein Wort Deutsch sprechen zu können, regeln soll, ist das ein riesiger Kraftakt – und für die Ärzt*innen ist es unglaublich schwierig, eine gute Kommunikation herzustellen“, so Wagner. Dazu kommt der Zeitfaktor. „Es dauert einfach deutlich länger, die Frauen gut zu versorgen, wenn keine wirkliche sprachliche Verständigung möglich ist. Das sprengt in vielen

Praxen den Zeitrahmen.“ Ist dann noch kompliziert zu klären, wann von wem welche Leistungen den betroffenen Frauen zustehen, kommen alle Beteiligten an ihre Grenzen.

Arbeiten Hand in Hand

Zu diesen Beteiligten gehören etwa die Sozialarbeiter*innen, die Wagner und ihre Mitstreiter*innen bei der WHT-Sprechstunde unterstützen. Sie erläutert den Hintergrund: „Wir bieten eine Akutsprechstunde und Erstberatung an. Das Ziel ist, dass die Frauen in die Regelversorgung wechseln. Das organisieren die Sozialarbeiter*innen.“ In dieser Konstellation erlebt Wagner immer wieder, wie wichtig die Vernetzung von Fachkräften ist – unabhängig davon, ob sie ehren- oder hauptamtlich arbeiten. Den Ansatz des Fachdialognetzes für schwangere, geflüchtete Frauen erlebt sie als sinnvoll. „Ich sehe es ja an uns: Wir machen das in unserer Freizeit ehrenamtlich. Es gibt noch so viele andere, auch kleinere Organisationen und Anlaufstellen, mit denen wir uns vernetzen könnten. Aber dazu fehlt uns einfach die Zeit. Toll, dass das Fachdialognetz ein Forum schafft, das uns verbindet und die Weichen dafür stellt, dass sich Fachkräfte noch schneller finden.“ Mirjam Wagner schätzt auch die Schulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten des Fachdialognetzes sehr. Demnächst wird sie an einer Fortbildung zum Thema Beschneidung teilnehmen. Für die Zukunft wünscht sie sich: „Angebote, die für uns Fachkräfte noch mehr Wissen im Bereich Aufenthaltsrecht schaffen.“



Einsicht in Projektergebnisse

Der Unsicherheit begegnen: Bedarfe von Fachkräften und Ehrenamtlichen

Im Rahmen des Projektes zeigte sich, dass Fachkräfte und auch Ehrenamtliche einen **hohen Bedarf an Information zu spezifischen Themen rund um Schwangerschaft im Kontext von Flucht** haben. Es besteht ein großes Interesse an Fortbildungen sowie Fach- und Informationsveranstaltungen zu projektrelevanten Themen (wie beispielsweise FGM, Umgang mit Trauer um ein verlorenes Kind, Informationen zu Behördengängen etc.). Viele Fachkräfte wünschen sich zudem grundsätzlich mehr Wissen zu SRGR und möchten sich mit migrationssensibler Arbeit auseinandersetzen. Hier bietet unter anderem die Datenbank des Fachdialognetzes einen großen Fundus an Fort- und Weiterbildungsmaterialien und Broschüren.

Neben dem Bedarf an themenrelevanten Informationen haben Fachkräfte jedoch auch einen **Vernetzungsbedarf zu schwangerschaftsspezifischen Themen im Bereich Flucht und Migration**. Eine interdisziplinäre und trägerübergreifende Zusammenarbeit ist hier unabdingbar. Es bedarf sowohl fest verankerter Netzwerkstrukturen, die sich des Themas Schwangerschaft und Flucht annehmen, als auch einer themen- und anlassbezogenen Vernetzung für gemeinsames Handeln und

Aktionen. Eine solche Vernetzung gelingt besser, wenn trägerübergreifende Ansprechpersonen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben übernehmen. Über die Fachvernetzung der Akteure hinaus bedarf es aufseiten der Fachkräfte auch einer besseren Vernetzung mit geflüchteten Frauen. An vielen Orten fehlt es an einer direkten Zusammenarbeit mit den jeweiligen Communities oder Migrant*innen-selbstorganisationen. Der direkte Austausch würde es Fachkräften ermöglichen, die Bedarfe der Betroffenen besser kennenzulernen und passende Angebote zu entwickeln.

Zur Fort- und Weiterbildung sowie zur Vernetzung brauchen Fachkräfte vor allem **sowohl zeitliche als auch finanzielle Ressourcen**. Nur wenn ausreichend Zeit und Geld zur Verfügung stehen, können sie themenrelevante Veranstaltungen besuchen sowie eigene Aktionen konzipieren und durchführen. Für die direkte Zusammenarbeit mit schwangeren, geflüchteten Frauen brauchen Fachkräfte zudem **Fachexpertise und konkrete Unterstützung durch spezifische Fachakteure** (zum Beispiel durch Dolmetscher*innen, um Sprachbarrieren abzubauen). ■

Netz im Netz

Das Fachdialognetz wagte ein digitales Vernetzungs-Experiment: eine Web-Plattform, die erst durch die Arbeit des Projekts nach und nach wachsen sollte. Ein Gespräch mit Projektleiter Dr. John Litau und Horst Hornig von der Agentur MedienMélange.

Zu den Aufgaben des Fachdialognetzes gehörte es, eine interaktive Online-Plattform aufzubauen. Diese bestand aus einer öffentlich zugänglichen Website, einer Datenbank und einem geschlossenen Forum für die beteiligten Fachkoordinatorinnen. **Warum braucht es bei der Vernetzung von Fachkräften dieses Format überhaupt?**

John Litau: Fachkräfte, die mit schwangeren, geflüchteten Frauen arbeiten, bilden eine eher kleine Gruppe, die zudem bundesweit verstreut arbeitet. Darum war es naheliegend, ein webbasiertes Angebot zu schaffen. So konnten wir eine große Bandbreite an Wissen bündeln und für alle ortsungebunden zur Verfügung stellen. Es gibt zwar schon unterschiedliche webbasierte Projekte zu verschiedenen Themen im Bereich Migration und Gesundheitsversorgung. Konkret zur Versorgung schwangerer, geflüchteter Frauen findet man so etwas jedoch noch gar nicht. Darum wissen die meisten Fachkräfte relativ wenig voneinander, von der Arbeit an anderen Standorten und darüber, welche Kooperationen es schon gibt. Einen weiteren Grund für den digitalen Ansatz sehe ich darin, dass schriftlich niedergelegtes Fachwissen heute eigentlich erst wahrgenommen wird, wenn es digital zur Verfügung steht. Was man bei einer Online-Recherche nicht findet, wird oft gar nicht mehr registriert.

Projektleiter Dr. John Litau



Was bietet die Web-Plattform den Fachkräften denn genau?

John Litau: Neben allen wichtigen Informationen zum Modellprojekt und seinen Standorten bildet die Datenbank das Herzstück der Plattform. Wir haben verschiedene Kategorien gebildet, in denen Fachkräfte gut sortierte, wichtige Informationen finden. Unter „Terminen“ können sie gezielt nach Weiterbildungen und Schulungen suchen. Sie finden mittels Filter- und Suchfunktion aber auch schnell Fachveranstaltungen, die sie zur Vernetzung nutzen können. Außerdem können sie in der Kategorie „Expert*innen“ gezielt Fachleute finden, die sie etwa zu eigenen Veranstaltungen einladen können. Oder sie nutzen die Filterfunktion „Kompetenzen“ und bekommen Expert*innen angezeigt, die ihre Arbeit unterstützen können – wie zum Beispiel Sprachmittler*innen. Der dritte Bereich in der Datenbank bildet bereits bestehende Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen ab – wie gesagt, nicht alle Akteure wissen voneinander. Auch in diesem Segment der Datenbank arbeiten wir mit einer Filterfunktion, sodass die Fachkräfte nach Angeboten aus bestimmten Fachgebieten suchen können. Die Mediathek schließlich bietet einen umfassenden Fundus an Fachpublikationen und Arbeitshilfen.

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen: Eine Datenbank ist immer nur so gut wie ihr Inhalt. Wie stellen Sie die Qualität der Einträge sicher?

John Litau: Die fachliche Qualität der Einträge hatte von Beginn an absolute Priorität. Dafür haben

wir ganz bewusst die Strategie gewählt: Jeder Eintrag in die Datenbank ist das Ergebnis eines persönlichen Kontaktes aus dem Projektteam zu den jeweiligen Kooperationspartner*innen, der auch regelmäßig überprüft wurde. Die Datenbank ist gewissermaßen unmittelbar aus der Vernetzungsarbeit erwachsen. Das war zwar wesentlich aufwendiger, als Informationen zusammenzutragen – ist aber eben auch viel hochwertiger. So konnten wir ein echtes Alleinstellungsmerkmal schaffen, das die Web-Plattform des Fachdialognetzes von anderen Datenbanken unterscheidet. Jetzt können Fachkräfte mit ganz unterschiedlichen Interessen die Informationen finden, die für ihre Arbeit wichtig sind.

Die Web-Plattform richtet sich an Menschen, deren Berufsalltag vor allem von dem direkten Kontakt, der persönlichen Begegnung geprägt ist. Spielte diese Besonderheit bei der Konzeption der digitalen Plattform eine Rolle?

John Litau: Auf jeden Fall. Die Digitalisierung verläuft im sozialen Bereich insgesamt langsamer. Das hat ganz verschiedene Gründe. Einerseits fehlen Ressourcen und Know-how, andererseits liegt es tatsächlich an der Art der Arbeit. In der direkten Beratung benötige ich eigentlich kein digitales Tool. Ein reines Online-Angebot erschien uns daher gar nicht so effektiv. Wir haben also parallel zum Aufbau der Datenbank auf den direkten Austausch der Fachkoordinatorinnen mit denjenigen Menschen gesetzt, die wir erreichen wollten. Im persönlichen Kontakt konnten die

Agenturinhaber Horst Hornig



Fachkoordinatorinnen die Website und die Datenbank ins Spiel bringen und dazu motivieren, Inhalte beizusteuern. Diese Kombination haben wir im Fachdialognetz erstmals ausprobiert. Das macht für mich einen ganz wesentlichen Aspekt des Modellhaften des Projekts aus. Immerhin wussten wir im Vorfeld tatsächlich nicht, ob und wie gut dieser Ansatz funktionieren wird.

Die Web-Plattform musste sich also in einem Umfeld bewähren, das nicht selbstverständlich mit digitalen Ressourcen umgeht. Was bedeutete das für Design, Entwicklung und Programmierung?

Horst Hornig: Wir haben uns zunächst einmal genau angeguckt: Wer soll die Web-Plattform und insbesondere die Datenbank

nutzen? Auf der einen Seite mussten die Fachkoordinatorinnen an den acht Modellstandorten die Daten eingeben und pflegen – und zwar überwiegend ohne einen technischen Support, der jederzeit eingreifen kann. Auf der anderen Seite gab es die vielen sozialen Einrichtungen und Fachkräfte, die an den verschiedensten Standorten Informationen abrufen und nutzen sollen. Für uns war es als Agentur, die pro familia gut unterstützen will, daher besonders wichtig: Die Datenbank muss einfach zu bedienen sein. Das hatte bei der Projektentwicklung ganz hohe Priorität.

Wie haben Sie diese User*innenfreundlichkeit konkret ausgestaltet?

Horst Hornig: Wir wussten zum Beispiel, dass nicht alle Fachkoordinatorinnen Erfahrungen mit der Pflege von Content-Management-Systemen mitbringen. Darum haben wir eine Lösung entwickelt, mit der sie alle Inhalte unkompliziert über eine eigens dafür programmierte Benutzeroberfläche eingeben konnten. Jetzt reichen ganz wenige Klicks, um die Datenbank zu befüllen und zu pflegen. Das ist eine technisch sehr modellhafte Lösung. Die Fachkoordinatorinnen haben uns dann ja auch zurückgemeldet, dass sie die Website und die Datenbank ganz unkompliziert pflegen können.

Welche Lösungen haben Sie denn für die Fachkräfte, die die Seite als Informationsquelle nutzen sollen, gefunden?

Horst Hornig: Wir arbeiten als

Agentur häufig mit Auftraggebern aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich und können aus eigener Erfahrung bestätigen, was John Litau schon sagte: Da gibt es einfach noch Berührungängste und mitunter auch wenig Erfahrung mit digitalen Tools. Auch für die User*innen wollten wir aber natürlich eine modellhaft gute Lösung entwickeln. Darum haben wir zusätzlich sehr darauf geachtet, dass wir die Benutzer*innenoberfläche klar strukturiert und übersichtlich gestalten. So ermöglichen wir es auch weniger digital affinen User*innen, schnell und unkompliziert wichtige Infos für ihre Arbeit zu finden. Dazu gehörte es auch, vom Design her mit einer sehr zurückhaltenden Ästhetik zu arbeiten. Sie sorgt dafür, dass die Informationen und Inhalte glänzen – und nicht sozusagen das „Buch“ drumherum. Und: Ganz bewusst haben wir die Website und die Datenbank nach etwa neun Monaten im Online-Betrieb noch einmal auf den Prüfstand gestellt, nachgesteuert und umprogrammiert. Ein Relaunch im laufenden Betrieb sozusagen.

John Litau: Ganz genau. Das war ein sehr wichtiger Schritt der Qualitätssicherung. Wir haben ja immer wieder unterschiedliche Rückmeldungen zur Nutzung erhalten und machten selbst unsere Erfahrungen. Alle notwendigen Verbesserungen und Anpassungen haben wir dann direkt neu konzipiert und technisch umgesetzt und so auch die Usability deutlich verbessert.



Auf einen Blick: Die Startseite der Web-Plattform sorgt schnell für Orientierung. www.fachdialognetz.de



Wandelbar statt festgelegt: Wie sich die Web-Plattform im Alltag bewährte, wurde regelmäßig evaluiert – nötige Anpassungen inklusive.



Finden statt suchen: Karten schaffen Übersicht, ein Klick führt direkt zum gesuchten Projektstandort.

Selbsterklärend: ein gut strukturiertes Formular direkt auf der Webseite für Datenbank-Einträge.

Das klingt nach einem komplexen Prozess – von der Konzeption bis zur technischen und inhaltlichen Umsetzung. Hat sich dieser Weg ausgezahlt?

John Litau: Das Angebot, Informationen gut strukturiert zu sammeln und für andere auffindbar zu machen, war für die Kolleg*innen vor Ort ganz häufig ein Türöffner und die Eintrittskarte in Kooperationen. Für viele Träger und Organisationen war das ein echter Anreiz, mit in die Vernetzung zu gehen. Inzwischen gibt es über 1.000 geprüfte Einträge in der Datenbank. Ich denke, das ist eine beachtliche Zahl, wenn man bedenkt, dass sie erst Mitte 2017 an den Start gegangen ist. Natürlich hat uns auch geholfen, dass pro familia als Absenderin hinter der Plattform stand. Von den Fachkoordinatorinnen weiß ich zudem, dass sie das interne Forum gut nutzen konnten, um Projektfragen schnell zu klären und sich auch untereinander auszutauschen.

Und wie ist die Datenbank von den Fachkräften angenommen worden?

John Litau: Wir erreichen genau die Menschen, die wir erreichen wollen. Zwar sind die absoluten Zugriffszahlen nicht so hoch. Man kann jedoch sehen, dass die meisten User*innen die Seite intensiv nutzen: Sie verweilen recht lang, klicken viele Seiten an und springen kaum ab. Die direkten Rückmeldungen zu Website und Datenbank waren zudem durchweg positiv. Ganz häufig berichten die User*innen davon, dass ihnen eigentlich zur Recherche die Zeit fehlt und die vorselektierten Informationen in der Datenbank ihnen daher besonders helfen. Die hinterleg-

ten Publikationen und Materialien werden offenbar rege genutzt, viele User*innen laden sie sich herunter – bereits über 3.000-mal.

Horst Hornig: Die Einschätzung zu den Zugriffszahlen möchte ich noch präzisieren. Im Vergleich zu anderen ähnlich gelagerten sozialen Projekten, die wir als Agentur begleiten, sind die Zahlen sehr gut.

Von dem gesammelten Fachwissen könnten bestenfalls auch zukünftig Menschen profitieren, die schwangere, geflüchtete Frauen beraten und begleiten. Welche Pläne gibt es für die Website und die Datenbank nach Projektende?

John Litau: Sie werden vom pro familia Bundesverband weiter betrieben und zukünftig Angebote und Expert*innen aus ganz Deutschland abbilden. Bisher war das auf die Modellstandorte beschränkt. Uns erreichten aber immer wieder Anfragen von Akteuren aus anderen Bundesländern, dass sie dieses Angebot auch in ihrer Stadt brauchen oder gern mit in die Datenbank aufgenommen werden möchten. Momentan wird daran gearbeitet, die Datenbank weiter zu pflegen und aktuell zu halten. Aber das Fachdialognetz hat mit seiner bisherigen Arbeit ja auch schon eine gute Grundlage gelegt.

Modellprojekt bedeutet ja auch, nachhaltige Lösungen für die Zukunft zu entwickeln. Welche Learnings möchten Sie aus Ihrer Erfahrung mit dem Entwicklungs- und Umsetzungsprozess der Web-Plattform weitergeben?

John Litau: Ohne die Kombination aus technischer Infrastruktur

und persönlichem Kontakt zu Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich hätte das Konzept für die Datenbank nicht funktioniert. Sie war zu Beginn des Projektes mehr oder weniger leer. Da muss man natürlich auch erst mal gut kommunizieren, warum das so ist. Wir wollten ja, dass sie sich im intensiven Austausch mit den Akteuren füllt. Im Grunde passt so ein agiles Mindset gut zum sozialen Bereich und zu pro familia. Wir arbeiten ja mit stark wechselnden Realitäten. Je nachdem, welche Menschen welche Problemlage mitbringen, müssen wir uns darauf einstellen. Dieser agile Ansatz funktioniert natürlich nur, wenn man kompetente Partner*innen an der Seite hat. Das war für uns in der engen Zusammenarbeit mit Medien-Mélange der Fall. Horst Hornig und sein Team haben verstanden, was das Fachdialognetz macht, und sehr anregend nicht nur für uns, sondern mit uns gearbeitet. Es gab eine große Bereitschaft, wirklich gemeinsam kreativ etwas zu entwickeln und eben auch das nötige Fachwissen, uns seriös zu beraten. Natürlich muss man auch als Auftraggeber*in offen sein für Vorschläge, die man vielleicht erst einmal ungewöhnlich findet. Dieses vertrauensvolle Miteinander hat für das Fachdialognetz sehr gut funktioniert. Davon haben wiederum die Qualität unserer Arbeit und damit auch die Nutzer*innen unserer Angebote enorm profitiert. ■

Schritt für Schritt für Schritt

Zweisprachige
Checklisten
des Fachdialognetzes
erleichtern
schwangeren
Migrantinnen
die Orientierung
zu Schwangerschaft
und Geburt
im deutschen
Gesundheitssystem;
Fachkräfte
unterstützt
die Publikation bei
der diskriminierungs-
sensiblen Beratung.

Geburtshilfliche Gesundheitssysteme funktionieren in vielen Ländern unterschiedlich und zumeist anders, als es Frauen aus ihren Herkunftsländern kennen. Die zweisprachigen Hefte entstanden im Rahmen des Modellprojekts als direkte Reaktion auf lokale Bedarfe von Fachkräften. Sie erleichtern die diskriminierungs-sensible Kommunikation zwischen versorgenden Fachkräften, Ehrenamtlichen und schwangeren Frauen. Sie bieten Informationen rund um die wichtigsten Fragen der Schwangerschaft in Deutschland: Wie funktioniert die Krankenversicherung? Welche Rolle spielen Gynäkolog*innen und Hebammen? Wozu braucht es Mutterpass und Schwangerschaftsberatung? Wer betreut Geschwisterkinder während der Entbindung im Krankenhaus? Und wie verläuft diese überhaupt? Fachkräfte können die Checklisten direkt in Beratungssituationen einsetzen oder Schwangeren als Leitfaden mitgeben. ■



DOWNLOADLINK:
[www.fachdialognetz.de/ueber-das-projekt/
publikationen/](http://www.fachdialognetz.de/ueber-das-projekt/publikationen/)

Mehr Forschung, weniger Lücken

Die
Fachpublikation
des Modell-
projekts wirft
einen kritischen
Blick auf das
Wissen zur
Situation
schwangerer,
geflüchteter
Frauen in
Deutschland.

Welches gesicherte Wissen gibt es hinsichtlich der Lebensbedingungen und des Gesundheitszustands von schwangeren, geflüchteten Frauen? Und wie gestaltet sich ihr Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten und Leistungen in Deutschland? Diesen Fragen geht die Fachpublikation des Fachdialognetzes für schwangere, geflüchtete Frauen nach. Die Arbeit ist das Ergebnis gründlicher Recherche: Dr. Meggi Khan-Zvorničanin arbeitete sich durch gesundheits- und sozialwissenschaftliche Fachpublikationen, sie wertete Beiträge und Textreferenzen in sozialwissenschaftlichen Datenbanken aus. Auf Basis dieser umfassenden Literaturrecherche gelingt es ihr, den aktuellen Forschungsstand sichtbar zu machen – und Perspektiven für die weitere Forschung aufzuzeigen. Durchaus eine Besonderheit: Die Publikation bietet einen Fundus an Hintergrundinformationen, die in dieser Form erstmals an einer Stelle zu finden sind.

Vier Kernthemen im Fokus

Die Autorin stellte vier Themen in den Mittelpunkt: den Zugang schwangerer, geflüchteter Frauen zu medizinischen und psychosozialen Angeboten und Leistungen, sichere Schwangerschaft und Mutterschaft, ungewollte Schwangerschaften und Familienplanung. Alle Themen leuchtete sie vor dem Hintergrund des zentralen Gedankens der Charta der pro familia Dachorganisation IPPF (International Planned Parenthood Federation) sowie der auf dieser Charta basierenden Grundsätze und Erklärungen (IPPF 2009, 1997) aus: Sexuelle und reproduktive Gesundheit sind ein Menschenrecht.

DOWNLOADLINK:

www.fachdialognetz.de/ueber-das-projekt/publikationen/



Forschungslücken schließen

Insgesamt stellte die Autorin fest: Es besteht eine eklatante Forschungslücke in Bezug auf die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland. Allerdings verweist bereits das wenige an gesichertem Wissen darauf, dass geflüchtete Frauen in Bezug auf sämtliche Aspekte sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte ein erhöhtes Risiko für Benachteiligungen tragen. Grundsätzlich, so der Befund der Autorin, mangelt es in der Flüchtlingsforschung an einem gender- und rechesensiblen Fokus. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Kontext von Flucht und Vertreibung müssen jedoch systematisch und konsequent berücksichtigt werden, um das Wissen von und die Angebote für betroffene Frauen nachhaltig zu verbessern.

Mehr Perspektive

Die Forschung zur psychischen und körperlichen Gesundheit etwa konzentriert sich zu einseitig auf Aspekte der psychischen Gesundheit wie posttraumatische Belastungsstörungen, so die Autorin. Für zielführender halten sie holistische Ansätze und ein integratives Vorgehen. So ließen sich die Bedarfslagen geflüchteter Frauen besser verstehen und adäquate Interventionen entwickeln. Hinsichtlich des Zugangs zu medizinischen und psychosozialen Angeboten sollte aus der Perspektive sozialwissenschaftlich orientierter Versorgungs-

forschung sichtbarer gemacht werden, dass schwangeren, geflüchteten Frauen nur theoretisch die gleichen Leistungen zustehen: Ob sie diese wirklich in Anspruch nehmen können, hängt häufig vom Zufall ab. Das Wissen über spezifische Problemlagen zu sicherer Schwangerschaft und Mutterschaft wiederum braucht einen differenzierteren Blick auf die Heterogenität der Migrant*innenpopulation. Die Berücksichtigung von Herkunftsland und sozioökonomischen Parametern zusätzlich zu Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnissen und Aufenthaltsdauer soll diesen Blick ermöglichen.

Betroffenenperspektive ergänzen, gelingende Praxis dokumentieren

Bislang fehlt es noch an repräsentativen Daten zur Prävalenz ungewollter Schwangerschaften sowie zur Prävalenz sicherer und unsicherer Schwangerschaftsabbrüche bei geflüchteten Frauen. Eine wichtige Ergänzung der Forschungslandschaft sehen die Autor*innen in Untersuchungen zur Betroffenenperspektive, die es bisher kaum gibt. Zudem sollten Forschende auch Beispiele gut gelingender Praxis dokumentieren – um daran hilfreiche Konzepte ableiten zu können. Der Stand der Forschung zum Thema Familienplanung bei Geflüchteten legt eine Unterversorgung mit Verhütungsmitteln nahe. Die Autorin betont zudem: Eine fatalistische Haltung gegenüber Schwangerschaftsverhütung lässt sich nicht nur auf verengte Vorstellungen einer „Herkunftskultur“ zurückführen. Vielmehr bedingen verschiedene, miteinander verschränkte Erfahrungshintergründe und situative Zwänge die jeweilige Einstellung und das Verhütungsverhalten. Nur wenn diese besser verstanden werden, lassen sich adäquate Angebote konzipieren. ■

Status quo mit Perspektive

Medizinische
und
psychosoziale
Angebote
für
schwangere,
geflüchtete
Frauen.
Eine
Bestands-
aufnahme.

Eine Schwangerschaft wirft immer auch Fragen und Unsicherheiten auf. Das gilt umso mehr, wenn die Schwangeren einer instabilen Lebenssituation ausgesetzt sind. Schwangere, geflüchtete Frauen kämpfen mit besonderen psychischen und physischen Belastungen. Dazu gehören laufende Asylverfahren, höchst problematische Wohnbedingungen für schwangere Frauen in Sammelunterkünften und traumatische Erfahrungen im Heimatland oder auf der Flucht.

Vor dem Hintergrund dieser besonderen Belastungen lotet das Fachdialognetz mit seiner Publikation „Medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen“ aus, welche Hürden betroffene Frauen den Zugang zu medizinischer und psychosozialer Regelversorgung erschweren oder gar verwehren. Die Autorin Victoria Schwenzer verharrt jedoch nicht nur bei den Hemmnissen. Sie stellt zudem beispielhaft Angebote vor, die dabei helfen, Zugangsbarrieren abzubauen.

Spannungsfeld Angebot und Wirklichkeit

Eine Stärke der „Bestandsaufnahme“, so der Untertitel der Publikation, liegt in ihrem systematischen Aufbau. Zunächst gleicht die Autorin Angebote der Regelversorgung mit typischen Barrieren für schwangere, geflüchtete Frauen ab. Das verdeutlicht, wie strukturelle Faktoren und Diskriminierung die Versorgung beeinträchtigen, und offenbart das Spannungsfeld zwischen Regelversorgung und tatsächlicher Nutzbarkeit. Die beispielhaft ausge-



wählten Hilfsangebote stellt die Autorin entlang der zuvor identifizierten Zugangsbarrieren dar. Vorteil für die Leser*innen: Sie können systematisch nachvollziehen, welche Angebotstypen in welcher Weise und mit welcher Intention versuchen, die Regelversorgung für die Gruppe der schwangeren Geflüchteten zugänglich zu machen.

Typische Zugangsbarrieren

Sprachbarrieren, mangelndes Wissen über das medizinische System in Deutschland, divergierende kulturelle Vorstellungen zu Schwangerschaft und Geburt, fehlende Rückzugsräume in den Erstunterkünften und das Wegfallen des sozialen Netzes, das Schwangere im Heimatland unterstützt hätte – diese Ursachen erschweren typischerweise die barrierefreie Versorgung von schwangeren, geflüchteten Frauen. Dazu kommt, dass viele Fachkräfte zu wenig voneinander und den jeweiligen Angeboten wissen. Besonders aufschlussreich erscheint jedoch eine Erkenntnis der Autorin: Es reicht nicht, Angebote zu identifizieren oder zu schaffen – es kommt vor allem darauf an, wie sie für Betroffene nutzbar gemacht werden können.

Auf das Wie kommt es an

So zeigt die Recherche etwa, dass verhältnismäßig umfangreiche mehrsprachige Informationsmaterialien vorhanden sind, um schwangeren, geflüchteten

Frauen Informationen über das deutsche Gesundheitssystem und über ihre Rechtsansprüche zu vermitteln. Dass es diese Angebote gibt, sagt jedoch nichts darüber aus, wie und ob die mehrsprachigen Materialien ihre Adressat*innen tatsächlich erreichen. Um gelingende Kommunikation zu gewährleisten, so die These der Autorin, bedarf es ausreichend guter Dolmetscher*innendienste. Und diese fehlen im Gesundheitswesen. Wie wichtig die direkte Kommunikation ist, zeigt auch die Auswertung der Angebote zum Verständnis des medizinisch-kulturellen Systems bzw. zum Vertrauensaufbau zu diesem. Erfolgreich sind diese Angebote dann, wenn sie aufsuchende Arbeit und individuelle Begleitung durch (Familien-) Hebammen, Berater*innen von Schwangerschaftsberatungsstellen, Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagogen*innen sowie Ehrenamtliche ermöglichen. Interdisziplinäre Teams, die sowohl den medizinisch-geburtshilflichen als auch den psychosozialen Bereich abdecken, erachtet die Autorin für besonders sinnvoll.

Hilfreiche Prinzipien für hilfreiche Angebote

Aus ihrer Analyse und den beispielhaften Angeboten destilliert die Autorin Prinzipien, die den Erfolg eines Angebots wahrscheinlicher machen.

- :: **Niedrigschwellig:** aufsuchende Beratung, Informationsveranstaltungen in Gemeinschaftsunterkünften oder an Orten, an denen sich Geflüchtete aufhalten
- :: **Individuell:** Begleitung durch Mittler*innen und Lots*innen in das Gesundheitssystem
- :: **Empowerment:** Gruppenangebote wie Frauengesprächskreise, Frauencafés
- :: **Wertschätzung:** Anerkennen der Ressourcen und des Wissens der Frauen
- :: **Migrationssensibel:** interkulturelle Offenheit und Flexibilität der Fachakteure mit Blick auf unterschiedliche Bedarfe und Erfahrungen der Frauen
- :: **Vernetzung:** bessere Abstimmung und gegenseitige Unterstützung von Fachakteuren – auch über das Thema Schwangerschaft und Geburt hinaus ■

Schwangere, geflüchtete Frauen – was es braucht

Offener Zugang
zur Regel-
versorgung
für schwangere,
geflüchtete
Frauen ist das
Ziel – aber
Rechtsanspruch
allein reicht
nicht.
Was braucht
es noch?

Um auf die spezifischen Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen eingehen und eine Nutzung von Regelangeboten für diese gewährleisten zu können, braucht es zunächst eine zielgruppenspezifische Auseinandersetzung mit speziellen Bedarfen der Betroffenen. Und es braucht die Auseinandersetzung mit der Frage: Wie können und müssen niedrigschwellige, speziell für die Zielgruppe zugeschnittene Angebote gestaltet und ausgebaut werden, um zu gewährleisten, dass Betroffene die Regelversorgung überhaupt in Anspruch nehmen können? Diesen Fokus verfolgte das Projekt. Spezifische Angebote allein reichen nicht aus, um für schwangere, geflüchtete Frauen langfristig einen barrierefreien Zugang zum Regelsystem zu gewährleisten. Wenn sich das Versorgungs- und Gesundheitssystem tatsächlich für schwangere, geflüchtete Frauen öffnen soll, müssen bestimmte wesentliche Voraussetzungen erfüllt sein. Besonders relevante Rahmenbedingungen stellen wir hier vor.

Finanzielle Leistungen

Grundsätzlich haben schwangere, geflüchtete Frauen den Anspruch auf Regelleistungen in der medizinischen Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt. Doch leider können noch immer nicht alle Frauen diese Regelleistungen in Anspruch nehmen. Gründe dafür liegen etwa in umständlichen Abrechnungsverfahren und in Sprachbarrieren. Auch die Isolation der Frauen durch schlecht angebundene Unterbringungen verhindert den Zugang zur Regelversorgung.

Ganz wesentlich gilt es, bereits bestehende Ansprüche auf finanzielle Leistungen den Frauen barrierefrei zugänglich zu machen und komplizierte Abrechnungsverfahren zu vereinfachen. Dazu kann beispielsweise die flächendeckende Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte beitragen. Um Sprachbarrieren abzubauen, brauchen Betroffene Sprachmittlung in der medizinischen Versorgung. Sie muss in ausreichendem Umfang gewährleistet und finanziert werden. Über die Entwicklung eines klaren Finanzierungskonzepts hinaus brauchen Dolmetscher*innen Qualifizierungsangebote und Weiterbildungen in gesundheitlichen Themen und zu Themen rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Um den Frauen einen barrierefreien Weg zu einer medizinischen Versorgung zu gewährleisten, sollten Fahrt- und Transportkosten zu Besuchen von Fachärzt*innen, Hebammen und Krankenhausaufenthalten finanziert und darüber hinaus Fahrten organisiert werden. Eine Kinderbetreuung während ihrer Abwesenheit ermöglicht vielen Frauen erst den Zugang zur Regelversorgung. Über die medizinische Versorgung in der Schwangerschaft hinaus benötigen alle Frauen zudem kostenfreien Zugang zu Verhütungsmitteln – damit sie ihre Familienplanung letzten Endes selbst bestimmen können.

Zugang zu Fachärzt*innen und Hebammen

Fachärzt*innen und Hebammen leiden vielerorts unter Überbelastung. Solche Versorgungsdefizite wirken sich vor allem auf geflüchtete Frauen aus. Es ist essenziell, dass die Versorgung durch Hebammen und Fachärzt*innen generell ausgebaut und flächendeckend und unabhängig von regionalen Begebenheiten allen Frauen zur Verfügung steht. Aber auch Abrechnungshürden führen dazu,

dass Fachärzt*innen und Hebammen geflüchtete Frauen im Rahmen einer Schwangerschaft nur mangelhaft versorgen können. Sie können die besonderen Bedarfe von Patientinnen bisher nicht abrechnen. Dazu gehören etwa längere Behandlungszeiten durch Sprachmittlung oder auch längere Anfahrtswege für Hebammen. Neue Abrechnungsschlüssel müssen solche Besonderheiten berücksichtigen.

Um auf Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen besser reagieren zu können und das Gesundheits- und Versorgungssystem diesbezüglich besser vernetzen zu können, braucht es zudem eine institutionalisierte Vernetzung der psychosozialen und medizinischen Akteure.

Gesellschaftliche und politische Partizipation

Vulnerable Gruppen müssen in Entscheidungs- und Veränderungsprozesse, also in allgemeine Strukturveränderungen des Gesundheits- und Versorgungssystems mit einbezogen werden. Um schwangere, geflüchtete Frauen zu erreichen und soziale Isolation zu vermeiden, müssen alle betroffenen Akteure eng mit Vertreter*innen dieser Gruppe zusammenarbeiten. Geflüchtete Frauen sollten ihre Rechte und Zugangsmöglichkeiten nicht nur kennen, sondern diese auch einfordern und mitgestalten können. Neben anderen Maßnahmen tragen etwa Schulungen von Multiplikator*innen in gesundheitsrelevanten Themen dazu bei.

Aufenthaltsrechtliche Sicherung

Lange Asylverfahren und bürokratische Regelungen führen bei geflüchteten Menschen häufig dazu, dass sie lange in einem unsicheren Status leben und zwangsweise umziehen müssen. Vor allem



bei schwangeren Frauen kommt es so mitunter zu Unterbrechungen und Versorgungslücken in der medizinischen und auch psychosozialen Betreuung.

Insbesondere schwangere, geflüchtete Frauen sollten sich darauf verlassen können, dass ihr Aufenthaltsstatus zeitnah geklärt wird. Ihre Asylverfahren müssen unbedingt schnell bearbeitet werden, damit sie ohne Unterbrechung während und nach der Schwangerschaft medizinisch und psychosozial versorgt sind. Das gilt im Übrigen für alle migrierten, schwangeren Frauen. Das Aufenthaltsrecht der Neugeborenen muss ebenfalls gesichert sein. Darum ist es unabdingbar, dass schwangere, geflüchtete Frauen auch bei fehlenden Identitätsnachweisen in allen Bundesländern das Recht besitzen, einen Geburtsregisterauszug für ihr Neugeborenes zu erhalten.

Aber auch Frauen ohne Aufenthaltspapiere brauchen einen Zugang zur medizinischen Regelversorgung, um auch in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität vor, während und nach der Geburt medizinisch gut versorgt zu werden. Darüber hinaus sollten sie die Möglichkeit haben, eine Geburtsurkunde für ihr Kind zu bekommen, ohne dass ihr Aufenthalt dadurch gefährdet wird.

Wohnsituation

Um schwangere, geflüchtete Frauen vor Gewalt zu schützen und ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu gewährleisten, reichen Gewaltschutzkonzepte in Unterkünften nicht aus. Schwangere, geflüchtete Frauen und andere vulnerable Gruppen brauchen die Möglichkeit, ihren Wohnort frei nach ihren spezifischen Bedarfen zu wählen. Aber auch im Bereich

Ernährung und Hygiene muss den Frauen ein selbstbestimmter Zugang gewährleistet werden, um mögliche Gesundheitsrisiken aufgrund der Wohnsituation ausschließen zu können. Von grundlegender Relevanz ist hier das Recht und darüber hinaus auch die Möglichkeit auf Privatsphäre vor allem für schwangere Frauen und Frauen nach der Geburt.

Nachhaltigkeit

Es ist essenziell, das Thema Schwangerschaft und Flucht in der (Fach-)Öffentlichkeit präsenter zu machen und darüber hinaus die Erfahrungen, Kenntnisse und Ergebnisse des Projektes in die Regelstrukturen zu überführen, um die Versorgung von schwangeren, geflüchteten Frauen nachhaltig zu verbessern.

Dabei bewegen wir uns in einem Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit, auf spezifische Bedarfe zu reagieren, und der Notwendigkeit, das Versorgungs- und Gesundheitssystem insgesamt für vulnerable Gruppen zu öffnen.

Damit das Versorgungs- und Gesundheitssystem zukünftig dauerhaft allen Menschen offensteht, müssen wir uns mit den verschiedenen vulnerablen Gruppen auseinandersetzen. Dazu braucht es zunächst einen öffentlichen Diskurs in der Fachöffentlichkeit und in der Politik.

Das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ hat einen ersten Anstoß dazu gegeben und den Fokus auf schwangere, geflüchtete Frauen in den entsprechenden Fachgremien platziert. ■

Das können wir tun

Drei Jahre Modellprojekt und eine Vielzahl von Erkenntnissen: Unsere Handlungsempfehlungen sollen Netzwerkarbeit stärken und Fachakteure unterstützen.

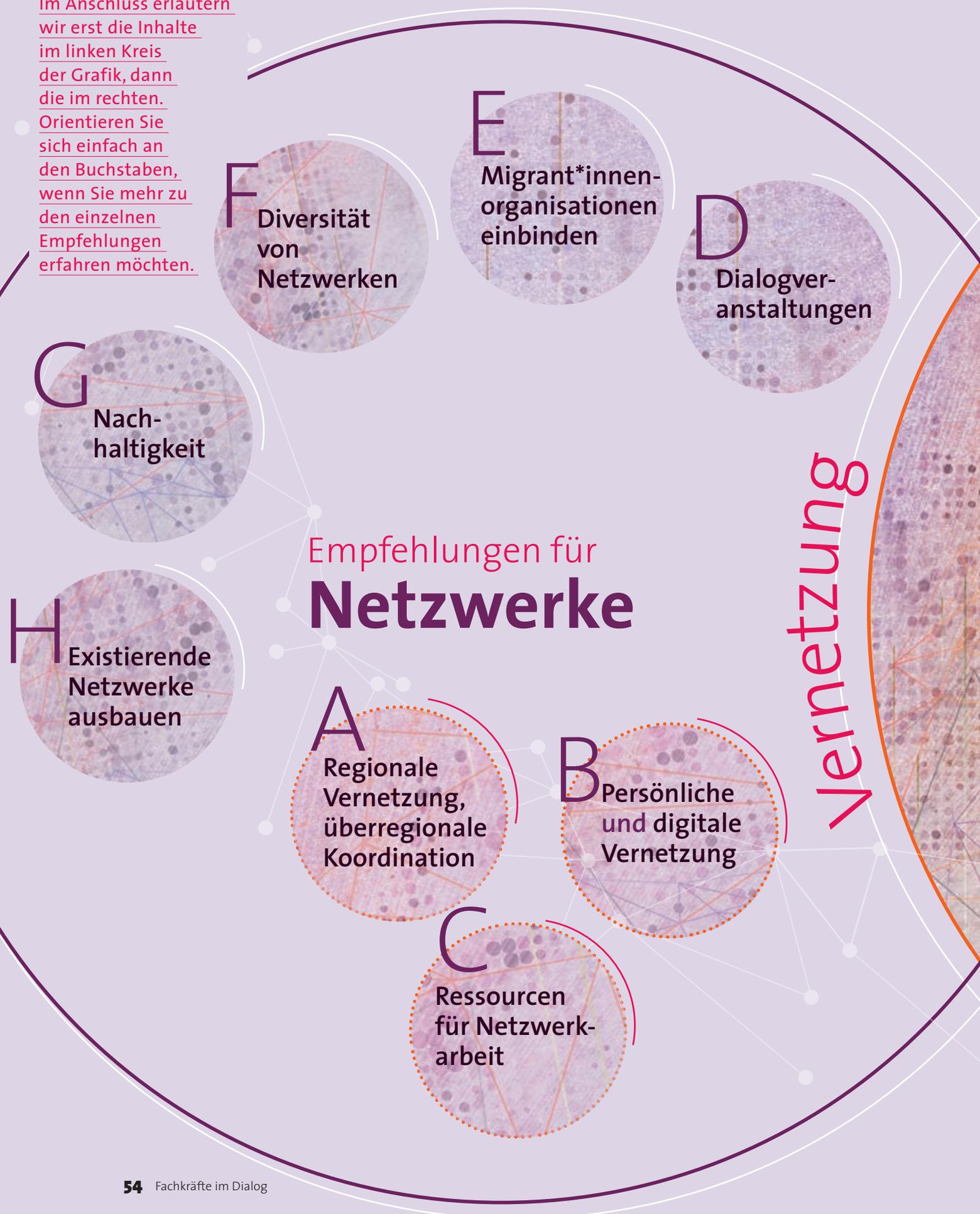
Das Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen verfolgte zwei primäre Projektziele: die Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs zur Wahrung und Wahrnehmung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) schwangerer, geflüchteter Frauen und die Erprobung von Vernetzungshilfen für Akteure verschiedener Institutionen, die Angebote für diese Zielgruppe anbieten.

Im Rahmen von trägerübergreifender Vernetzung und Kooperation generierte das Modellprojekt in den letzten 36 Monaten Wissen um die Bedarfe der betroffenen Frauen, erweiterte Fachwissen und erfasste systematisch die Angebote von Fachkräften.

An den acht regionalen Projektstandorten wurde hierbei während 24 Monaten Laufzeit eine Vielzahl an Kontakten geknüpft und 53 Veranstaltungen organisiert. Es entstand eine Website mit Datenbank, die Überblick über Expert*innen, Angebote und Termine gibt und in deren Mediathek 283 Dokumente zum Download bereitstehen. Die auf den nächsten Seiten folgenden Empfehlungen leiten sich unmittelbar aus der Arbeit des Modellprojekts ab. Die Empfehlungen sollen zum Gelingen guter Netzwerkarbeit beitragen und Fachakteure unterstützen. Im Dialog mit Kolleg*innen verschiedenster Arbeitsbereiche hat sich gezeigt: Diese Empfehlungen besitzen Relevanz für die Fachpraxis und können zielführend sein. Sie erheben jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Empfehlungen basieren auf der Arbeit, der Diskussion, dem Austausch auf unterschiedlichen Ebenen, der Facharbeit und Fachinformation sowie auf Erkenntnissen des Projekts und der Projektevaluation. ■

Von links nach rechts:
Im Anschluss erläutern
wir erst die Inhalte
im linken Kreis
der Grafik, dann
die im rechten.
Orientieren Sie
sich einfach an
den Buchstaben,
wenn Sie mehr zu
den einzelnen
Empfehlungen
erfahren möchten.



Vernetzung

Empfehlungen für Fachakteure

A Angebote mit den betroffenen Frauen entwickeln

B Wissen über Klientinnen

C Diskriminierungssensible Öffnung

D Diversity als Kompetenz

E Neue Räume

F Arbeiten mit Dolmetscher*innen

G Kenntnis von Rechten, Wissen von Leistungen

H Sensibilisierung für SRGR

Empfehlungen für Netzwerke

A Regionale Vernetzung, überregionale Koordination

B Persönliche und digitale Vernetzung

„Die Arbeit in anderen Städten zum selben Thema hat uns hier vor Ort inspiriert.“

Ein Erfolgsrezept des Modellprojekts Fachdialognetz liegt in der Verschränkung von regionaler Vernetzung und überregionaler Koordination. In der Arbeit der Fachinformations- und Vernetzungsstellen an acht sehr unterschiedlichen Städten und Gemeinden zeigte sich schnell, dass nicht alle Vernetzungstools und -strategien überall gleich gut funktionieren. Zu sehr unterscheiden sich lokale Strukturen, Interessen von Fachkräften oder auch politische Handlungsspielräume. Hier braucht es Menschen, die diese Gegebenheiten kennen und Vernetzungsaktivitäten gemeinsam mit den Akteuren vor Ort erarbeiten. Um über lokale Grenzen hinweg Wirkung zu entfalten, braucht es aber auch eine überregionale, koordinierende Schnittstelle, die lokale Expertise bündelt und den Wissenstransfer zwischen Fachakteuren, Politik und Wissenschaft bundesweit ermöglicht. Nur so gelingt Agenda-Setting und nur so lassen sich Veränderungen anstoßen. Regionale Vernetzung bei gleichzeitiger überregionaler Koordination ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen von nachhaltiger Netzwerkarbeit. ■

„Nach und zwischen besuchten Veranstaltungen habe ich immer weitere Informationen in der Datenbank gefunden und konnte mich immer weiter vertiefen.“

Die Verzahnung von persönlichen Beziehungen und webbasierter Vernetzung gehört zu den zentralen Stärken des Modellprojekts und ist im Kontext des Themenschwerpunkts Schwangerschaft und Flucht absolut neu. Die Datenbank ermöglicht es, schnell und niedrigschwellig an Informationen zu gelangen, aber auch, die eigene Expertise einzubringen und so Teil des Netzwerks zu sein. Digitale Tools sollten daher immer in der Vernetzungsarbeit mitbedacht werden – auch in Arbeitsbereichen, deren Fokus auf dem Austausch face to face liegt. Durch die digitale Vernetzung und virtuelle Verfügbarkeit von Expertise können Themen schneller Verbreitung finden; die Datenbank generiert zudem eine deutlich größere Fachöffentlichkeit. Web-Oberflächen sollten daher nutzer*innenfreundlich und partizipativ gestaltet sein, um möglichst viele Interessierte zu erreichen. Doch ohne den Austausch im Rahmen von Treffen und Veranstaltungen ist auch die beste Web-Plattform kein Garant für gelungene Netzwerkarbeit. Auf über 50 Veranstaltungen wurde daher auch im persönlichen Gespräch Wissen erweitert und Netzwerkarbeit gemacht. ■



Ressourcen für Netzwerkarbeit

„Oft fehlt es einfach an Zeit. Dabei ist es so wichtig, zu wissen, was die anderen machen.“

Netzwerkarbeit erbringen viele Fachkräfte nebenbei. Für sie ist es selbstverständlich, zusätzlich zu eigenen Aufgaben Kontakte zu unterschiedlichen Kolleg*innen und Einrichtungen zu unterhalten, Diskussionsveranstaltungen am Abend zu besuchen und sich über Entwicklungen in den lokalen Angebotsstrukturen auf dem Laufenden zu halten. Solche Netzwerkarbeit ist absolut relevant und im Rahmen von Weitervermittlungskompetenzen der Fachkräfte oft unerlässlich. Aber diese Arbeit wird nicht selten – zumindest in Teilen – in der Freizeit geleistet und bleibt unvergütet. Kompetente Netzwerke benötigen aber zeitliche und personelle Ressourcen. Es braucht Menschen, deren Hauptaufgabe im Aufbau und in der Pflege von Kooperationen liegt. Ohne personelle und finanzielle Professionalisierung lassen sich kompetente Netzwerke nicht etablieren und aufrechterhalten. ■



Dialogveranstaltungen

„Es war inspirierend, genügend Zeit zum Austausch zu haben. Es hilft, zu sehen, dass die Kolleg*innen zum Teil sehr ähnliche Probleme haben.“

Ob finanzielle und personelle Ressourcenknappheit, ob inhaltlich offene Fragen oder sich ungewollt aufbauende Barrieren innerhalb der Angebote und der Anbietenden, die Betroffenen den Zugang erschweren – häufig kämpfen Akteure in sehr unterschiedlichen Konstellationen mit ganz ähnlichen Herausforderungen. Intensiver Austausch über die rein fachliche Ebene hinaus erwies sich im Rahmen des Modellprojekts als hilfreiche Intervention, um solche Missstände identifizieren, besprechen und mitunter sogar abmildern oder auflösen zu können. Dazu eignen sich aus der Erfahrung des Fachdialognetzes besonders Veranstaltungsformate, die fachlichen Input und Dialog miteinander verbinden. Die Erkenntnis: Neben der Vermittlung von Fachwissen sollten Veranstaltungen ausreichend Zeit für Gespräche, fachlichen Austausch und gegenseitiges Kennenlernen einplanen. Zu den thematischen Schwerpunkten, die die Fachkräfte im Rahmen des Modellprojekts besonders beschäftigten, gehörten u. a. das Schwangerschafts- und Geburtswissen verschiedener Länder, Asylrecht, Female Genital Mutilation-Cutting (FGM-C), Arbeit mit Dolmetscher*innen oder Trauerbegleitung von Frauen mit Fluchterfahrung. ■



Migrant*innenorganisationen einbinden

An der thematischen Schnittstelle von Frauengesundheit und Flucht finden sich zahlreiche Migrant*innen(selbst)organisationen, die sich für die Belange von geflüchteten Frauen einsetzen. Bei Vernetzungsaktivitäten in diesen (und anderen) Kontexten gilt es daher, diese Akteure und ihre Expertise in besonderem Maß einzubinden. Nicht nur aufgrund ihres Fachwissens, auch weil Migrant*innen(selbst)organisationen wichtige Interventionen leisten – bspw. in Bezug auf diskriminierende Strukturen –, kann ein Netzwerk im Bereich Flucht und Migration nicht ohne sie auskommen. Forderungen eines Einbindens von migrantischen Organisationen in die Vernetzungsarbeit klingen schnell paternalistisch und laufen Gefahr, vermeintliche Trennlinien zwischen Fachkräften auf der einen und Migrant*innen(selbst)organisationen auf der anderen Seite zu ziehen. Die Arbeit des Fachdialognetzes war vom Bemühen geprägt, nicht in diese Vorurteilsfalle zu geraten. Dort, wo die Beteiligung von migrantischen Fachkräften und Organisationen jedoch nicht (oder nur in gewissem Umfang) gelingt, müssen sich Akteure oder Projekte – auch das Fachdialognetz – fragen, welche Ausschlüsse die eigene Arbeit hervorbringt. Es gilt also, die eigenen Strukturen immer wieder kritisch zu hinterfragen, um auch Netzwerkarbeit selbst diskriminierungssensibel und möglichst barrierefrei zu gestalten. ■



F Diversität von Netzwerken

„Da habe ich erst verstanden, was Schwangerschaftsberatungsstellen machen und wie wichtig sie für die Frauen sind.“

Netzwerke arbeiten besonders dann erfolgreich, wenn in ihnen die unterschiedlichsten (für das Thema relevanten) Akteure kooperieren. Diversität von Netzwerken meint dabei zum einen das Einbinden von Fachkräften unterschiedlichster Berufs- und Fachbereiche. Darüber hinaus sollten Netzwerke auch verschiedene Typen von Akteuren einbeziehen – etwa soziale Träger der Gesundheitsversorgung, Einzelpersonen, (Freiberufler*innen, Festangestellte und Ehrenamtliche), Fachgesellschaften und Verbände, Behörden und Verwaltungen u. v. m. Die Erfahrungen des Fachdialognetzes konnten zeigen, dass es nicht immer einfach ist, alle Fachbereiche und Akteursgruppen gleichermaßen einzubinden. Zukünftige Vernetzungsaktivitäten sollten ihre Aufmerksamkeit u. a. zwei Aspekten widmen: Ehrenamtliche (bspw. Lots*innen aus migrantischen Communities) einzubinden erfordert sehr gute Kontakt- und Vernetzungsaktivitäten, die für diese Zielgruppe attraktiv sind, etwa in Bezug auf Thematik, Termingestaltung oder auch die Art der Ansprache. Ähnliches gilt für fachübergreifende Vernetzungsangebote – insbesondere zwischen psychosozialen und medizinischen Akteuren. Da an der Schnittstelle Schwangerschaft und

Flucht viele Fachkräfte aus dem medizinisch-geburtshilflichen Bereich haupt- und ehrenamtlich tätig sind, sind Zeitressourcen hier besonders knapp. Das Modellprojekt konnte erste wichtige Schritte der Kooperation gehen, Fachbereiche zu vernetzen, die vorher nur wenig kooperiert haben. Es bedarf hier aber weiterer Vernetzungsarbeit, um die Zusammenarbeit dieser Disziplinen zu erweitern. ■



Nachhaltigkeit

„Im Fachdialognetz haben wir die Weichen für die weitere Zusammenarbeit gelegt.“

Das Modellprojekt Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen lief über 36 Monate – die Arbeit an den acht Fachinformations- und Koordinationsstellen nur über 24 Monate. Wie auch bei anderen zeitlich begrenzten Projekten stellt sich daher die Frage: Wie lassen sich die entwickelten Strukturen, Kooperationen und Tools verstetigen? Vernetzungsvorhaben sollten sich immer mit der Frage beschäftigen, wie gewonnenes Wissen und etablierte Kontakte über begrenzte Laufzeiten hinaus ihre Wirksamkeit erhalten können. Im Rahmen des Fachdialognetzes gehören hierzu insbesondere die Website www.fachdialognetz.de, die auch nach Projektabschluss online bleiben wird und zukünftig bundesweit Angebote, Expert*innen und Termine erfassen kann. Auch die entstandenen Publikationen (Checkliste für schwangere Migrantinnen, Forschung zu Schwangerschaft und Flucht, Bestandsaufnahme zu medizinischen und psychosozialen Angeboten) stehen weiterhin über die Website zur Verfügung und dienen Fachkräften als Arbeitsmaterialien. Ob die etablierten Netzwerkstrukturen zumindest mittelfristig erhalten werden können, wird sich erst in den kommenden Monaten zeigen. Hierbei soll jedoch hervorgehoben werden, dass das Fachdialognetz selbst nicht nur eine

Vielzahl an Kontakten zwischen Koordinierungsstellen und Kooperationspartner*innen hervorgebracht hat, sondern auch neue Verbindungen unter den Partner*innen. Diese Querverbindungen haben Potenzial zur Nachhaltigkeit, insbesondere dann, wenn sie kommunale Regelstrukturen mit erfassen können und bspw. im Rahmen von Runden Tischen oder Qualitätszirkeln verankert werden. Grundsätzlich gilt aber: Netzwerke brauchen hauptamtliche Mitarbeiter*innen und koordinierende Schnittstellen, um dauerhafte Wirkung entfalten zu können. ■



Existierende Netzwerke ausbauen

„Und bei dieser Veranstaltung habe ich dann eine Kollegin kennengelernt, die in einem anderen Stadtteil im Grunde dasselbe Angebot hat wie unsere Organisation. Seitdem arbeiten wir regelmäßig eng zusammen.“

Für die Arbeit der Fachinformationsstellen vor Ort war es besonders wichtig, Doppelstrukturen zu vermeiden, bereits existierende Netzwerke zu erkennen und hier anzudocken. Nur so konnte die Sorge mancher Kolleg*innen entkräftet werden, nun von einem neuen Akteur vereinnahmt zu werden. Doch die aktive Zusammenarbeit mit bereits existierenden Schnittstellen hilft nicht nur, Konkurrenzdenken zu vermeiden. Solche ersten Kooperationsschritte schonen auch Ressourcen, da bereits existierendes (Vernetzungs-) Wissen zugänglich gemacht wird. An den acht Projektstandorten war es in einem nächsten Schritt wichtig, dass sich alle Akteure besser kennenlernen und über die jeweiligen Angebote der anderen informieren. So stellten sich etwa Fachkräfte und Einrichtungen im Rahmen von Projektveranstaltungen vor und berichteten über ihre Arbeit. Auch wenn diese Erkenntnis naheliegender klingen mag: Nur wer sich kennt, kann auch zusammenarbeiten und voneinander lernen. Im Rahmen des Modellprojekts wurde immer wieder deutlich, dass auch existierende Kooperationen ausbaufähig sind. ■

Empfehlungen für Fachakteure

Das Fachdialognetz ist ein Vernetzungsprojekt für und mit Akteuren unterschiedlicher Themen- und Arbeitsfelder. Hierzu zählen Medizin und Geburtshilfe, der psychosoziale Bereich, der Arbeitsschwerpunkt Flucht und Migration, frauen- und Mädchenspezifische Hilfe sowie öffentliche Verwaltung. Mit dem Begriff Akteure oder Fachkräfte sind im Kontext des Modellprojekts zum einen Menschen aus Berufsgruppen dieser Bereiche (bspw. Hebammen, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen oder Berater*innen) gemeint. Unter Fachkräfte verstehen wir zum anderen im Kontext des Modellprojekts aber auch eine Vielzahl an Ehrenamtlichen – teilweise ohne Ausbildung in den genannten Themenbereichen oder mit Abschlüssen, die in Deutschland nicht anerkannt sind. Darüber

hinaus umfassen die Akteure des Fachdialognetzes auch Organisationen und verschiedene Organisationsebenen (bspw. regionale und überregionale Träger, Vereine, Migrationsdienste, Behörden oder Migrant*innenorganisationen). Ziel war und ist es, möglichst alle Personen und Organisationen einzubinden, die an der Schnittstelle von Frauengesundheit und Flucht arbeiten. Gerade durch die Vielfalt der Akteure, Interessen und Organisationsweisen konnten fachübergreifende Zusammenarbeit und Wissenstransfer realisiert werden. Diese plurale und hoch engagierte Angebotsstruktur bildet den Kern des Modellprojekts Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen. ■

A Angebote mit den betroffenen Frauen entwickeln

„Wir fragen uns, wie wir die Frauen bei der Entwicklung von Angeboten direkt beteiligen können, und arbeiten auch mit Migrant*innen-selbstorganisationen zusammen.“

Strukturveränderungen, die schwangere, geflüchtete Frauen betreffen, sollten mit den Betroffenen gemeinsam entwickelt werden. Sie verfügen über wertvolle und notwendige Ressourcen und Expertisen. Ganz nach dem Motto „Redet nicht über, sondern mit uns“ gilt es für die Fachpraxis und die Politik, auch Beratungs- und Unterstützungsangebote in Absprache und in Zusammenarbeit mit Betroffenen und ihren Communities zu erstellen. So kann ein Umzug in eine eigene Wohnung die Lebensumstände für viele schwangere Geflüchtete deutlich verbessern. Für andere Betroffene bedeutet sie aber eine Trennung vom sozialen Umfeld und verschlechtert daher ihre Lage. Kommunikation auf Augenhöhe kann vermeiden, dass Hilfsangebote an den Wünschen und Bedürfnissen der Frauen vorbeigehen. Es gilt also, schwangere, geflüchtete Frauen darin zu unterstützen, ihre eigene Stimme hörbar zu machen und ihre Belange zu vertreten. Dies stärkt die Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenzen der Betroffenen – beides hoch relevante Faktoren für gesellschaftliche Teilhabe und Wohlbefinden. ■

B Wissen über Klientinnen

„Ich habe nur wenig Zeit für Recherche und freue mich über jede Form von geprüfter oder zusammengestellter Fachinformation.“

In Fachdiskursen und in der Forschung existiert nur sehr wenig Wissen über die Situation sowie den Hilfe- und Unterstützungsbedarf schwangerer, geflüchteter Frauen. Die wenigen Erkenntnisse, die es gibt, verweisen auf ein deutlich höheres Schwangerschaftsrisiko bei dieser Gruppe. Dies lässt sich u. a. auf den erschwerten Zugang zum Versorgungs- und Gesundheitssystem, belastende Erfahrungen in den Heimatländern und auf der Flucht sowie auf die Angst vor Abschiebung und Ausgrenzungen im Ankunftsland zurückführen. Hinzu kommen schlechte Bedingungen in vielen Unterkünften (etwa unhygienische Sanitäreinrichtungen, mangelnder Gewaltschutz und schlechte Ernährung). Fachkräfte, die mit schwangeren, geflüchteten Frauen arbeiten, müssen ihren Blick für die besondere Situation dieser Frauen schärfen und ihr Wissen entsprechend erweitern. Gerade Vernetzungsarbeit wie im Rahmen des Fachdialognetzes kann hierbei wichtige Unterstützung leisten, Forschungslücken identifizieren und den Wissenstransfer befördern. So bildeten sich Fachkräfte beispielsweise im Rahmen von thematischen Schwerpunktveranstaltungen zu vielfältigen Themen fort und erweiterten ihr

Wissen um die Bedarfe der betroffenen Frauen.

Trotz gewisser gemeinsamer Faktoren handelt es sich bei schwangeren, geflüchteten Frauen jedoch nicht um eine homogene Gruppe. Die Anliegen oder Bedürfnisse etwa im Hinblick auf medizinisch-geburtshilfliche oder psychosoziale Versorgung unterscheiden sich im Einzelfall sehr. Wie auch andere Klient*innen, Patient*innen oder Ratsuchende verdienen schwangere, geflüchtete Frauen eine respektvolle, individuelle Ansprache, die ihren individuellen Unterstützungsbedarf erfasst und auf diesen eingeht. ■

C Diskriminierungssensible Öffnung

„Damit sich Strukturen verändern, müssen alle Beteiligten sich verändern.“

Im Austausch mit Fachkräften wurde klar: Es reicht nicht, dass Einrichtungen sich selbst als offen für jeden begreifen, um Menschen mit geringer gesellschaftlicher Teilhabe und Kenntnissen der Angebotsstrukturen zu erreichen. Das eigene Selbstverständnis der Einrichtungen ist zwar ein wichtiger Aspekt, überwindet aber de facto Ausschlüsse von vulnerablen Gruppen nicht. Es braucht eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Angeboten und Strukturen. Dazu zählen: Informationen und Kommunikationswege mehrsprachig und in einfacher Sprache, die Arbeit mit Dolmetscher*innen und eine Personalpolitik, die sich konsequent um die Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund bemüht und die gesellschaftliche Vielfalt in Teams zum Ziel hat. Darüber hinaus gilt es, Öffentlichkeitsarbeit so zu strukturieren, dass sie unterschiedlichste Zielgruppen adressiert und in ihren Bedürfnissen erreichen kann. Angebote sollten nicht nur sprachlich niedrigschwellig, sondern auch kostenfrei und – insbesondere für Menschen ohne Papiere – anonym möglich sein. Diskriminierungssensible Öffnung sollte als fortlaufender Prozess verstanden werden, bei dem die Einrichtungen ihre Arbeitsweisen und Angebote immer wieder auf ihre Zugänglichkeit überprüfen und diskriminierende Ausschlüsse abbauen. ■



„Wir müssen unsere Professionalität stets selbst hinterfragen. Das ist nicht leicht. Und es ist verblüffend, wie sehr man trotzdem Vorurteilen aufsitzen kann.“

Für die diskriminierungssensible Arbeit mit schwangeren, geflüchteten Frauen bedarf es einer Auseinandersetzung der Fachkräfte mit den eigenen kulturellen Prägungen, Werten und Normen. Hierbei gilt es, mögliche Stereotype und Zuschreibungen zu hinterfragen, gruppenbezogenes Schubladendenken zu vermeiden und Menschen in ihrer Heterogenität und Individualität wahrzunehmen und wertzuschätzen. Eine Reflexion bestehender Machtstrukturen, der eigenen privilegierten Position, aber auch der eigenen Diskriminierungserfahrungen gehört ebenfalls zu diesem Prozess, der als fortlaufend verstanden werden muss. Kultur sollte hierbei nicht als feste und in sich geschlossene Größe, sondern als fluider Austauschprozess mit unterschiedlichen Einflüssen gefasst werden. Im Kontext von Schulungen oder Reflexionsprozessen ist es daher wichtig, die „andere“ Kultur nicht als etwas völlig Fremdes zu verstehen und damit in ihrer Fremdheit festzuschreiben. ■

„Wir gehen direkt auf die Frauen zu und warten nicht, bis sie unsere Angebote finden.“

Verschiedene Barrieren erschweren schwangeren, geflüchteten Frauen den Zugang zu den Regelangeboten des Versorgungs- und Gesundheitssystems. Auch Unterstützungsangebote mit Kommstruktur (etwa in einer Beratungsstelle oder ärztlichen Praxis) erreichen diese Frauen nur sehr eingeschränkt. Fachkräfte, die Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen machen, sollten daher Ideen entwickeln, wie sie diese an anderen Orten erreichen. Hierzu zählen Angebote der aufsuchenden Arbeit, die medizinische Versorgung jenseits von ärztlichen Praxen durch Medinetze oder selbstverwaltete Stadtteilprojekte mit Frauencafés und Kinderbetreuung. Die Begleitung zu Terminen bei Behörden oder im Krankenhaus durch Lots*innen kann Türen ins Regelsystem und somit ebenfalls neue Räume für die Frauen öffnen. Raum steht hierbei nicht nur für bestimmte geografische Lokalitäten, sondern auch für virtuelle Räume (wie Websites, Apps und soziale Medien) und letztlich auch für Handlungsspielräume oder Möglichkeitsräume. Auch wenn das langfristige Ziel eine inklusive Regelversorgung für alle Menschen ist, solange schwangere,

geflüchtete Frauen nicht den gleichen Zugang hierzu haben, braucht es innovative Ideen, um die Versorgung anders zu gestalten und alternative Räume zu erschließen. Auch das Fachdialognetz selbst versteht sich in diesem Sinn als ein neuer Ort des Austauschs und Vernetzens der Fachakteure. ■



F Arbeiten mit Dolmetscher*innen

„Damit ich den Frauen helfen kann, müssen sie mich verstehen. Es kann auch nicht sein, dass Übersetzung nur durch Verwandte oder sogar Kinder geleistet wird.“

Sprachbarrieren erschweren Behördengänge und Untersuchungstermine enorm. Die Zusammenarbeit mit (oft ehrenamtlich tätigen) Sprachmittler*innen ist für viele Fachkräfte daher von großer Bedeutung. Wenngleich der Einsatz von Laien in diesem Kontext absolut wertvoll und wichtig ist, sollten langfristig ausgebildete und thematisch geschulte Dolmetscher*innen diese Aufgabe flächendeckend übernehmen können. Sie würden allen Menschen bei Bedarf zur Verfügung stehen, insbesondere aber vulnerablen Gruppen, die keine eigenen finanziellen Mittel für Übersetzungsdienstleistungen aufbringen können. Für eine solche Versorgung braucht es politischen Willen und finanzielle Ressourcen. Es braucht aber auch fachliche Standards bei allen Fachakteuren, da im Kontext des triadischen Gesprächssettings u. a. Rollenverständnis, Fragen der Neutralität oder der Schweigepflicht (anders) thematisiert und entsprechende Konzepte entwickelt werden müssen. Dies gilt auch für Formate wie Telefon- oder Videodolmetschen, die neben technischen Besonderheiten eigene Regeln erfordern. ■



G Kenntnis von Rechten, Wissen von Leistungen

„Die Versorgung von geflüchteten Frauen bedeutet für uns auch, über Rechte aufzuklären.“

Grundprämisse des Fachdialognetzes wie auch der Arbeit von pro familia im Allgemeinen ist die Annahme, dass Klient*innen Inhaber*innen von Rechten sind. Für die Arbeit des Modellprojekts ist das Recht auf gesundheitliche und psychosoziale Versorgung sowie auf barrierefreie Angebote während der Schwangerschaft und rund um die Geburt besonders relevant. Nicht nur wird der Zugang zu diesen und anderen Bereichen für schwangere, geflüchtete Frauen erschwert, oftmals mangelt es auch an Informationen und Wissen bei den Frauen um das hiesige Versorgungs- und Gesundheitssystem. Fachkräfte und Multiplikator*innen sollten in Bezug auf die Rechte von Klient*innen sensibilisiert sein und ihr fachliches Handeln entsprechend überprüfen. Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen sollten nicht nur über die ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen, sondern auch über ihre Rechte informieren. Dies kann bspw. mehrsprachiges Informationsmaterial zu Patient*innenrechten oder Workshops zu SRGR bedeuten. Darüber hinaus gilt es, sowohl auf Träger- oder Verbandsebene als auch auf politischer Ebene für die Rechte von Klient*innen einzutreten. Solche Advocacy-Arbeit ist besonders im Kontext von überregionaler Zusammenarbeit und Vernetzung von Fachakteuren wirkungsvoll. ■



H Sensibilisierung für SRGR

„Mit der Kairo-Konferenz und der Arbeit der IPPF haben SRGR den Status von Menschenrechten.“

Das Modellprojekt verortet Fragen der medizinischen und geburts-hilflichen Versorgung schwangerer, geflüchteter Frauen im Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) und somit als Menschenrechte. Um schwangere, geflüchtete Frauen und andere vulnerable Gruppen bei der Realisierung ihrer Rechte zu unterstützen, bedarf es aufseiten von Fachakteuren weiterer Sensibilisierung und Kenntnisse. SRGR sollten daher noch stärker Eingang in Aus- und Weiterbildungscurricula der Fachgesellschaften finden. Auch Veranstaltungen mit schwangeren, geflüchteten Frauen sollten die Vermittlung von Rechten zum Inhalt haben. Darüber hinaus empfiehlt es sich, Schwerpunkte aus dem Themengebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit noch weiter aufzugreifen – etwa in den Bereichen Sexualaufklärung, Gewaltprävention und Familienplanung. Dies kann bspw. in Form von Workshops zu Verhütungsmethoden, Sexualität und Partnerschaft geschehen, aber auch in der Vermittlung von Wissen über den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie Unterstützungsangebote bei ungewollter Kinderlosigkeit. ■

Überprüfen und verbessern

Evaluation, die:
sach- und fach-
gerechte Bewer-
tung. Das wollten
wir auch für das
Fachdialognetz.
Die wissenschaft-
liche Begleitung
unserer Arbeit
umfasst fünf
Bausteine.

Das Fachdialognetz hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen durch die Vernetzung von Fachkräften an acht regionalen Modellstandorten zu verbessern. Inwiefern diese Vernetzung gelingen kann, haben die Mitarbeiter*innen aus der Forschung, insbesondere Victoria Schwenzer, Dr. Meggi Khan-Zvorničanin und Dorte Schaffranke, im Rahmen der Projektlaufzeit evaluiert. Die wissenschaftliche Begleitung half, das Projekt im Laufe des Umsetzungsprozesses qualitätsorientiert weiterzuentwickeln, zu beraten und erfolgreiche Vernetzungsansätze im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu identifizieren.

Hier bot Camino eine qualitätsbasierte und fundierte Begleitung. Dieser von der Projektleitung und Camino entwickelte formative Ansatz der Evaluation wurde nicht nur der Projektidee, sondern auch der Umsetzung sehr gerecht. Letztlich können auf Basis der begleitenden Evaluation Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen für die Vernetzungsarbeit im Themenbereich formuliert werden.

DOWNLOADLINK:

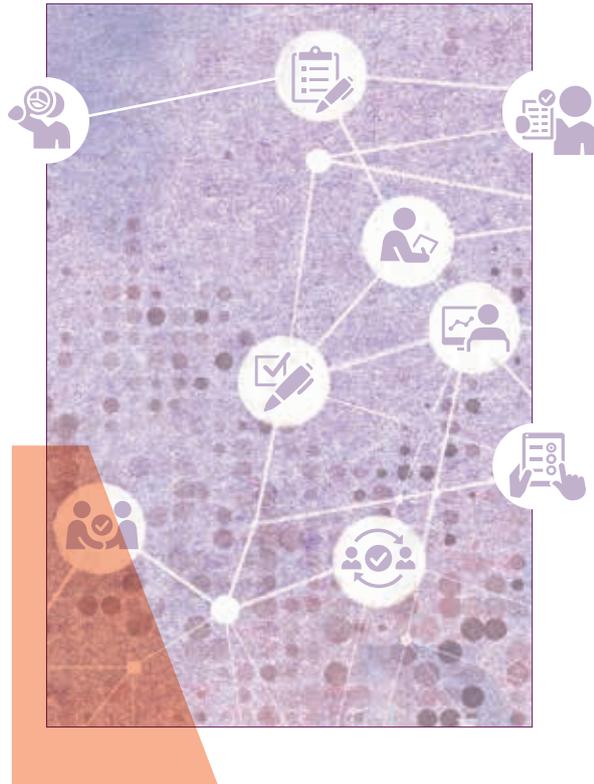
www.fachdialognetz.de/ueber-das-projekt/publikationen/

Fünf Bausteine für mehr Einsicht

Die wissenschaftliche Begleitung umfasst fünf Bausteine. Neben den zwei auf S. 46 und S. 48 vorgestellten Publikationen (Baustein 1 und 2) umfasst sie vier weitere Teilberichte. Die Evaluation basiert sowohl auf qualitativen Daten als auch auf einer Netzwerkanalyse.

Die Evaluation erfolgt aus verschiedenen Perspektiven:

- :: Baustein 3: Perspektive der Koordinatorinnen**
Dieser Baustein beleuchtet die Erfahrungen der Koordinatorinnen und fragt aus dieser Perspektive nach der Kooperationsmotivation der Kooperationspartner*innen.
- :: Baustein 4: Nutzung der Angebote durch Kooperationspartner*innen**
Dieser Baustein analysiert die Kooperationsmotivation und Aspekte des Vernetzungsverhaltens aus der Perspektive ausgewählter Kooperationspartner*innen.
- :: Baustein 5: Netzwerkanalyse**
Welche Netzwerke und Netzwerkbeziehungen verändern sich durch das Modellprojekt wie? Baustein 5 geht dieser Frage nach und stellt die bestehenden Netzwerkstrukturen im Rahmen einer Netzwerkanalyse an den acht regionalen Standorten dar.
- :: Die Empfehlungen**
Die abschließenden Schlussfolgerungen formulieren Empfehlungen für künftige Vernetzungsprojekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht. Die Handlungsempfehlungen sollen außerdem die Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen verbessern. ■



Projekt- beteiligte

:: pro familia Bundesverband

Dr. John Litau (Projektleitung ab November 2016 bis Juni 2019)

Leonie Reichert (Projektleitung ab Juli bis Oktober 2019)

Martina Sehring (Projektleitung ab Juli bis Oktober 2019)

Elisabeth Imöhl (Projektadministration)

Renate Broekmans (Buchhaltung)

Sigrid Weiser (Projektentwicklung)

Jutta Güldenpfennig (Geschäftsführung)

:: pro familia Landesverband Berlin

Katharina Meier (Projektkoordination)

Petra Alex (Buchhaltung)

Sibylle Schreiber (Geschäftsführung)

:: pro familia Landesverband Bremen

Kaya Rebe (Projektkoordination)

ab Februar 2018 bis April 2019)

Laura Schweer (Projektkoordination)

ab Mai 2017 bis Januar 2018)

Susanne Bach (Buchhaltung)

Monika Börding (Geschäftsführung)

:: pro familia Ortsverband Gießen

Carolin Jentzsch (Projektkoordination)

Christine Karches (Geschäftsführung bis Dezember 2018)

:: pro familia Landesverband Hamburg

Kerstin Erl-Hegel (Projektkoordination)

Kersten Hartge (Buchhaltung)

Kerstin Falk (Geschäftsführung)

:: pro familia Ortsverband Karlsruhe

Kaja Kopkow-Miller (Projektkoordination)

Ines Backhaus (Buchhaltung)

Irene Kittler-Nieden (Geschäftsführung)

:: pro familia Ortsverband Mainz

Leonie Reichert (Projektkoordination)

Katharina Helker (Buchhaltung ab April 2018)

Christian Leissler (Buchhaltung bis März 2018)

Dr. Gisela Hilgefert (Geschäftsführung)

:: pro familia Landesverband Sachsen

Anneke Damm (Projektkoordination)

Kerstin Gusejnow (Buchhaltung)

Ursula Seubert (Geschäftsführung)

:: pro familia Landesverband Thüringen

Karin Kretschmer (Projektkoordination)

Anastasia Tseliou-Auer (Buchhaltung)

Elke Lieback (Geschäftsführung)

:: Weitere Beteiligte und Dienstleister*innen

Sarah Pust, Pustebloommedia (Moderation)

Lutz Saure, NolinK (Webseitenprogrammierung)

Horst Hornig, Petra Wehling, Jenni Kuck, Meike Gerstenberg und Susanne Gerhards, MedienMélange: Kommunikation (Kommunikation und Design)

Victoria Schwenzer, Dr. Meggi Khan-Zvorničanin und Dorte Schaffranke, Camino: Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH (Evaluation)



