TEILBERICHTE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG – BAUSTEINE EINS BIS FÜNF: EINLEITUNG

MODELLPROJEKT „FACHDIALOGNETZ FÜR SCHWANGERE, GEFLÜCHTETE FRAUEN“

DR. MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN / VICTORIA SCHWENZER

BERLIN 2019

CAMINO

Erstellt im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ des Bundesverbands pro familia e.V.

Der Teilbericht 5 wurde unter Mitarbeit von Carlotta Peters erstellt.

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

INHALT

EINLEITUNG 5

QUELLENVERZEICHNIS 7

EINLEITUNG

Das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ des pro familia Bundesverbandes hat sich zum Ziel gesetzt, durch Fachvernetzung, Fachaustausch und die Förderung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachakteure die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen an acht Modellstandorten zu verbessern.

Das Modellprojekt wurde durch Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung wissenschaftlich begleitet. Die Begleitforschung wurde als ein formatives Angebot konzipiert, das sich an den Bedarfen und Wünschen der Projektbeteiligten orientiert. Diese partizipativ ausgerichtete Vorgehensweise diente der Unterstützung und Beratung der Projektleitung im Sinne der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Projekts im Laufe des Umsetzungsprozesses. Weiterhin zielte die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts darauf ab, erfolgreiche Vernetzungsansätze im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu identifizieren und darauf aufbauend Schlussfolgerungen sowie Empfehlungen für die Vernetzungsarbeit im Themenbereich zu ziehen. Damit steht die Dialog-/Lernfunktion von wissenschaftlicher Begleitung und formativer Evaluation im Mittelpunkt. Diese beinhaltet, den Stakeholdern, d.h. den unterschiedlichen Projektbeteiligten, „Informationen zu liefern, um zu einer angemessenen Einschätzung des evaluierten Prozesses zu kommen“ (Flick 2006b, 14).

Die wissenschaftliche Begleitung umfasst fünf Bausteine. Diese ergänzen sich in Bezug auf die darin untersuchten Perspektiven und verwendeten wissenschaftlichen Methoden. Jeder Baustein wird in einem gesonderten Teilbericht behandelt. Vorangestellt ist jedem Teilbericht immer eine Zusammenfassung (Executive Summary) der wichtigsten Ergebnisse des jeweiligen Bausteins. Jeder Teilbericht enthält eine Einleitung, die eine einheitliche Struktur aufweist. Der vorliegende Abschlussbericht umfasst alle fünf Teilberichte. Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Beim ersten und zweiten Teilbericht der wissenschaftlichen Begleitung handelt es sich jeweils um eine Expertise zum Oberthema Schwangerschaft und Flucht. Die erste Expertise beinhaltet eine Bestandsaufnahme und Einschätzung der aktuellen wissenschaftlichen Forschung zu Schwangerschaft und Flucht mit einem Schwerpunkt auf sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten. Dabei werden auch Forschungslücken deutlich gemacht. Die zweite Expertise stellt eine Bestandsaufnahme der Angebotsstruktur zur Unterstützung schwangerer, geflüchteter Frauen dar. Auch hier werden neben bereits existierenden Angeboten bestehende Lücken aufgezeigt. Die beiden Expertisen wurden bereits während der Projektlaufzeit auf der Webseite des Modellprojektes (fachdialognetz.de) veröffentlicht.

Die Bausteine 3 und 4 ergänzen einander im Hinblick auf die gewählten Perspektiven. Der Teilbericht zum Baustein 3 analysiert die Nutzung der Fachinformations- und Vernetzungsangebote des Modellprojekts durch die jeweiligen Kooperationspartner/innen vor Ort (hierzu gehören Beratungsstellen, medizinisch-geburtshilfliche Angebote wie Hebammensprechstunden, kommunale Verwaltungsmitarbeiter/innen u.v.a.) aus der Perspektive der Fachkoordinatorinnen an den acht Standorten. Der Teilbericht zum Baustein 4 stellt die Perspektive ausgewählter Kooperationspartner/innen der acht Standorte dar. Analysiert werden ihre Teilnahmemotivationen und Aspekte des Nutzungsverhaltens. Die beiden Teilberichte 3 und 4 beinhalten auch Informationen zu den Bedarfen schwangerer, geflüchteter Frauen – zum einen aus der Perspektive der Koordinatorinnen und zum anderen aus der Perspektive ausgewählter Kooperationspartner/innen, die unmittelbar mit den betroffenen Frauen arbeiten.

Der Teilbericht zum Baustein 5 analysiert die Netzwerkstrukturen zum Thema Schwangerschaft und Flucht an den acht Standorten und macht mittels Daten aus der Netzwerkanalyse sichtbar, welche Veränderungen in den Netzwerkbeziehungen durch das Modellprojekt entstanden sind. Damit ergänzt der Teilbericht 5 die qualitativen Daten aus den Bausteinen 3 und

4 um eine strukturelle Perspektive, bei der das Netzwerk selbst im Mittelpunkt der Analyse steht.

Die Teilberichte 3 bis 5 enden jeweils mit Schlussfolgerungen und/oder Empfehlungen für die Durchführung künftiger Vernetzungsprojekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht.

Basierend auf den Ergebnissen aller fünf Bausteine werden auf einer übergreifenden Ebene Handlungsempfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen formuliert (vgl. Broschüre: Handlungsempfehlungen für Praxis, Politik, Wissenschaft).

QUELLENVERZEICHNIS

Flick, Uwe (2006b): Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik – Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

TEILBERICHT BAUSTEIN 1
DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

FORSCHUNG ZU SCHWANGERSCHAFT UND FLUCHT – AKTUELLE BEFUNDE UND FORSCHUNGSLÜCKEN

MODELLPROJEKT „FACHDIALOGNETZ FÜR SCHWANGERE, GEFLÜCHTETE FRAUEN“

DR. MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN

BERLIN 2019

CAMINO

Erstellt im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen“ des Bundesverbandes pro familia e.V.

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

EXECUTIVE SUMMARY 4

1 EINLEITUNG 7

2 AUFENTHALTSRECHTLICHE BEGRIFFE 8

3 ERGEBNISSE 10
3.1 Systematische Übersichtsarbeiten 10
3.2 Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten 12
3.3 Sichere Schwangerschaft und Mutterschaft 15
3.4 Ungewollte Schwangerschaften 18
3.5 Familienplanung 20
3.6 Schwangerschaft in der Illegalität 22
3.7 Zur Lebenslage von Frauen in Flüchtlingsunterkünften 27

QUELLENVERZEICHNIS 35

EXECUTIVE SUMMARY

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

ALLGEMEINES ZUM FORSCHUNGSSTAND

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

PSYCHISCHE UND KÖRPERLICHE GESUNDHEIT

Ein Manko der aktuellen Flüchtlingsforschung besteht darin, dass diese sich noch zu einseitig auf Aspekte der psychischen Gesundheit konzentriert, vor allem auf posttraumatische Belastungsstörungen. Dieser Fokus ist in der Flüchtlingsforschung zwar sehr wichtig, jedoch sollte er nicht getrennt von körperlichen Gesundheitsproblemen betrachtet werden, weil beide Aspekte im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit miteinander verwoben sind. Vor diesem Hintergrund sind holistische Ansätze und ein integratives Vorgehen zielführend, um Bedarfslagen geflüchteter Frauen besser verstehen und adäquate Interventionen entwickeln zu können. In der Literatur sind bereits erste Schritte in die Richtung einer traumasensiblen Perspektive auf sexuelle und reproduktive Gesundheit erkennbar. Hierdurch eröffnet sich ein weites, in Deutschland bislang noch weitgehend unbearbeitetes Forschungsfeld. Insbesondere gilt es zu erforschen, was gesundheitliche und psychosoziale Bedarfe von gewaltbetroffenen geflüchteten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind und wie gynäkologische und geburtshilfliche Dienstleistungen für die Betroffenen möglichst bedarfsgerecht ausgestaltet werden sollten.

ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN ANGEBOTEN

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

SICHERE SCHWANGERSCHAFT UND MUTTERSCHAFT

Es gibt relativ viele Untersuchungen zum Thema Migration und Frauengesundheit. Die spezifischen Problemlagen schwangerer geflüchteter Frauen werden aber häufig erst durch eine differenzierte Betrachtung der Migrantenpopulation sichtbar. Als wichtige Differenzierungsmerkmale haben sich der Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse und die Aufenthaltsdauer

erwiesen. Um die Heterogenität der Geflüchteten noch besser abbilden zu können, sollten darüber hinaus auch das Herkunftsland und sozioökonomische Parameter regelmäßig mit erhoben werden.

UNGEWOLLTE SCHWANGERSCHAFT

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

FAMILIENPLANUNG

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

AUFENTHALTSRECHTLICHE ILLEGALITÄT

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

LEBENSSITUATION

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

die Identifikation von Ressourcen und Schutzfaktoren gerichtet werden sowie auf mögliche Beispiele guter Praxis im Aufnahme- und Unterbringungsverfahren schwangerer geflüchteter Frauen, um auf dieser Grundlage positive Forderungen formulieren und bessere Angebote konzipieren zu können.

1 EINLEITUNG

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

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

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

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

ZUM AUFBAU DER ARBEIT

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

2 AUFENTHALTSRECHTLICHE BEGRIFFE

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

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

- *Schutzberechtigte* sind geflüchtete Menschen, die nach Abschluss des Asylverfahrens entweder

    - eine „Asylberechtigung“ gemäß Art. 16a Grundgesetz,
    - den „Flüchtlingsschutz“ gemäß § 3, Abs. 1 AsylG oder
    - einen „subsidiären Schutz“ gemäß § 4, Abs. 1 AsylG erhalten haben.

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

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

- *Geduldete* sind ausreisepflichtige Personen, bei denen gemäß § 60a AufenthG unverschuldete Abschiebungshindernisse bestehen (z.B. unklare Staatsangehörigkeit oder Staatenlosigkeit). Ihnen wurde eine aufenthaltsrechtliche „Duldung“ erteilt, was mit einer

[1] In den Jahren 2014 und 2015 überstieg die Anzahl der registrierten Asylsuchenden die der Antragstellenden zum Teil um das Vielfache, z.B. betrug im November 2015 die Anzahl der registrierten Asylsuchenden 202.101 Personen gegenüber 57.816 Antragsteller/innen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2017).

[2] Als „schutzberechtigt“ gelten auch sogenannte „Kontingenz- oder Resettlement-Flüchtlinge“. Anders als andere Geflüchtete müssen diese jedoch nicht das Asylverfahren durchlaufen. Ihre Aufnahme erfolgt gemäß § 23, Abs. 4 und § 24 AufenthG auf der Grundlage internationaler Abkommen. Beispielsweise wurden hierdurch in den Jahren 2013 bis 2015 insgesamt 20.000 Syrer/innen aufgenommen. Lt. Auskunft des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge ist diese Aufnahmemöglichkeit mittlerweile ausgelaufen (vgl. BAMF 2017a).

Vielzahl von Restriktionen verbunden ist (z.B. Wohnortzuweisung, Residenzpflicht, Unterbringung in einer Sammelunterkunft, Arbeitsverbot, eingeschränkte Sozialleistungen).

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

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

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

3 ERGEBNISSE

3.1 SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEITEN

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

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

Bozorgmehr et al. (2016) haben aus der Perspektive gesundheitswissenschaftlicher Versorgungsforschung den Stand der Forschung zum Gesundheitszustand und zur medizinischen Versorgung geflüchteter Menschen aufgearbeitet. Hierzu hat die Autorengruppe zunächst über 1.500 Abstracts gesichtet und Referenzen überprüft, die zwischen 1990 und 2014 publiziert wurden. Mittels vorab festgelegter Einschlusskriterien haben die Autor/innen schließlich 52 relevante Studien identifiziert. Diese wurden im nächsten Schritt im Hinblick auf die untersuchten Forschungsbereiche und -methoden sowie den jeweiligen Aussagegehalt analysiert und bewertet. Auf dieser Grundlage stellen Bozorgmehr et al. fest, dass sich ein Großteil derjenigen Studien, die sich auf körperliche Beschwerden beziehen, Infektionskrankheiten thematisieren, während Studien zu psychischen Erkrankungen vornehmlich posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) in den Blick nehmen (Bozorgmehr et al. 2016, 607). Keine Studien im Bereich der physischen Gesundheit finden die Autor/innen hingegen in Bezug auf die Themen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bei Frauen im Asylverfahren (ebda., 609).

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

Mit der Zusammenführung einer trauma- und geschlechtersensiblen Perspektive umreißen die Autor/innen ein weites, in Deutschland bislang noch weitgehend unbearbeitetes Forschungsfeld. So gilt es ihnen zufolge zu erforschen, was gesundheitliche und psychosoziale Bedarfe von gewaltbetroffenen geflüchteten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind und wie gynäkologische und geburtshilfliche Dienstleistungen für die Betroffenen möglichst optimal trauma- und kultursensibel ausgestaltet werden könnten (ebda., 48). Hierbei sind nach Ansicht der Autor/innen Forschungsdesigns notwendig, die der Heterogenität ge-

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

flüchteter Frauen zum einen durch intersektionale[4] Forschungsperspektiven gerecht werden und zum anderen, indem bei der Zusammenstellung von Untersuchungsgruppen spezifische Phasen im Migrationsprozess berücksichtigt werden, um methodologisch verbgleichbare Ergebnisse zu erzielen (ebda.).

Aus dem in Belgien angesiedelten International Center for Reproductive Health (ICRH) stammt eine ältere, inhaltlich aber immer noch bedeutsame Übersichtsarbeit. Diese wurde mit Mitteln des Europäischen Flüchtlingsfonds im Rahmen eines ICRH-Projekts erstellt.[5] Das Projektkonzept zielt darauf ab, die Integration geflüchteter Frauen in den EU-Mitgliedsländern durch die Stärkung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu fördern (Janssens et al. 2005, 13). Vor diesem Hintergrund haben die Autor/innen der Studie verfügbare Wissensbestände zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit geflüchteter Frauen in Europa zusammengetragen und auf dieser Grundlage weiteren Handlungs- und Forschungsbedarf aufgezeigt (ebda., 13f., 75).

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

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

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

FAZIT

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

[4] Eine solche Perspektive nimmt ineinandergreifende Strukturen sozialer Ungleichheit in den Blick.
[5] Projektlaufzeit: 02/2004 bis 06/2005.

eine Verschränkung einer trauma- und geschlechter- sowie ggf. auch einer kultur- und machtsensiblen Perspektive zielführend wäre, um die Heterogenität geflüchteter Frauen und die Komplexität ihrer Lebenslagen sichtbarer zu machen.

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

3.2 ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN ANGEBOTEN

Nur sehr wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen befassen sich dezidiert mit dem Zugang schwangerer geflüchteter Frauen zu medizinischen und psychosozialen Angeboten und Leistungen.[6] Ernst et al. (2017) benennen auf der Grundlage ihrer Literaturrecherche folgende Zugangsbarrieren: Sprachbarrieren, die Unkenntnis der gynäkologischen Versorgungsstrukturen in Deutschland, Überlastung der Kommunen hinsichtlich der Organisation des Zugangs geflüchteter Frauen zu gynäkologischen und entbindungspflegerischen Angeboten sowie die persönliche Einstellung und interkulturelle Kompetenz aufseiten des Gesundheitspersonals (ebda., 44). Ein weiterer Grund für die Nicht-Inanspruchnahme gynäkologischer und geburtshilflicher Angebote kann den Autor/innen zufolge auch eine seelische Verletzung (Trauma)[7] sein oder eine hieraus resultierende psychische Folgeerkrankung (ebda., 44).

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

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

LEISTUNGEN ZU SEXUELLER UND REPRODUKTIVER GESUNDHEIT ÜBER DAS ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ

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

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

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

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

Razum et al. (2016) führen mit Bezug auf die oben genannte Klausel aus, dass die Gewährung gesundheitlicher Leistungen nach dem AsylbLG in vielerlei Hinsicht eine Ermessensangelegenheit ist, wodurch der Zugang zu Leistungen für die Betroffenen stark vom Zufall abhängt. Zufällig können beispielsweise das jeweilige Engagement und/oder der juristische Sachverstand der/des behandelnden Arztes/Ärztin sein[9] (ebda., 712). Ein wichtiger Kritikpunkt ist zudem, dass Asylsuchende ohne elektronische Gesundheitskarte jeden Arztbesuch vorab bei der zuständigen Behörde, zum Beispiel beim Sozialamt, beantragen müssen, um einen Behandlungsschein für die Kostenübernahme zu erhalten. Ob ein Antrag auf Krankenbehandlung bewilligt oder abgelehnt wird, liegt dann häufig im Ermessen von medizinisch nicht fachkundigem Personal (Razum et al. 2016, 712; RKI 2017, 37). Ebenso zufällig ist die Zuweisung von Asylbewerber/innen in ein bestimmtes Bundesland und eine bestimmte Kommune. Aufgrund von länderrechtlichen Regelungen und abweichenden kommunalen Verfahren werden dort Spielräume, die insbesondere § 6, Abs. 1 AsylbLG bietet, zum Teil sehr unterschiedlich ausgelegt (Razum et al. 2016, 711; RKI 2017, 37f.).

Problematisch ist beim Bezug von Leistungen gemäß AsylbLG auch der Zugang zu Verhütungsmitteln. In der Regel wird die Kostenübernahme hierfür mit dem Argument abgelehnt, dass diese Kosten bereits im Regelsatz enthalten seien (Frings 2017, 15). Allerdings ist der Regelsatz nach dem AsylbLG gegenüber dem Satz nach SGB II und SGB XII deutlich reduziert: 351 Euro (AsylbLG) gegenüber 409 Euro (SGB II, SGB XII), jeweils für Alleinstehende (ebda.). Noch weniger Geld steht bei Unterbringung in einer Einrichtung zur Verfügung, die eine Sachleistungsversorgung praktiziert. Einer alleinstehenden Person steht in diesem Fall nur ein monatliches Taschengeld in Höhe von 135 Euro zur Verfügung (Classen 2016).

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

---

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

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

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

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

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

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

Vor diesem Hintergrund sollte aus der Perspektive sozialwissenschaftlich orientierter Versorgungsforschung und fokussiert auf die konkrete Situation schwangerer geflüchteter Frauen die offensichtliche Ungleichheit und Zufälligkeit des Zugangs zu medizinischen und psychosozialen Leistungen empirisch untersucht werden. Beispielsweise könnte danach gefragt werden, ob schwangere geflüchtete Frauen, die bereits während des Asylverfahrens über eine elektronische Gesundheitskarte verfügen, andere Nutzer- und Perinataldaten aufweisen als entsprechende Vergleichs- und Kontrollgruppen[12]. Ein weiteres Forschungsdesiderat besteht darin, den Zugang von Frauen in prekären Aufenthaltssituationen zu Verhütungsmitteln zu untersuchen. Hierbei wären insbesondere qualitativ-rekonstruktiv angelegte Studien zielführend, die auch die Perspektive der Betroffenen berücksichtigen.

ZUGANG ZU PSYCHIATRISCHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ANGEBOTEN UND LEISTUNGEN

Geflüchtete Frauen haben u.a. ein höheres Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen und Wochenbettdepressionen[13]. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle auf den Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten und Leistungen eingegangen werden.

Psychiatrische Behandlungen zählen gemäß AsylbLG zur Akutversorgung und werden folglich erstattet (RKI 2017). Dagegen ist eine Psychotherapie für gewöhnlich nicht im Leistungsumfang enthalten (ebda.). Übernommen werden kann eine Kurzzeittherapie auf der Grundlage von § 6 AsylbLG (ebda.). Hierbei handelt es sich allerdings um eine der im vorangegangenen Abschnitt bereits erwähnten Ermessensleistungen.

Ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen besteht in der unzureichend geregelten Kostenübernahme für Sprachmittlung (RKI 2017, 40). Erschwert wird die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen auch dadurch, dass hierfür zu wenige Plätze zur Verfügung stehen. So müssen jedes Jahr deutlich mehr Asylsuchende abgelehnt werden, als aufgenommen werden können (ebda.). Eine frühzeitige Behandlung geflüchteter Menschen, die häufiger schwer traumatisiert sein können, ist

[12] Verglichen würden Bezieherinnen von Leistungen gemäß dem AsylbLG mit und ohne elektronische Gesundheitskarte. Als Kontrollgruppen würden Migrantinnen mit sicherem Aufenthaltsstatus und einheimische Frauen fungieren.
[13] Vgl. hierzu z.B. Schmied et al. 2017, O'Mahony/Donnelly 2013, Alhasanat/Fry-McComish 2015.

vor diesem Hintergrund nicht gegeben (ebda.). Bezogen auf die Situation schwangerer geflüchteter Frauen weisen Ernst et al. (2017) auf die folgende Problematik hin. Bei Frauen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung können sich Erlebnisse im Zusammenhang mit einer gynäkologischen Untersuchung, während der Geburt oder ausgelöst durch Veränderungen, die gewöhnlich mit einer Schwangerschaft einhergehen, als sogenannte Trigger-Reize erweisen. Durch diese Reize kann es zu einer Re-Traumatisierung kommen, mit ernsthaften Folgen für die Mutter und das ungeborene Kind (ebda., 45f.).

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

3.3 SICHERE SCHWANGERSCHAFT UND MUTTERSCHAFT

3.3.1 Prävalenz von Schwangerschaften und mögliche Bedarfslagen

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

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

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

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist nach Ansicht der Autor/innen der Befund, dass die gesundheitlichen und psychosozialen Angebote für schwangere geflüchtete Frauen in Deutschland „möglicherweise ausreichend“, die Kommunikation im Behandlungssetting jedoch „eher

[14] Projektlaufzeit: 12/2015 bis 03/2017.

eingeschränkt“ ist, insbesondere dann, wenn die medizinische Betreuung nicht gendersensibel erfolgt (Abels et al. 2017, 27). In diesem Zusammenhang führen die Autor/innen aus, dass die geflüchteten Frauen, mit denen sie in Kontakt gekommen sind, einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf[15] haben, der nicht durch klassische, zumeist auf die Mehrheitsgesellschaft ausgerichtete Beratungsstellen und Informationsmöglichkeiten abgedeckt wird (ebda.). Dagegen hat den Autor/innen zufolge das aufsuchende frauenspezifische und muttersprachlich unterstützte Angebot, das im Projekt umgesetzt wurde, die Frauen gut erreicht (ebda., 11f., 28).

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

Aus der Bestandsaufnahme geht hervor, dass im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Erstaufnahmeuntersuchung gemäß § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) rund 15 % der befragten Ämter (N = 33) „immer“ oder „oft“ einen Schwangerschaftstest durchführen lassen (Bozorgmehr et al. 2016b, 548). Zudem wurde deutlich, dass über 90 % der Ämter bei Schwangerschaften in Erstaufnahmeeinrichtungen „regelhaft“ Bedarfe erfassen und zwar entweder bei allen Betroffenen gleichermaßen oder nur bei bestimmten Zielgruppen bzw. nur in Bezug auf bestimmte Aspekte (ebda., 550). Dagegen erhalten die Ämter (N = 123) „selten“ (20 %) oder „nie“ (45 %) vonseiten der Erstaufnahmeeinrichtungen Informationen darüber, ob sich bei Neuzugängen auch schwangere Frauen oder Wöchnerinnen unter den Asylsuchenden befinden (ebda., 552). Trotz dieses offensichtlichen Mankos bei der Informationsübermittlung, welches die Gefahr einer Unterversorgung nach sich ziehen kann, schätzen die befragten Amtsleiter/innen (N = 90 – 94) das Ausmaß der Sicherstellung der lokalen Gesundheitsversorgung für schwangere Asylsuchende überwiegend als „sehr hoch“ ein (ebda., 551)[16].

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

3.3.2 Schwangerenvorsorge und perinatale Gesundheit

Obwohl es in Deutschland bereits relativ viele Studien zum Themenbereich Migration und Gesundheit gibt, von denen eine ganze Reihe auch gezielt die Themen Schwangerschaft und Müttergesundheit adressieren (vgl. exemplarisch RKI 2008; Borde/David 2003, 2011; Razum et al. 2011), finden sich darunter kaum aussagekräftige Untersuchungen zur Gesundheits- und Bedarfssituation schwangerer geflüchteter und frisch entbundener Frauen. Die vorhandenen Untersuchungen betrachten die Gruppe der Migrantinnen in der Regel nicht differenziert ge-

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

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

nug, sodass unklar bleibt, ob die erhobenen Daten auch die spezifische Situation von Geflüchteten abbilden bzw. ob diese Frauen überhaupt im Rahmen der Untersuchung erreicht und einbezogen wurden.

Wie unterschiedlich die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen innerhalb der Kategorie der schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund ist, wurde im Rahmen einer Berliner Studie deutlich. Über den Zeitraum von einem Jahr (2011/12) wurden ergänzend zu den routinemäßig erhobenen Perinataldaten[17] in drei Berliner Kliniken weitere Angaben zum Migrationshintergrund erfasst und ausgewertet (Brenne et al. 2015). Das Ziel der Untersuchung war es zum einen, festzustellen, ob weiterhin Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf die Nutzung der ärztlichen Schwangerenvorsorge bestehen, und zum anderen, welchen Einfluss soziale, sozioökonomische sowie migrationsspezifische Faktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten haben (ebda., 1).

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

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

Am Beispiel der Berliner Perinatalstudie wird deutlich, dass spezifische Problemlagen von geflüchteten Frauen erst durch eine differenzierte Betrachtung der Migrantenpopulation erkannt werden können. Als wichtige Differenzierungsmerkmale haben sich hierbei der Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse und die Aufenthaltsdauer[18] erwiesen. Um die Heterogenität der Geflüchteten besser abbilden zu können, sollten in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Flüchtlingsforschung darüber hinaus der Einwanderungsgrund, das Herkunftsland und sozioökonomische Parameter regelmäßig mit erhoben werden, wie beispielsweise der Bildungshintergrund, der Grad der sozialen Einbindung und die Unterbringungsart während des Asylverfahrens (zentral oder dezentral). Offengeblieben ist in der Berliner Perinatalstudie auch die Frage, ob und inwiefern die Ergebnisse sich in anderen Regionen in Deutschland replizieren lassen. Forschungsdesiderata bestehen hier auch in Bezug auf die Identifizierung regional unterschiedlich gelagerter Risiko- und Bedarfslagen.

Ein Beispiel für eine Studie, die gezielt die Müttergesundheit von geflüchteten Frauen in den Blick nimmt, stammt aus den Niederlanden. Van Hanegem et al. haben das Risiko von Asylbewerberinnen für lebensbedrohliche mütterliche Komplikationen in der perinatalen Phase im Rahmen einer bevölkerungsbasierten Studie untersucht (van Hanegem et al. 2011). Einbezogen wurden alle national dokumentierten Fälle mit lebensbedrohlichen mütterlichen Komplika-

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

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

tionen vor, während oder kurz nach der Geburt. Die Datenauswertung zeigt, dass Asylbewerberinnen in den Niederlanden im Vergleich zu Einheimischen ein vier- bis fünffach und im Vergleich zu anderen Migrantinnen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko haben, schwere mütterliche Komplikationen in der Perinatalphase zu erleiden (ebda., 1010). Als Risikofaktoren wurden unter anderem eine kurze Aufenthaltsdauer, ein niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Kenntnisse der Landessprache, eine alleinstehende Lebensweise und eine späte Vorstellung in der Geburtsklink identifiziert (ebda.).

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

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

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

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

3.4 UNGEWOLLTE SCHWANGERSCHAFTEN

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

Auch Ernst et al. stellen in ihrer Übersichtsarbeit[19] zur gynäkologischen Versorgungssituation gewaltbetroffener Schwangerer mit Fluchtgeschichte eine völlig unzureichende Datenlage zum Thema ungewollte Schwangerschaften bei Geflüchteten fest (Ernst et al. 2017, 45). Aus die-

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

sem Grund stützen sie sich auf Literatur über einheimische Frauen, um mögliche Problembereiche gewaltbetroffener geflüchteter Frauen, die ungewollt schwanger sind, aufzuzeigen.

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

Aus der internationalen Forschung ist bekannt, dass das Risiko, ungewollt schwanger zu werden, für geflüchtete Frauen höher ist als für einheimische (Lehmann 2002; Kurth et al. 2010; Wolff et al. 2008; Vangen et al. 2008 u.a.). Wie Janssens et al. in einer systematischen Übersichtsarbeit[20] aufzeigen, ist die Gefahr für ungewollte Schwangerschaften bei asylsuchenden Frauen besonders hoch, wenn diese gerade erst in einem Aufnahmezentrum angekommen sind, weil es in der Aufnahmephase häufig zu Unterbrechungen und Unregelmäßigkeiten bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kommen kann (Janssens et al. 2005, 94).

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

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

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

Vor dem Hintergrund des oben dargestellten Forschungsstands zu ungewollten Schwangerschaften bei geflüchteten Frauen lassen sich drei Bereiche ausmachen, in denen Forschungsdesiderata bestehen. Erstens fehlt es an belastbaren Daten zur Prävalenz ungewollter Schwangerschaften sowie sicherer und unsicherer Schwangerschaftsabbrüche bei geflüchte-

[20] Vgl. hierzu auch das Unterkapitel zu systematischen Übersichtsarbeiten in dieser Arbeit.
[21] Vgl. hierzu auch das Unterkapitel zu Schwangerschaft in der Illegalität in dieser Arbeit.

ten Frauen. Bei der Zusammenstellung von Untersuchungsgruppen sollte darauf geachtet werden, dass verschiedene Subgruppen sichtbar werden, z.B. durch Differenzierung nach Aufenthaltsstatus und Herkunft, um Hochrisikogruppen identifizieren zu können. Zweitens fehlt es an vornehmlich qualitativen Untersuchungen zur Betroffenenperspektive. Forschungsdesiderata bestehen hier im Hinblick auf die Beantwortung von Fragen zum Verhütungsverhalten, zu Informations- und Beratungsbedarfen sowie zu Coping-Strategien und Schutzfaktoren. Drittens gilt es, aus der Perspektive gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Versorgungsforschung Versorgungsprozesse zu analysieren, um Zugangsbarrieren sowie förderliche und hinderliche Faktoren im Umgang mit den Betroffenen zu rekonstruieren und Beispiele gut gelingender Praxis zu dokumentieren. Hierbei sollten die Perspektiven aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Berücksichtigung finden.

3.5 FAMILIENPLANUNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.6 SCHWANGERSCHAFT IN DER ILLEGALITÄT

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

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

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

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

Stärker auf die Thematik Schwangerschaft und Frauengesundheit fokussiert ist eine Diplomarbeit von Rinderer (2009). Die Autorin stellt die Ergebnisse einer Literaturstudie zum Thema Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Frauen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität vor und illustriert diese durch Zitate aus zwei leitfadengestützten Interviews, die sie mithilfe einer Dolmetscherin in spanischer Sprache durchgeführt hat. Bei den Interviewten handelt es sich um zwei Frauen, die aus Südamerika stammten und in Deutschland längerfristig ohne gültige Aufenthaltspapiere gelebt hatten bzw. immer noch leben.

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

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

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

Einen ganz anderen Akzent legt eine Fallstudie über die Beziehungsgeflechte nigerianischer Frauen, die sich allein auf den Weg nach Europa gemacht haben und unterwegs schwanger

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

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

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

3.6.1 Die Lebenslage Illegalität

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

GESCHLECHTERVERTEILUNG

Wie Vogel et al. auf der Basis ihrer Literaturauswertung zum Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität feststellen, wird häufig angenommen, dass Männer in dieser Lebenslage überrepräsentiert sind (Vogel et al. 2009, 20). Ihrer Ansicht nach ist diese Einschätzung insbesondere in Großstädten, in denen sich vor allem für Frauen viele Beschäftigungsmöglichkeiten in Privathaushalten bieten, nicht unbedingt plausibel, denn die „Globalisierung der Hausarbeit“ (Lutz 2008) könnte regional auch zu einer Umkehr des Geschlechterverhältnisses führen (Vogel et al. 2009, 20). Auch Kühne und Rinderer kommen auf der Grundlage ihrer Auseinandersetzungen mit der vorhandenen Literatur zu dem Schluss, dass das Geschlechterverhältnis

in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität eng mit den Beschäftigungsmöglichkeiten zusammenhängt und daher deutliche regionale Unterschiede aufweisen kann (Rinderer 2009, 14f.; Kühne 2014, 6). Vogel et al. ermitteln mithilfe eines eigens entwickelten Verfahrens, welches zur fundierten Schätzung der illegalisierten Bevölkerungsanteile erstmals auch auf Daten der Polizeistatistik zurückgreift, für den Stadtstaat Hamburg einen Frauenanteil von 45 % (Vogel et al. 2009, 78, 106). Mylius stützt sich in ihrer Studie über die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland auf Angaben des Hamburger Weltwirtschaftsinstituts aus dem Jahr 2010 (Mylius 2016, 35). Diesen zufolge lag der geschätzte Minimalwert des Frauenanteils in den Jahren 2005/2006 bei 30 %, während der geschätzte Maximalwert 60 % betrug (ebda.). Somit können Frauen von der Lebenslage der aufenthaltsrechtlichen Illegalität im Verhältnis zu illegalisierten Männern mindestens zu einem Drittel und in einigen Regionen sogar fast zu zwei Dritteln betroffen sein.

ALTERSSTRUKTUR

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

1.1.1 3.6.2 Prävalenz und Bedeutung von Schwangerschaft

PRÄVALENZ

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

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

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

hängt, wie bekannt das Angebot in einer bestimmten Migranten-Community ist, welche weiteren Angebote zeitgleich vorhanden sind und in welchem Umfang konkrete Hilfen zur Verfügung stehen (Kühne 2014, 11).

DIE BEDEUTUNG VON SCHWANGERSCHAFT IN DER ILLEGALITÄT

In ihrer medizinethnologischen Studie beschreibt Castañeda die Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität als eine besonders prekäre Phase wegen der Notwendigkeit, mit dem Gesundheitssystem und staatlichen Stellen zu interagieren. Die Betroffenen werden notgedrungen „sichtbar“ (Castañeda 2009, 1556). Dies birgt für sie die Gefahr der Statusaufdeckung und Abschiebung. Zudem erfordern Schwangerschaft und Elternschaft zusätzliche finanzielle Ressourcen bei gleichzeitigem Verdienstausfall und verminderter Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt (ebda.). Auch Kühne und Anderson problematisieren, dass jeder Kontakt mit öffentlichen Stellen für illegalisierte Migrant/innen eine Meldung an die Ausländerbehörde und konsekutiv die Abschiebung nach sich ziehen kann und entsprechend gemieden bzw. so lange wie möglich hinausgezögert wird (Kühne 2014, 11; Anderson 2003, 34).

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

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

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

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

3.6.3 Familienplanung

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

Nach Ansicht von Expert/innen aus der Beratungspraxis ist die Wahl der Methode zur Empfängnisverhütung weniger von den Präventionsangeboten in Deutschland beeinflusst als vielmehr von dem im Heimatland erworbenen Wissen (Lamshöft 2011, 75). Auch Rinderer arbeitet in ihrer Literaturstudie heraus, dass der Zugang zu Verhütungsmitteln in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht nur aus finanziellen Gründen erschwert ist, sondern auch aufgrund von Sprachbarrieren, mangelnder sexueller Aufklärung und aus kulturellen Gründen (Rinderer 2009, 41, 46). Dagegen verweist eine internationale Langzeitstudie, die in einem seit mehr als dreißig Jahren bestehenden Flüchtlingslager an der thailändischen Grenze zu Myanmar durchgeführt wurde, darauf, dass adäquate Schwangerschaftsverhütung im Flüchtlingskontext stark von den jeweils vorhandenen Gelegenheitsstrukturen abhängig ist und sich bei Zugang zu regulären Lebens- und Beschäftigungsverhältnissen rasch an die Situation im Aufnahmeland angleichen lässt (Srikanok et al. 2017, 1,11).

3.6.4 Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten

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

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

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

3.7 ZUR LEBENSLAGE VON FRAUEN IN FLÜCHTLINGSUNTERKÜNFTEN

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

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

Eine bundesweit angelegte Studie der Berliner Charité gibt Einblicke in die psychosoziale Situation geflüchteter Frauen (Schouler-Ocak/Kurmeyer 2017). Insgesamt wurden 693 Frauen mittels mehrsprachiger Fragebögen und im Rahmen von Gruppendiskussionen befragt. Den Autor/innen zufolge stammen die Frauen aus den derzeitigen Hauptherkunftsländern geflüchteter Menschen: Afghanistan, Syrien, Irak, Iran, Eritrea und Somalia. Die Befragten leben in Flüchtlingsunterkünften in verschiedenen Bundesländern. In Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit liegt eine besondere Bedeutung der Studie von Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) in dem folgenden Punkt. Erstmalig werden repräsentative Daten vorgelegt, die Aufschluss über das Ausmaß an körperlichen und psychischen Belastungen, traumatisierenden Erfahrungen und individuellen Ressourcen geflüchteter Frauen geben – allesamt Faktoren, die eng mit Aspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen verwoben sind und auch Einfluss auf den Schwangerschaftsverlauf sowie die perinatale Gesundheit haben.

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

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

Schlüsselakteuren aus der Verwaltung und den Flüchtlingsunterkünften sowie Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit betroffenen Frauen. Aus der Studie von Bekyol und Bendel (2016) geht hervor, dass den besonderen Bedürfnissen, welche die EU-Richtlinie schwangeren Frauen und Müttern von kleinen Kindern zuerkennt, derzeit noch kaum entsprochen wird.

Rabe (2015) hat im Auftrag des Deutschen Instituts für Menschenrechte untersucht, inwieweit bereits existierende Gewaltschutzmaßnahmen in Flüchtlingsunterkünften die Vorgaben der Istanbul-Konvention des Europarats gegen Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt erfüllen. Ihre rechtspolitische Analyse stützt sich auf eine Literaturrecherche und Experteninterviews mit Akteuren aus der Politik und der Beratungspraxis zum Thema geschlechtsspezifische Gewalt in Flüchtlingsunterkünften. Aus ihrer Arbeit wird deutlich, dass geflüchtete Frauen, darunter auch Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern, in den Unterkünften häuslicher und geschlechtsspezifischer Gewalt relativ schutzlos ausgesetzt sind. Besonders prekär ist ihre Lage dadurch, dass ihnen kaum Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräume zur Verfügung stehen und sie zugleich aus aufenthaltsrechtlichen Gründen gezwungen sind, in den ihnen zugewiesenen Unterkünften bis auf Weiteres zu verbleiben.

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

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

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

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

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

3.7.1 Sprachkenntnisse und Bildungshintergründe

EINIGE FRAUEN SIND HOCHQUALIFIZIERT, ANDERE HABEN KEINE FORMALE BILDUNG

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

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

Nach ihren Fremdsprachenkenntnissen befragt, geben 28 % aller Asylbewerber/innen an, Englisch zu sprechen, wohingegen nur 2 % der Befragten Deutschkenntnisse angeben (ebda., 9). Besonders viele Nennungen von Englischkenntnissen finden sich bei Personen aus Syrien (41 %) und dem Iran (31 %). Dies ist insofern plausibel, als diese auch die durchschnittlich höchste Schulbildung aufweisen. Im Vergleich zu den Männern schätzen geflüchtete Frauen ihre Deutschkenntnisse generell als schlechter ein (BAMF 2017b). Zugleich werden Integrationskurse von ihnen seltener und in größerem zeitlichen Abstand zur Einreise besucht (ebda.), obwohl ihre Motivation, die deutsche Sprache zu erlernen, direkt nach der Ankunft am höchsten ist (Abels et al. 2017). Offenbar finden die Frauen keine zu ihren Bedürfnissen passenden Angebote und verlieren ihren anfänglichen Elan (ebda.). Als wichtig werden daher Kurse mit Kinderbetreuungsmöglichkeiten angesehen und eine frühzeitige Vergabe von Kita-Plätzen auch an Kinder von Müttern, die keine oder nur geringe Deutschkenntnisse haben (Abels et al. 2017; BAMF 2017b).

3.7.2 Psychosoziale Situation

PSYCHISCHE UND KÖRPERLICHE BELASTUNGEN

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

Nach ihren Fluchtgründen befragt, geben fast alle Frauen (80 % bis 90 %) Krieg, Terror und Lebensgefahr an (Schouler-Ocak/Kurmeyer 2017, 25). Besonders relevant sind diese Gründe bei Frauen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien, in geringerem Maße zutreffend ist dies bei

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

Frauen aus dem Iran (ebda.). Häufig werden auch Angst vor Entführung und Folter als Fluchtursachen genannt. Ebenso stellen Hunger und das Fehlen jeglicher Lebensgrundlagen oft genannte Fluchtursachen dar (ebda.). Darüber hinaus verweisen die Daten auf regional spezifische Fluchtgründe. So geben Frauen aus Somalia häufiger Angst vor Ehrenmord und Zwangsverheiratung an, während Frauen aus Eritrea eher Folter, sexualisierte Gewalt und Verfolgung wegen politischer Aktivtäten als Fluchtgründe nennen (ebda.). Frauen aus dem Irak geben häufiger als alle anderen Frauen Angst vor Entführung und Verfolgung wegen ihrer Religion an (ebda.).

Nach traumatischen Erlebnissen auf der Flucht oder im Heimatland befragt, berichten die meisten Frauen von Aufenthalten in Kriegsgebieten, wo sie Explosionen, Brände und schwere Unfälle miterlebt haben. Des Weiteren werden Mangel an Nahrung, Wasser und Obdach genannt (Schouler-Ocak/Kurmeyer 2017, 30). Traumatisch war für die Befragten häufig auch der Verlust von Familienmitgliedern oder Freunden durch gewaltsamen Tod, Verschwinden oder Entführung. Weniger häufig, aber in signifikanter Ausprägung werden schwer traumatisierende Ereignisse genannt, wie Gefangenschaft, Folter, Entführung und sexualisierte Gewalt (ebda.).

BELASTUNGEN UND STRESSFAKTOREN IM AUFNAHMELAND

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

PROTEKTIVE FAKTOREN

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

3.7.3 Wohnsituation und Lebensbedingungen in Deutschland

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

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

Für die Dauer des Asylverfahrens ist gemäß AsylVfG zunächst der Aufenthalt in einer „Erstaufnahmeeinrichtung“ verpflichtend, welche sich in räumlicher Nähe zur jeweils zuständigen BAMF-Zweigstelle befindet. Die Zuweisung von Asylbewerber/innen erfolgt nach einem länderübergreifenden Verteilungssystem („Königssteiner Schlüssel“), bei dem die Betroffenen kein Mitspracherecht haben (Wendel 2014, 9). Ist das Verfahren nach sechs Wochen, längstens jedoch nach drei Monaten nicht abgeschlossen – das im Oktober 2015 in Kraft getretene Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz erlaubt mittlerweile einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten – erfolgt eine Anschlussunterbringung in „Gemeinschaftsunterkünften“[26] oder „dezentral“ in privaten Wohnungen. Daneben existieren speziell betreute Unterbringungseinrichtungen für „besonders schutzbedürftige“ Personengruppen, wie unbegleitete Minderjährige oder stark traumatisierte Personen. Während der Aufenthalt in den Erstaufnahmeeinrichtungen weitgehend bundesrechtlich geregelt ist, unterliegt die Anschlussunterbringung der Länderhoheit, wobei die kommunalen Gebietskörperschaften wie Landkreise, kreisfreie Städte und Kommunen für die Umsetzung vor Ort zuständig sind (Wendel 2014, 9). Hierdurch existieren deutliche Unterschiede in Bezug auf Aufnahmestandards, Wohnflächen, Betreuungsschlüssel sowie Vorgaben für Lage, Infrastruktur und Qualifikation von Betreuungspersonal (Müller 2013, 12f., 22, 27; Wendel 2014). Auch gibt es unterschiedliche Regelungen und Fristen, ab wann ein Auszug aus einer Gemeinschaftsunterkunft gestattet ist. Die Möglichkeit behördlicher Bevormundung durch Wohnsitzauflagen endet für die Betroffenen erst mit der Anerkennung als Asylberechtigte, als Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention oder mit der Erteilung eines anderen sicheren Aufenthaltsstatus.

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

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

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

PREKÄRE LEBENSBEDINGUNGEN UND SICHERHEITSMÄNGEL IN AUFNAHME- UND GEMEINSCHAFTSUNTERKÜNFTEN

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

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

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

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

SCHUTZBEDÜRFTIGKEIT WIRD HÄUFIG NICHT ERKANNT

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

Wie die Studie von Bekyol und Bendel (2016) zur Umsetzung der EU-Richtlinie am Beispiel von Deutschland und Belgien zeigt, werden die Schutzbestimmungen in den Mitgliedsstaaten bisher jedoch noch nicht wirksam umgesetzt. Neben einem Mangel an speziellen Unterbringungsmöglichkeiten, welcher sich durch den starken Zustrom von Asylbewerber/innen im Jahr 2015 noch verschärft hat, besteht eine Schwierigkeit darin, die verschiedenen Arten von Schutzbedürftigkeit möglichst frühzeitig und valide zu erfassen (Ottersbach/Wiedemann 2017). Zum einen existieren nicht in allen Bundesländern entsprechende Mindeststandards (Bekyol/Bendel 2016). Zum anderen beklagen Expert/innen, dass vorhandene Standards und Screening-Verfahren ungeeignet sind, um beispielsweise Traumatisierungen oder andere, äußerlich nicht sichtbare Formen der Vulnerabilität innerhalb kürzester Zeit zu erkennen (Bekyol/Bendel 2016).

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

BENACHTEILIGUNG AUF DEM FREIEN WOHNUNGSMARKT

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

bewerberinnen, die in betreuten Unterbringungseinrichtungen oder in privaten Wohnungen untergebracht sind.

FAZIT ZU WOHN- UND LEBENDSBEDIUNGEN

Die Wohn- und Lebensbedingungen geflüchteter Frauen sind äußerst prekär sowie emotional und körperlich belastend. Schwangeren Frauen und Müttern mit kleinen Kindern wird gesetzlich durch die EU-Richtlinie 2013/33/EU eine besondere Schutzbedürftigkeit zuerkannt. Ihre Möglichkeiten, die hieraus resultierenden Rechte wahrzunehmen, sind jedoch defizitär. Besonders problematisch für schwangere und frisch entbundene Frauen ist auch die Praxis der vorläufigen Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen und der anschließenden Verteilung auf Länder und Gemeinden, wo ihnen teilweise wiederum nur vorläufige Unterbringungsformen zugewiesen werden. Hierdurch fehlt es den Betroffenen nicht nur an der notwendigen Ruhe, sondern es kommt auch zu räumlichen Trennungen von Freunden, Bekannten und weitläufigeren Verwandten. Hierdurch bricht für die Betroffenen soziale Unterstützung weg, welche insbesondere für Mütter mit kleinen Kindern eine wichtige Ressource darstellt und sich zudem als Schutzfaktor[28] gegenüber der Entwicklung von Wochenbettdepressionen erwiesen hat.

Vor diesem Hintergrund bestehen Forschungsdesiderata darin, die strukturelle Benachteiligung schwangerer geflüchteter Frauen sichtbarer zu machen. Hierzu sollten systematisch die schädlichen Effekte rekonstruiert werden, die diese Benachteiligung im Hinblick auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Betroffenen haben kann. Konkret könnten beispielsweise Beschwerden während der Schwangerschaft, Fehlgeburten und Perinataldaten[29] von Frauen im Asylverfahren mit den Daten von Migrantinnen mit sicherem Aufenthaltsstatus sowie denen von einheimischen Frauen verglichen werden. In diesem Zusammenhang sollten auch unterschiedliche Unterbringungsformen als Variable mitberücksichtigt werden. Zugleich sollte der Blick auf die Identifikation von Ressourcen und Schutzfaktoren gerichtet werden sowie auf mögliche Beispiele guter Praxis im Aufnahme- und Unterbringungsverfahren schwangerer geflüchteter Frauen, um auf dieser Grundlage positive Forderungen formulieren und bessere Angebote konzipieren zu können.

[28] Vgl. hierzu z.B. Schmied et al. 2017, O'Mahony/Donnelly 2013, Alhasanat/Fry-McComish 2015.
[29] Z.B. Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit, Geburtskomplikationen, Müttersterblichkeit.

QUELLENVERZEICHNIS

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

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

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

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

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

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

BAMF (2016b): Migrationsbericht 2015. Zentrale Ergebnisse. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015-zentrale-ergebnisse.pdf (Zugriff 28.07.2018)

BAMF (2017a): Schutzformen http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Schutzformen/schutzformen-node.html (Zugriff 24.07.2017)

BAMF (2017b): Geflüchtete Frauen in Deutschland: Sprache, Bildung, Arbeitsmarkt. BAMF-Kurzanalyse 2017. Unter Mitarbeit von Susanne Worbs und Tatjana Baraulina. Nürnberg. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse7_gefluchtete-frauen.pdf (Zugriff 06.08.2017)

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

BMFSFJ (2017): Gelebte Vielfalt: Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. https://www.bmfsfj.de/blob/116880/83c02ec19dbea15014d7868048f697f2/gelebte-vielfalt--familien-mit-migrationshintergrund-in-deutschland-data.pdf (Zugriff 04.07.2017)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hacker, Karen/Anies, Maria/Folb, Barbara L./Zallman, Leah (2015): Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. In: Risk management and healthcare policy, H. 8, S. 175–183

Huschke, Susann (2013): Kranksein in der Illegalität: Undokumentierte Lateinamerikanerinnen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie. Bielefeld

IPPF (1997): IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte. Deutsche Fassung: pro familia-Bundesverband. Frankfurt a.M. (1997) / International Planned Parenthood Federation (IPPF). London (1996) https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/ippf_charta.pdf (Zugriff 13.10.2017)

IPPF (2009): Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung. London. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf (Zugriff 13.10.2017)

Janssens, Kristin/Bosmans, Marleen/Temmerman, Marleen (2005): Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe. Rights, Policies, Status and Needs. Literature Review. ICRH – International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Faculty of Medicine and Health Science. Gent

Johansson, Susanne (2016): Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs Integration und Migration. Unter Mitarbeit von David Schiefer und Nora Andres. Berlin

Kastner, Kristin (2007): „My baby is my paper!“: familiäre Bindungen nigerianischer Migrantinnen auf dem Weg nach Europa. H. 42 (2), S. 251–273. http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/35629 (Zugriff 10.07.2017)

Kühne, Anna (2014): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. Hamburg. https://d-nb.info/1060484552/34 (Zugriff 15.06.2017)

Kurth, Elisabeth/Jaeger, Fabienne N./Zemp, Elisabeth/Tschudin, Sibil/Bischoff, Alexander (2010): Reproductive health care for asylum-seeking women – a challenge for health professionals. In: BMC public health, H. 10, S. 659

Lamshöft, Maike (2011): Schwanger und im Konflikt – Familienplanung bei undokumentierten Migrantinnen in Berlin. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Frankfurt a.M., S. 73–80

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ottersbach, Markus/Wiedemann, Petra (2017): Die Unterbringung von Flüchtlingen in nordrheinwestfälischen Kommunen. Aspekte eines integrierten Gesamtkonzepts zur nachhaltigen Integration von Flüchtlingen am Beispiel der Stadt Köln. Gefördert durch das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW). Unter Mitarbeit von Deborah Fünderich. Düsseldorf. https://www.th-koeln.de/mam/downloads/deutsch/hochschule/aktuell/nachrichten/f01/expertise_fgw.pdf (Zugriff 12.07.2017)

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

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

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

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

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

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

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

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

Schmied, Virginia/Black, Emma/Naidoo, Norell/Dahlen, Hannah G./Liamputtong, Pranee (2017): Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: A meta-ethnographic study. In: PloS one, H. 12 (3), S. e0172385

Schouler-Ocak, Meryam/Kurmeyer, Christine (2017): Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin

Seyler, Helga (2015): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. In: pro familia Medizin. Der Familienplanungsrundbrief, H. 3, S. 1–5. https://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/profa_medizin-3_2015.pdf (Zugriff 15.06.2017)

Spencer, Rachel/Usta, Jinan/Essaid, Aida/Shukri, Shirin/El-Gharaibeh, Yasemine/Abu-Taleb, Hala et al. (2015): Gender-Based Violence Against Women and Girls Displaced by the Syrian Conflict in South Lebanon and North Jordan: Scope of Violence and Health Correlates. United Nations Population Fund Lebanon/Alianza por la Solidaridad. https://www.alianzaporlasolidaridad.org/wp-content/uploads/GBV-Against-Women-and-Girl-Syrian-Refugees-in-Lebanon-and-Jordan-FINAL.pdf (Zugriff 28.10.2017)

Srikanok, Somjet/Parker, Daniel M./Parker, Amber L./Lee, Tracey/Min, Aung Myat/Ontuwong, Pranee et al. (2017): Empirical lessons regarding contraception in a protracted refugee setting: A descriptive study from Maela camp on the Thai-Myanmar border 1996 – 2015. In: PloS one, H. 12 (2), S. e0172007

UNFPA (2014): Situation Analysis of Youth in Lebanon Affected by the Syrian Crisis. United Nations Population Fund (UNFPA). https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/YSA-SyriaCrisis-FullReport.pdf (Zugriff 28.10.2017)

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

Vangen, S./Eskild, A./Forsen, L. (2008): Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. In: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, H. 115 (10), S. 1309–1315

Vogel, Dita/Aßner, Manuel/Mitrovic, Emilija/Kühne, Anna (2009): Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Diakonisches Werk Hamburg. Hamburg. https://www.ew.uni-hamburg.de/ueber-die-fakultaet/personen/neumann/files/diakonie-endfassung.pdf (Zugriff 21.07.2017)

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

Wolff, Hans/Epiney, Manuella/Lourenco, Ana P./Costanza, Michael C./Delieutraz-Marchand, Jacqueline/Andreoli, Nicole et al. (2008): Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. In: BMC public health, H 8 (93), S. 1–10 https://pdfs.semanticscholar.org/ecc6/e805d9ff40b248adaf4b0644400fae629f21.pdf (Zugriff 04.08.2017)

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

TEILBERICHT BAUSTEIN 2 DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

ANGEBOTSSTRUKTUR FÜR SCHWANGERE GEFLÜCHTETE FRAUEN - EINE BESTANDSAUFNAHME

MODELLPROJEKT „FACHDIALOGNETZ FÜR SCHWANGERE, GEFLÜCHTETE FRAUEN“

VICTORIA SCHWENZER

BERLIN 2017

CAMINO

Erstellt im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen“ des Bundesverbands pro familia e.V.

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

EXECUTIVE SUMMARY 4

1 EINLEITUNG 6

2 METHODISCHES VORGEHEN 7

3 REGELVERSORGUNG FÜR SCHWANGERE FRAUEN 8
3.1. Medizinische und geburtshilfliche Betreuung 8
3.2 Psychosoziale Beratung und Unterstützung 10
3.3 Versorgung für schwangere geflüchtete Frauen 11

4 ZUGANGSBARRIEREN FÜR SCHWANGERE GEFLÜCHTETE 12
4.1 Mehrfachbelastungen der Frauen: Frage der Sensibilität des Gesundheitssystems 12
4.2 Überlastung des Regelsystems 12
4.3 Sprache und mangelnde Information über Rechte und Angebote 13
4.4 Vertrauensaufbau und Differenzen im medizinisch-kulturellen System 14
4.5 Prekäre Wohnsituation und Isolation 14
4.6 Strukturelle Diskriminierung und bürokratische Hürden 14
4.7 Schwangere ohne Papiere: Angst vor Abschiebung 15

5 WELCHE ANGEBOTE ADDRESSIEREN DIE GENANNTEN BARRIEREN? 16
5.1 Zugangsbarriere Sprache 16
Mehrsprachige Publikationen, Materialien und Online-Tools für Schwangere zur sexuellen Gesundheit 16
Weitere mehrsprachige Informationsmaterialien zu speziellen Themen rund um Schwangerschaft und Geburt 17
Mehrsprachige Telefonberatung für Schwangere in Notlagen 18
Dolmetscherdienste und Sprachmittlung 19
Materialien und Informationen für professionelle Fachkräfte und ehrenamtliche Multiplikator/innen 19
5.2 Zugangsbarriere medizinisch-kulturelles System 20
Ehrenamtliche Begleitung und migrantische Lotsinnen 20
Infocafés für Schwangere und junge Mütter 21
Begleitungs- und Beratungsangebote und Kurse von Hebammen, Familienhebammen und Schwangerschaftsberatungsstellen 22
Unterstützung für Fachkräfte in der Begleitung und Beratung von Geflüchteten 23
5.3 Zugangsbarriere Wohnsituation und Isolation 23
Aufsuchende Beratungsarbeit an der Schnittstelle von Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen 23
Aufsuchende und begleitende Betreuungsarbeit durch Ehrenamtsprojekte 25
Medizinisch-geburtshilfliche Angebote in den Gemeinschaftsunterkünften 25
Selbsthilfe durch geschützten Wohnraum 25
5.4 Zugangsbarriere Strukturelle Diskriminierung und Bürokratie 26
5.5 Zugangsbarriere Angst vor Abschiebung 26
5.6 Problemlage Mehrfachbelastungen und Traumatisierungen 27
5.7 Sensibilisierung des Regelsystems, Vernetzung und Fachdialog 28

6. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN 30

QUELLENVERZEICHNIS 32

EXECUTIVE SUMMARY

Der Baustein 2 der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ umfasst eine Recherche zur Angebotsstruktur für schwangere, geflüchtete Frauen in Deutschland. Dabei geht es zum einen um die Frage, ob bzw. inwiefern das bundesdeutsche Gesundheits- und Sozialsystem schwangeren, geflüchteten Frauen einen diskriminierungs- bzw. barrierefreien Zugang zur Regelversorgung ermöglicht, sowie darum, welche Zugangsbarrieren zur Regelversorgung für schwangere, geflüchtete Frauen bestehen. Zum anderen werden beispielhaft Angebote vorgestellt, die die identifizierten Zugangsbarrieren adressieren und versuchen, diese abzubauen.

Der formale Rechtsanspruch für schwangere, geflüchtete Frauen auf medizinische Betreuung und psychosoziale Beratung bedeutet nicht, dass der Zugang für schwangere, geflüchtete Frauen zu diesen Versorgungsbereichen diskriminierungs- bzw. barrierefrei möglich ist. Vielmehr ergeben sich eine Reihe von Zugangsbarrieren zur Regelversorgung für die vulnerable Gruppe der schwangeren Geflüchteten. Zu diesen Zugangsbarrieren gehören Sprachschwierigkeiten und mangelnde Information über Rechte und Angebote, Differenzen im medizinisch-kulturellen System, eine prekäre Wohnsituation und Isolation, strukturelle Diskriminierung und bürokratische Hürden sowie die Angst vor Abschiebung.

Unabhängig von den spezifischen Barrieren für Geflüchtete ist es wichtig zu betonen, dass es zum Teil regional bzw. bundesweit auch grundsätzlich Überlastungen des Regelsystems gibt, die alle Schwangeren betreffen, so z.B. ein Aufnahmestopp in Frauenarztpraxen, ein Mangel an freiberuflichen Hebammen. Diese Überlastungen treffen vulnerable Gruppen, die Barrieren zur Regelversorgung überwinden müssen, umso mehr.

Die Recherche hat gezeigt, dass verhältnismäßig umfangreiche mehrsprachige Informationsmaterialien vorhanden sind, um schwangeren geflüchteten Frauen Informationen über das deutsche Gesundheitssystem und über ihre Rechtsansprüche zu vermitteln; ebenso existieren Materialien im Bereich der Prävention und Unterstützung sowie medizinische Übersetzungshilfen für Betroffene und Fachkräfte. Allerdings ist damit noch nichts darüber ausgesagt, wie die Materialien die Adressat/innen tatsächlich erreichen, und welche Erfahrungen damit gemacht werden. Es liegen Hinweise vor, dass quantitativ und qualitativ ausreichende Dolmetscherdienste im Gesundheitswesen fehlen.

Weiterhin konnte eine ganze Reihe von Angeboten recherchiert werden, die insbesondere versuchen, die Isolation in den Gemeinschaftsunterkünften zu durchbrechen und ein Verständnis des bzw. Vertrauensaufbau zum medizinisch-kulturellen System zu schaffen. Wichtige Akteure bei diesen medizinisch-geburtshilflichen und/oder psychosozialen Angeboten, die durch aufsuchende Arbeit und durch individuelle Begleitung gekennzeichnet sind, sind Hebammen, Berater/innen von Schwangerschaftsberatungsstellen, Familienhebammen, Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog/innen sowie Ehrenamtliche. Einige Angebote setzen auf interdisziplinäre Teams, um sowohl den medizinisch-geburtshilflichen als auch den psychosozialen Bereich fachlich abzudecken.

Auch wenn die Angebotsstruktur auf den ersten Blick umfangreich erscheint, handelt es sich jedoch in der Mehrheit um punktuelle lokale Angebote und nicht um flächendeckende Angebote. Auffällig ist weiterhin, dass die Angebotsstruktur lokal ungleich verteilt ist bzw. dass das Thema Schwangerschaft und Flucht bzw. Migration und Schwangerschaft lokal unterschiedlich präsent ist.

Deutlich wurde anhand der Zugangsbarrieren und Mehrfachbelastungen, dass schwangere, geflüchtete Frauen besondere Bedarfslagen haben, die speziell auf sie zugeschnittene Angebote notwendig machen. Medizinisch-geburtshilfliche Akteure und Akteure aus der psychosozialen Beratung müssen aktiv werden, um schwangere, geflüchtete Frauen zu erreichen. Die

recherchierte Angebotsstruktur lässt bestimmte Prinzipien erkennen, wie dies geschehen kann bzw. wie dies zumindest versucht wird. Zu diesen Prinzipien gehören Niedrigschwelligkeit durch aufsuchende Beratung, individuelle Begleitung durch Lots/innen in das Gesundheitssystem, Empowerment durch Gruppenangebote, Anerkennung der Ressourcen und des Wissens der Frauen durch wertschätzende Haltung, migrationssensible Begleitung durch interkulturelle Offenheit der Fachakteure sowie die Vernetzung von Fachakteuren zur besseren Abstimmung der Betreuung und Versorgung.

Bei allen Diskussionen um kultursensible Begleitung und Betreuung ist zu bedenken, dass die Gefahr einer Kulturalisierung, also einer Betonung antizipierter bzw. zugeschriebener kultureller Unterschiede besteht, die den Begleitungs- und Beratungsprozess behindert.

1 EINLEITUNG

Eine Schwangerschaft bedeutet für viele Frauen eine neue Lebenssituation, die nicht nur Freude auslöst, sondern auch viele Fragen und Unsicherheiten aufwirft. Neben der psychischen und physischen Gesundheit der Frau ist insbesondere auch eine stabile Lebenssituation wichtig, um die Anforderungen und Veränderungen, die sich durch Schwangerschaft und Geburt ergeben, gut bewältigen zu können. Hierbei geht es zum einen um eine Unterstützung von schwangeren Frauen und werdenden Eltern selbst, zum anderen aber auch darum, für die Kinder gute Startbedingungen zu schaffen. Berichten aus der Flüchtlingshilfe zufolge ist davon auszugehen, dass schwangere geflüchtete Frauen besonderen psychischen und z.T. auch physischen Belastungen ausgesetzt sind, denn eine stabile Lebenssituation ist im Aufnahmeland in der Regel zunächst einmal nicht gegeben (vgl. Kleinz 2016). Vielmehr ist die Lebenssituation bis zur Anerkennung des Asyls häufig von Unsicherheit und Ungewissheit geprägt und die Wohnbedingungen in Sammelunterkünften sind für schwangere Frauen und Wöchnerinnen oftmals höchst problematisch. Gleichzeitig haben diese Frauen z.T. traumatische Erfahrungen im Heimatland oder auf der Flucht durchlebt und sind auch deshalb besonderen Belastungen ausgesetzt.

Die vorliegende Recherche wird im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes „Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen“ (im Folgenden auch: „Fachdialognetz“) durchgeführt. Als Recherche zur Angebotsstruktur für schwangere geflüchtete Frauen in Deutschland stellt sie eine Bestandsaufnahme dar, die beschreibt, wie bzw. inwiefern das bundesdeutsche Gesundheits- und Sozialsystem auf die skizzierte Problematik reagiert und für schwangere geflüchtete Frauen Unterstützungsangebote bereitstellt.

Dabei geht es zum einen um die Frage, ob bzw. inwiefern das bundesdeutsche Gesundheits- und Sozialsystem schwangeren geflüchteten Frauen einen diskriminierungs- bzw. barrierefreien Zugang zur Regelversorgung ermöglicht sowie darum, welche Zugangsbarrieren zur Regelversorgung für schwangere geflüchtete Frauen bestehen. Zum anderen werden beispielhaft Angebote vorgestellt, die die identifizierten Zugangsbarrieren adressieren und versuchen, diese abzubauen.

Der vorliegende Bericht ist so aufgebaut, dass nach der Erläuterung der methodischen Vorgehensweise die Regelversorgung beschrieben wird, die schwangeren Frauen in Deutschland zur Verfügung steht. Im Anschluss daran werden die Barrieren skizziert, die den Zugang zur Regelversorgung für schwangere Geflüchtete erschweren. Schließlich werden Angebote, die diese Barrieren adressieren, systematisch dargestellt. Diese Vorgehensweise wurde zum einen gewählt, um das Spannungsfeld zwischen Regelversorgung und tatsächlicher Nutzbarkeit sichtbarer zu machen, zum anderen wird damit nachvollziehbar, welche Angebotstypen bestehen und in welcher Weise und mit welcher Intention sie versuchen, die Regelversorgung für die Gruppe der schwangeren Geflüchteten zugänglich zu machen.

Die Bestandsaufnahme stellt keine Arbeitshilfe im engeren Sinne für die praktische Vernetzungstätigkeit in den pro familia-Beratungsstellen vor Ort dar, die die Projektstandorte des Modellprojekts bilden. Die Zielstellung dieser Bestandsaufnahme ist vielmehr, durch die Recherche-Ergebnisse das Modellprojekt „Fachdialognetz“ in seiner inhaltlichen Weiterentwicklung zu unterstützen und Grundlagen für eine weitere Diskussion bereitzustellen.

2 METHODISCHES VORGEHEN

Unter dem Überbegriff „geflüchtete Frauen“ werden zum einen Frauen mit „unsicherem Aufenthaltsstatus" (im laufenden Asylverfahren, in Duldung, ohne legalen Aufenthaltstitel), zum anderen auch neu zugewanderte Frauen aus Kriegs- und Krisengebieten (anerkannte Asylbewerberinnen) gefasst. Die recherchierten Angebote richten sich zum einen an die Frauen selbst, zum anderen wurden auch Angebote für Fachkräfte erfasst, vor allem im Bereich der Information. Relevante Akteure als Anbieter der Angebote sind

- medizinisch-geburtshilfliche Akteure (z.B. Familienhebammen, Hebammenbund)
- psychosoziale Beratung (z.B. Schwangerschaftsberatung)
- Migrationsberatung (z.B. Flüchtlingsberatung, Ehrenamtsprojekte)

In einem ersten Schritt erfolgt eine kurze strukturelle Beschreibung des Regelangebots für schwangere Frauen in Deutschland, welches auf gesetzlichen Grundlagen und Mutterschafts-Richtlinien basiert. Diese Beschreibung dient als Systematik für das weitere Vorgehen. Sie umfasst medizinisch-geburtshilfliche, psychosoziale und soziale Leistungen. In einem zweiten Schritt wird empirisch mittels einer Internetrecherche die Frage untersucht, inwiefern das bundesdeutsche Hilfe- und Unterstützungssystem rundum Schwangerschaft und Geburt geflüchteten schwangeren Frauen einen diskriminierungsfreien Zugang ermöglicht bzw. welche Zugangsbarrieren aktuell bestehen. Hierzu ist es notwendig, auch mithilfe von Ergebnissen der Expertise, die im Rahmen von Baustein 1 der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts erarbeitet wurde (Khan-Zvorničanin 2017) zunächst festzustellen, was vonseiten der Versorgungsforschung über besondere Probleme und Bedarfslagen sowie Zugangsbarrieren geflüchteter schwangerer Frauen bekannt ist.[1] Im dritten Schritt werden dann Angebote beschrieben, die versuchen, die genannten Zugangsbarrieren abzubauen, um Frauen den Zugang in die Regelstrukturen zu erleichtern. Dabei handelt es sich um eine idealtypische Darstellung, da die Angebote in der Regel nicht nur eine Zugangsbarriere adressieren, sondern ein komplexes Gefüge von Barrieren. Es wurden Angebote recherchiert, die die Zielgruppe schwangere Geflüchtete explizit ansprechen (und keine allgemeinen Gesundheitsangebote für Migrant/innen). Bei den recherchierten Angeboten handelt es sich um eine beispielhafte und nicht um eine lückenlose Darstellung der Angebotsstruktur. Vielmehr ging es darum, anhand von Beispielen entsprechende Angebotstypen zu erläutern.

Die Suche erfolgte nach folgenden Stichworten:

„Schwangerschaft“ UND „Flucht“ / „geflüchtet“ UND „schwanger“ / „schwanger“ UND „Flüchtlinge“ / „Geburt“ UND „Geflüchtete“. Weiterhin wurde regional an den acht Modellstandorten und innerhalb der zugehörigen Bundesländer mit denselben Stichworten gesucht, d.h. „geflüchtet“ UND „Schwanger(schaft)“ / „Flucht UND Schwanger(schaft)“ UND „Berlin“ ODER „Bremen“ / „Hamburg“ / „Thüringen“ / „Erfurt“ / „Hessen“ / „Gießen“ / „Baden-Württemberg“ / „Karlsruhe“ / „Sachsen“ / „Leipzig“ / „Rheinland-Pfalz“ / „Mainz“.

[1] Der Baustein 1 umfasst die Darstellung des Forschungsstands zur Situation schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland hinsichtlich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte.

3 REGELVERSORGUNG FÜR SCHWANGERE FRAUEN

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich zur Einhaltung der sexuellen und reproduktiven Rechte, die auf der International Conference on Population and Development (ICPD) 1994 in Kairo beschlossen wurden, verpflichtet. Die Internationale Konferenz in Kairo markierte einen Wendepunkt von einem demografischen hin zu einem menschenrechtsbasierten bevölkerungspolitischen Ansatz (BMZ 2008, 4). Sexual and Reproductive Health and Rights (SGHR) – sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte – sind Teil der Menschenrechte. Sie sind „eine sich stetig entwickelnde Reihe von Rechtsansprüchen, die zu Freiheit, Gleichstellung und Würde aller Menschen beitragen“ (IPPF 2009, 44).

Zu den Nationalen Gesundheitszielen rund um die Geburt gehört die Ermöglichung und Förderung einer gesunden Schwangerschaft. Dabei wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass es zur Umsetzung dieses Ziels wichtig ist, „Frauen und Familien in benachteiligten Lebenslagen zu erkennen und ihre Kompetenzen zu stärken, da sie in der Regel besondere und erhöhte Bedarfe aufweisen“ (BMG 2017, 18).

Im Folgenden werden die medizinisch-geburtshilfliche Regelversorgung und die psychosoziale Unterstützung dargestellt. Danach wird erläutert, inwiefern dieser Rechtsanspruch auch für geflüchtete Frauen gilt.

3.1. MEDIZINISCHE UND GEBURTSHILFLICHE BETREUUNG

Die medizinische Regelversorgung für schwangere Frauen in Deutschland basiert auf den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die die medizinische Betreuung bei Schwangerschaft und Entbindung regeln (G-BA 2016). Jede Schwangere hat einen gesetzlichen Anspruch auf ausreichende medizinische Untersuchung und Beratung.

Ziel der Mutterschafts-Richtlinien ist es, während der Schwangerschaft und nach der Geburt „mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind“ abzuwenden sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln (G-BA 2016, 1).

Die ärztliche Betreuung umfasst auch Hinweise auf weitere regionale bzw. lokale Unterstützungsangebote für Mutter und Kind („Frühe Hilfen“[2]), die sowohl primär- als auch sekundärpräventiv ausgerichtet sind, im Rahmen von Beratungsgesprächen. Zur Aufklärung über die Bedeutung dieser medizinischen Regelversorgung sollen Ärzt/innen, Hebammen und Krankenkassen eng zusammenarbeiten (G-BA 2016, 2).

Die auf den Mutterschafts-Richtlinien basierende Betreuung der Schwangeren umfasst im Wesentlichen drei wichtige Bereiche (Berufsverband der Frauenärzte e.V. 2016):

- das Screening, d.h. die Überwachung des Gesundheitszustands durch regelmäßige Untersuchungen,
- die Diagnose und Therapie, also die individuelle Untersuchung je nach Risiko der Schwangeren sowie
- Information und Beratung der schwangeren Frau über ihren Zustand und den ihres Kindes.

Der Berufsverband der Frauenärzte betont auf seiner Informationsplattform zur Frauengesundheit, dass Information und Beratung der Schwangeren dazu dienen, ein Bewusstsein für Veränderungen zu schaffen, sowie Ängste abbauen sollen, die aus Unwissenheit über die

[2] „Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. (…) Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe“ (https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/).

körperlichen Vorgänge entstehen können. Außerdem „schafft das offene Gespräch ein Vertrauensverhältnis der werdenden Mutter zum betreuenden Frauenarzt, was wiederum für die Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchungen ein wichtiger Faktor ist.“ (Berufsverband der Frauenärzte e.V. 2016).

Zu der medizinischen Betreuung der Schwangeren bzw. der Wöchnerin gehören im Einzelnen (G-BA 2016, 3):

- „Untersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft,
- frühzeitiges Erkennen und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften,
- serologische Untersuchungen auf Infektionen,
- blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt,
- Untersuchung und Beratung der Wöchnerin,
- Aufzeichnungen und Bescheinigungen“ (Ausstellung eines Mutterpasses).

Zu jeder dieser Maßnahmenbereiche liegen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien ausführliche Erläuterungen vor.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen neben der in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten ärztlichen Betreuung auch die Hebammenhilfe. Die Hebammenhilfe beginnt nicht erst bei der Geburt und der Nachversorgung, bei der die betreuende Hebamme in den ersten 12 Wochen nach der Geburt Mutter und Kind zuhause besucht und betreut. Die Hebamme steht der Schwangeren bereits im Vorfeld der Geburt unterstützend zur Seite. Sie kann die Schwangere bzw. die Wöchnerin vertraulich in Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und Kinderpflege beraten (BMFSFJ/Bundesstiftung Mutter und Kind 2013, 5).

Zu dem Beratungsangebot zählen im Einzelnen (Deutscher Hebammenverband 2017a)

- Ernährung und Lebensweise in der Schwangerschaft,
- Partnerschaft und Sexualität,
- Vorbereitung auf das Kind,
- Möglichkeiten der Geburtsvorbereitung,
- Soziale Hilfen in der Schwangerschaft und nach der Geburt.

Bei einem komplikationsfreien Schwangerschaftsverlauf können Vorsorgeuntersuchungen auch von der Hebamme (anstelle des Arztes/der Ärztin) übernommen werden. Hebammen bieten ebenfalls Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse an, die kostenfrei in Anspruch genommen werden können.

Zusätzlich können Mütter und Väter in belastenden oder schwierigen Lebenssituationen schon in der Schwangerschaft und für die Zeit bis zum 12. Lebensmonat des Kindes die Unterstützung durch eine Familienhebamme erhalten. Familienhebammen haben eine Zusatzqualifikation für die Betreuung und Beratung von Menschen in schwierigen Lebenslagen. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) geht davon aus, dass bislang noch nicht genügend Familienhebammen zur Verfügung stehen, um den vorhandenen Bedarf zu decken (Deutscher Hebammenverband 2017b). Familienhebammen sind Maßnahmen der Frühen Hilfen; der Zugang für Frauen bzw. Familien ist bislang noch nicht bundeseinheitlich geregelt. Die Finanzierung erfolgt ebenfalls unterschiedlich (z.B. über das Jugendamt oder das Sozialamt). Die Maßnahmen der Frühen Hilfen sind innerhalb breiter rechtlicher Rahmenbedingungen angesiedelt; zu den maßgeblichen Gesetzen zählen u.a. das Bundeskinderschutzgesetz, die Sozialgesetzbücher und landesgesetzliche Bestimmungen.

Bis zum Kindesalter von drei Jahren gibt es weitere Maßnahmen der Frühen Hilfen (z.B. Familienpatenschaften), die über Familienhebammen vermittelt werden können (BMFSFJ/Bundesstiftung Mutter und Kind 2013, 6).

Zu den Leistungen der GKV gehören auch die Versorgung mit Arznei-, Verband- sowie Heil- und Hilfsmitteln. Die GKV übernimmt die Entbindung in einer Klinik (ohne Zuzahlung bis zum sechsten Tag des Klinikaufenthalts) sowie bei einer Hausgeburt die Kosten für die Hebamme (aber in der Regel nicht den Aufenthalt im Geburtshaus).

Weiterhin zahlt die GKV für berufstätige und arbeitslos gemeldete Schwangere innerhalb der festgesetzten Mutterschutzfrist Mutterschaftsgeld; für ALG II-Bezieher/innen entfällt jedoch die Zahlung. Wenn es medizinisch erforderlich ist oder bei Mehrlingsgeburten wird von der GKV auch die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe übernommen (http://www.krankenkassen.net/gesetzliche-krankenversicherung/schwangerschaft.html).

3.2 PSYCHOSOZIALE BERATUNG UND UNTERSTÜTZUNG

Schwangere haben einen Rechtsanspruch auf anonyme Beratung durch eine Beratungsstelle; dieser Rechtsanspruch ist durch §2 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) geregelt. Beratungsstellen befinden sich entweder in kommunaler Trägerschaft der Städte und Landkreise oder in freier Trägerschaft (z.B. bei AWO, Caritas, DRK, Diakonie, pro familia, donum vitae). Schwangere haben die Möglichkeit, unter weltanschaulich unterschiedlich ausgerichteten Beratungsstellen zu wählen.

Der Rechtsanspruch auf Beratung im Kontext einer Schwangerschaft gilt grundsätzlich nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer. Neben Beratung zu Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie Fragen zur Adoption umfasst der Anspruch auf Beratung folgende Aspekte, die bei der Information und Beratung von schwangeren Frauen eine besondere Relevanz haben (§2 SchKG):

- bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Kinder und Familien,
- Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung,
- soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere (insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfen bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt),
- die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien,
- die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken (Regelung nach § 5 SchKG) sowie
- Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.

Ein Schwangerschaftsabbruch kann auf Verlangen der Frau bis zur zwölften Schwangerschaftswoche straffrei durchgeführt werden, wenn vorher eine Beratung nach § 219 StGB bei einer staatlich anerkannten Beratungsstelle stattgefunden hat, der Abbruch von Ärzt/innen durchgeführt wird und eine dreitägige Wartefrist zwischen Beratung und Abbruch eingehalten wird. Bei Abbruch aufgrund kriminologischer oder medizinischer Indikation besteht keine Beratungspflicht für die Schwangere.

Schwangere werden durch die Beratungsstelle dabei unterstützt, Ansprüche auf familienfördernde Unterstützungsleistungen (z.B. Elternzeit und Elterngeld) geltend zu machen. Die Beratungsstelle unterstützt bei der Wohnungssuche und bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind. Zum Anspruch auf Beratung gehört auch die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt des Kindes.

Finanzielle Unterstützung für Schwangere in finanziellen Notlagen gewährt auch die Bundesstiftung „Mutter und Kind“, z.B. für die Erstausstattung des Kindes, die Weiterführung des Haushalts, die Wohnung und Einrichtung sowie für die Betreuung des Kindes (BMFSFJ/Bundesstiftung Mutter und Kind 2015). Mittel aus der Bundesstiftung können in den

Beratungsstellen beantragt werden, wenn die gesetzlichen Leistungen (z.B. Sozialhilfe, Unterhaltsvorschuss oder Wohngeld) nicht ausreichen oder nicht rechtzeitig bewilligt werden. Auf diese Unterstützung durch die Bundesstiftung besteht jedoch kein Rechtsanspruch.

Schwangerschaftsberatungsstellen sind mit unterschiedlichen Institutionen vernetzt, um eine gelingende Beratung sicherzustellen (wie z.B. Kliniken, Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen). Schwangerschaftsberatungsstellen sollen in die verbindlichen lokalen Netzwerke der Frühen Hilfen eingebunden werden (gemäß §3, Abs. 2 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)); dies macht die Beratungsstellen zu einem wichtigen Netzwerkakteur in der niedrigschwelligen Vermittlung dieser Unterstützungsleistungen für besonders vulnerable bzw. sozial benachteiligte Gruppen.

3.3 VERSORGUNG FÜR SCHWANGERE GEFLÜCHTETE FRAUEN

Der Rechtsanspruch auf ausreichende medizinisch-geburtshilfliche Betreuung gilt grundsätzlich auch für schwangere geflüchtete Frauen. Zwar wird nach §4, Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetzt (AsylbLG) die Gesundheitsversorgung für Menschen in prekären Aufenthaltssituationen (Asylsuchende, Asylbewerber/innen, Menschen mit Duldung, ausreisepflichtige Menschen, Menschen mit vorübergehender humanitärer Aufenthaltserlaubnis) auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt (vgl. dazu ausführlicher Khan-Zvorničanin 2017, 11f). Schwangere und Wöchnerinnen haben jedoch nach dem AsylbLG rein formal vollen Zugang zur medizinisch-geburtshilflichen Vorsorge und Betreuung (gemäß § 4 Abs. 2 AsylbLG). Einschränkungen bestehen nur bei der Finanzierung einer Haushaltshilfe nach § 24h SGB V (vgl. Frings 2017, 15) und beim Mutterschaftsgeld, da es sich um Leistungen der GKV im Rahmen von Berufstätigkeit oder ALG-I-Bezug handelt.
Der Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz wird ebenfalls nicht durch das Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkt; er gilt auch für schwangere geflüchtete Frauen bzw. geflüchtete (werdende) Eltern. Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs werden für Leistungsbezieher/innen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz von den Bundesländern übernommen. Mittel der Bundesstiftung „Mutter und Kind“ können grundsätzlich auch von Flüchtlingen über die Schwangerschaftsberatungsstellen beantragt werden.
Der formale Rechtsanspruch auf medizinische Betreuung und psychosoziale Beratung bedeutet jedoch nicht, dass der Zugang für schwangere geflüchtete Frauen zu diesen Versorgungsbereichen diskriminierungs- bzw. barrierefrei möglich ist. Vielmehr ergeben sich eine Reihe von Zugangsbarrieren[3] für die vulnerable Gruppe der schwangeren Geflüchteten, die nach EU-Recht als „besonders schutzbedürftig“ gilt (2013/33/EU).

Erfahrungen aus der Beratungspraxis zeigen, dass Geflüchtete aufgrund möglicher psychischer Beeinträchtigungen aufgrund von Krieg, Vertreibung und Flucht und den Rahmenbedingungen ihrer Lebenssituation schwerer zu erreichen sind als andere Gruppen mit geringer gesellschaftlicher Teilhabe (Berrut 2017). Auch deswegen gelten Selbstermächtigungsstrategien, die darauf abzielen, die Betroffenen so zu stärken, dass sie Teilbereiche ihres eigenen Lebens wieder selbst in die Hand nehmen können, als ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Situation von Geflüchteten zu verbessern.

[3] Diese Zugangsbarrieren werden im folgenden Kapitel näher erläutert.

4 ZUGANGSBARRIEREN FÜR SCHWANGERE GEFLÜCHTETE

Im Folgenden werden die wichtigsten **Zugangsbarrieren für schwangere geflüchtete Frauen zur Regelversorgung** beschrieben, die trotz des weitgehend uneingeschränkten Rechtsanspruches bestehen. Die Analyse der Zugangsbarrieren ergibt sich aus dem Forschungsstand zu Schwangerschaft und Flucht, der im Rahmen des Bausteins 1 der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes „Fachdialognetz“ erarbeitet wurde (Khan-Zvorničanin 2017). Zunächst soll jedoch noch einmal auf die Mehrfachbelastungen der betroffenen Frauen und damit auf ihre besondere Problemlage hingewiesen werden.

4.1 MEHRFACHBELASTUNGEN DER FRAUEN: FRAGE DER SENSIBILITÄT DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Trotz eines lückenhaften Forschungsstands zur psychosozialen Situation kann man davon ausgehen, dass es sich bei schwangeren geflüchteten Frauen und Müttern mit kleinen Kindern um eine äußerst vulnerable Gruppe handelt, die deutlichen Belastungen ausgesetzt ist (Schouler-Ocak/Kurmeyer 2017). Dazu zählen psychische Belastungen und Traumata aufgrund von Krieg, Terror, sexueller Gewalt und Verfolgung im Herkunftsland sowie aufgrund der während der Flucht gemachten Erfahrungen. Hinzu kommen Postmigrationsstressfaktoren, beispielsweise aufgrund des ungesicherten Aufenthaltsstatus, der prekären Lebenssituation, der Unsicherheit in Bezug auf den Ausgang des Asylverfahrens sowie Diskriminierungserfahrungen. Dies betrifft zunächst alle geflüchteten Frauen. Da es sich bei einer Schwangerschaft aber um eine Ausnahmesituation im Leben einer Frau handelt, die eine Reihe von biologischen und psychosozialen Veränderungen mit sich bringt (Neises/Rauchfuß 2005), müssen von schwangeren geflüchteten Frauen zusätzliche Anpassungsleistungen an die neue Situation erbracht werden. Studien belegen, dass mütterlicher Stress sich negativ auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken kann; zugleich ist das Empfinden von Sicherheit eine wichtige Ressource in der Schwangerschaft (ebda.). Es fehlen wissenschaftliche Studien, die die Frage thematisieren, wie sensibel das Gesundheitssystem bzw. die im Gesundheitssystem tätigen Akteure mit diesen Mehrfachbelastungen von schwangeren geflüchteten Frauen umgehen. Es liegen jedoch Hinweise aus der Beratungspraxis (Berrut 2017) vor, die darauf schließen lassen, dass die genannten Mehrfachbelastungen in Kombination mit den noch zu beschreibenden spezifischen Barrieren dazu führen, dass Regelversorgung und Rechte nicht aktiv in Anspruch genommen werden (können). Deswegen sind insbesondere aufsuchende Angebote und Angebote der Begleitung von großer Wichtigkeit für diese Adressatinnen.

4.2 ÜBERLASTUNG DES REGELSYSTEMS

Unabhängig von den spezifischen Barrieren für Geflüchtete ist es wichtig zu betonen, dass es zum Teil regional bzw. bundesweit auch **grundsätzlich Überlastungen des Regelsystems** gibt, die alle Schwangeren betreffen, so z.B. ein Aufnahmestopp in Frauenarztpraxen, ein Mangel an freiberuflichen Hebammen und ein Mangel an psychotherapeutischen Versorgungsangeboten (Berrut 2017). Diese Überlastungen treffen vulnerable Gruppen, die Barrieren zur Regelversorgung überwinden müssen, umso mehr. Diese Situation ist also immer mitzudenken, wenn es darum geht, die Versorgungslage von schwangeren geflüchteten Frauen zu beschreiben. Insbesondere der Hebammenmangel kann in dieser Hinsicht als problematisch eingeordnet werden, da die Unterstützung und Begleitung durch Hebammen eine wichtige Ressource für geflüchtete Frauen darstellt, um Zugänge zum Regelsystem zu schaffen.

4.3 SPRACHE UND MANGELNDE INFORMATION ÜBER RECHTE UND ANGEBOTE

Eine wesentliche Zugangsbarriere besteht in sprachlichen Hürden, die den Zugang zum Gesundheitssystem deutlich erschweren. Da viele der geflüchteten Frauen über keine oder nur geringe Deutschkenntnisse verfügen, sind zur Information über die Anspruchsrechte der Frauen und über die entsprechenden Angebote häufig mehrsprachige Informationen sowie Dolmetscher/innen oder sprachkundige Mittler/innen nötig. Auch Anamnesestellung, Diagnostik und Therapie sind aufgrund der Sprachschwierigkeiten deutlich erschwert. Sprachschwierigkeiten treten auch in Beratungssituationen auf, beispielsweise bei hochsensiblen Themen wie einem Schwangerschaftsabbruch. Aus der Stadt Bremen wird berichtet, dass viele geflüchtete Frauen nur unzureichende Informationen über die medizinische Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt haben (ZGF 2017, 45). Zudem wissen viele geflüchtete Frauen nicht, dass eine Hebammenhilfe Bestandteil des Versorgungsangebots ist und können keinen Besuch oder Kontakt organisieren (Correll et al. 2017, 40). Die Hinzuziehung von Dolmetscher/innen wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, da Deutsch in den Sozialgesetzbüchern als Amtssprache festgelegt ist (RKI 2017, 39). Es handelt sich im Kontext von Schwangerschaft und Geburt um Übersetzungsleistungen, die nach dem AsylbLG finanziert werden können[4], wenn diese zur medizinischen Betreuung und Behandlung unerlässlich sind, und entsprechend beantragt werden müssen.

Die zeitnahe Hinzuziehung von Dolmetscher/innen in allen Fragen der reproduktiven Gesundheit wird jedoch als „problematisch“ (Frings 2017, 15) beschrieben. Die Problematik besteht u.a. darin, dass Dolmetschleistungen erst mit Hinweis auf die Unerlässlichkeit der Übersetzungsleistungen für die medizinische Behandlung beantragt werden müssen. Die Entscheidung darüber unterliegt dem Wortlaut nach einer Ermessensregelung, die erst bei Unerlässlichkeit zum Anspruch für die Betroffenen wird. Weiterhin ist anzunehmen, dass Unsicherheiten und Unklarheiten, die z.B. bei den Ärzt/innen bezüglich der Übernahme von Dolmetschleistungen bestehen, dazu führen, dass diese gar nicht erst beantragt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft betont in ihren Hinweisen zur Versorgung von Geflüchteten in Krankenhäusern, dass Dolmetscherkosten „entgegen der Ansicht einiger Sozialverwaltungen“ nicht von den Krankenhäusern zu tragen sind, sondern den jeweils zuständigen Sozialleistungsträgern in Rechnung gestellt werden können (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2015, 7). Aus dem Bereich der psychotherapeutischen Behandlung ist bekannt, dass Anträge oft erst nach Monaten bearbeitet werden. Die Initiative „Sprachmittlung im Gesundheitswesen“, der u.a. die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und der Deutsche Patientenschutzbund angehören, fordert deswegen verbindliche Regelungen, um die Versorgung fremdsprachiger Patient/innen mit qualifizierter Sprachmittlung zu gewährleisten und ihnen einen barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Erfahrungen von Teilnehmer/innen einer Fachtagung der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) weisen ebenfalls auf „das Fehlen von Dolmetschdiensten in den Kliniken und Beratungsstellen, besonders im Zusammenhang mit der Pflicht zur Aufklärung bei medizinischen Interventionen, bei (Risiko-)-Schwangerschaften, schwierigen Geburtsverläufen (…)“ (ZGF 2017, 45) hin, die als wesentliche Probleme bei der Gesundheitsversorgung von geflüchteten Frauen beschrieben werden. Hebammen fordern vor diesem Hintergrund mehr Transparenz und Aufklärung für schwangere geflüchtete Frauen über die Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (Correll et al. 2017, 40).

[4] Nach Ablauf der 15 Monate Grundleistungen nach dem AsylbLG erhalten die Leistungsberechtigten fortan Leistungen der GKV (Gleichstellung mit Leistungsberechtigten nach SGB XII). Vergleichbar mit der Ermessensregelung des § 6 Abs. 1 AsylbLG kann hier ebenfalls aus der Regelung des § 73 SGB XII ein Anspruch auf Übernahme von Dolmetscherkosten folgen.

4.4 VERTRAUENSAUFBAU UND DIFFERENZEN IM MEDIZINISCH-KULTURELLEN SYSTEM

Für eine gute medizinisch-geburtshilfliche Betreuung ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zur/zum behandelnden Ärztin/Arzt und zu weiteren Akteuren im Gesundheitswesen wichtig. Studien zeigen, dass Sprachprobleme nicht nur die Verständigung erschweren, sondern auch den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erheblich beeinträchtigen (Abels et al. 2017, 6), da Fremdheitsgefühle verstärkt werden. Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass nicht nur rein sprachliche, sondern auch kulturelle Übersetzungsleistungen erbracht werden müssen, um das medizinische System in Deutschland zu erläutern, da beispielsweise Unterschiede hinsichtlich des „Arzt-Patienten-Verhältnisses", des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit sowie der Medikation bestehen können. Fehlende Kommunikation über die Gründe ärztlicher Entscheidungen kann zu Missverständnissen führen sowie zu dem Gefühl, nicht gut behandelt zu werden (Abels et al. 2017, 25). In Deutschland übliche Methoden der Schwangerschaftsvorsorge (wie Ultraschall und Vaginaluntersuchungen) können im Herkunftsland unbekannt sein und Ängste auslösen, wenn sie nicht einfühlsam erklärt und praktiziert werden (Kleinz 2016). Die rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch sind bereits in Europa unterschiedlich gefasst (pro familia 2017, 12)[5]; dementsprechend haben auch in den Herkunftsländern der Geflüchteten unterschiedliche kulturelle, religiöse und politische Traditionen zu unterschiedlichen rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch geführt. Auch hier sind im Falle vieler Länder Differenzen zum System in Deutschland gegeben, da Deutschland über eine vergleichsweise liberale Regelung zum Schwangerschaftsabbruch verfügt.[6]

4.5 PREKÄRE WOHNSITUATION UND ISOLATION

Studien zur Wohn- und Lebenssituation in den Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften verweisen aufgrund der räumlichen Enge, der fehlenden Privatsphäre, der Lärmbelastung, den schwierigen hygienischen und sanitären Bedingungen sowie der unzureichenden Sicherheitslage hinsichtlich des Schutzes vor (sexuellen) Übergriffen und Gewalt auf prekäre Verhältnisse, die sich insbesondere für schwangere Frauen und Mütter mit Kindern als unzumutbar darstellen (Khan-Zvorničanin 2017, 26f.). Diese – in der Regel männerdominierte – Wohnsituation sowie die fremde Umgebung können dazu führen, dass Frauen ihre eigenen geschlechtsspezifischen Bedürfnisse und gesundheitlichen Probleme nicht artikulieren (Abels et al. 2017, 5) und sich zurückziehen. Darüber hinaus können aufgrund einer isolierten Lage der Unterkunft und einer mangelhaften infrastrukturellen Anbindung regelmäßige Arztbesuche und die Wahrnehmung von weiteren geburtshilflichen Angeboten deutlich erschwert werden. Die Erfahrung von Schwangerschaftsberatungsstellen zeigt, dass Geflüchtete diese nur über Dritte erreichen und daher aufsuchende Angebote und Kooperationen besonders wichtig sind, um Zugänge zur Regelversorgung zu ermöglichen (Berrut 2017). Aus der Stadt Bremen liegen Hinweise darüber vor, dass auch Mitarbeiter/innen und Leitung der Unterkünfte unzureichend über die medizinisch-geburtshilfliche Versorgung von schwangeren Geflüchteten informiert sind (ZGF 2017, 45).

4.6 STRUKTURELLE DISKRIMINIERUNG UND BÜROKRATISCHE HÜRDEN

Der Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen für Geflüchtete ist in den einzelnen Kommunen unterschiedlich geregelt. In sehr vielen Kommunen besteht eine Zugangshürde darin, dass erst ein Behandlungsschein beim zuständigen Sozialamt beantragt werden muss, bevor ein(e) Arzt/Ärztin aufgesucht werden kann. In anderen Kommunen bzw. Bundesländern (wie z.B. Bremen und Hamburg) wurde die elektronische Gesundheitskarte eingeführt und

[5] So ist in einigen Staaten mit stark katholischer Tradition ein Schwangerschaftsabbruch nur bei Gefahr für die Gesundheit bzw. das Leben der werdenden Mutter erlaubt (z.B. Polen, Irland).
[6] Diese Übersicht stellt die nationalen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch weltweit zusammen: http://www.svss-uspda.ch/de/facts/world-list.htm.

damit ein wesentliches strukturelles Zugangshindernis beseitigt. Es fehlt aber weiterhin eine bundeseinheitliche Regelung.

Auch wenn geflüchtete Schwangere die gleichen Rechte auf Hebammenhilfe haben wie Schwangere ohne Fluchthintergrund, ergeben sich laut Aussagen des Deutschen Hebammenverbandes oftmals Schwierigkeiten in der praktischen Abrechnung der Hebammenleistungen, da Frauen oftmals noch nicht registriert sind und damit den Behörden unbekannt. Zum anderen „kann es mühsam sein, für jede Frau eine extra Kostenübernahmevereinbarung mit der zuständigen Behörde zu schließen“ (https://www.hebammenverband.de/aktuell/fluechtlinge/).

Spezifische Regelungen in den Kommunen können Hebammenleistungen einschränken oder erheblich erschweren, wie beispielsweise die Anordnung des Hessischen Sozialministeriums, dass Vorsorgeuntersuchungen von Hebammen nur nach einer Prüfung durch das Regierungspräsidium möglich sind (vgl. http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/praxis/praxis-in-hessen/).

Weitere bürokratische Hürden ergeben sich nach der Geburt. Um eine Geburtsurkunde zu erhalten, müssen Eltern oftmals Originaldokumente (eigene Geburtsurkunde, Eheurkunde) und beglaubigte Übersetzungen vorlegen, die aufgrund der Flucht nicht immer vorhanden sind. Eine fehlende Geburtsurkunde hat Konsequenzen für die medizinische Versorgung des Neugeborenen, da das Kind im behördlichen Sinne nicht existiert und deshalb auch keinen Behandlungsschein erhält, der für die Abrechnung der Vorsorgeuntersuchungen notwendig ist (Heim 2016).

4.7 SCHWANGERE OHNE PAPIERE: ANGST VOR ABSCHIEBUNG

Zwar haben auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nach dem Asylbewerberleistungsgesetz den Anspruch auf eine medizinische Akutversorgung, dafür müssen sie sich allerdings an das Sozialamt wenden. Seit Herbst 2009 dürfen die Sozialämter aufgrund des erweiterten Geheimnisschutzes keine Daten mehr an die Ausländerbehörde weitergeben, die in Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung stehen. Dies ist jedoch laut Auskunft der Medibüros, die kostenlose und anonyme Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere anbieten und sich politisch für das Recht auf medizinische Versorgung für alle Menschen einsetzen, nicht allen Mitarbeiter/innen bekannt und wird in der alltäglichen Arbeit nicht immer berücksichtigt (vgl. http://medibueros.m-bient.com/ueber-uns.html). Dies führt dazu, dass die Angst vor Abschiebung Menschen daran hindert, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das betrifft insbesondere auch Schwangere ohne Papiere. Schwangerschaften werden oft medizinisch nicht betreut, was mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind verbunden ist (Deutsches Institut für Menschenrechte 2008, 17). Besondere Risiken können sich auch für Schwangere, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen möchten, ergeben.

5 WELCHE ANGEBOTE ADDRESSIEREN DIE GENANNTEN BARRIEREN?

Im Folgenden werden Angebote beschrieben, die entwickelt wurden, um die beschriebenen Barrieren beim Zugang zur Regelversorgung zu überwinden. Bei der vorliegenden Systematik muss berücksichtigt werden, dass die Angebote nicht immer „trennscharf“ eine einzelne Barriere adressieren, sondern dass diese sich in der Regel auf die Überwindung einer komplexen Kombination aus unterschiedlichen Barrieren beziehen (wenn man von reinen Übersetzungsangeboten absieht). Die Zuordnung erfolgt deshalb idealtypisch jeweils in Bezug auf die jeweils dominant adressierte Barriere. Zudem ist es wichtig zu betonen, dass unabhängig von den beschriebenen Barrieren die **Mehrfachbelastungen von schwangeren geflüchteten Frauen** diese zu einer besonders vulnerablen, schützenswerten Gruppe machen und spezifische Angebote rechtfertigen bzw. notwendig machen. Die spezifischen Problemlagen von schwangeren geflüchteten Frauen aufgrund von Krieg und Verfolgung, Flucht sowie Postmigrationsbelastungen sind deswegen bei dieser Auflistung der Angebotsstruktur mitzudenken.

Weiterhin ist es wichtig zu betonen, dass die Auflistung der Angebote beispielhaft erfolgt und keine flächendeckende bundesweite Analyse darstellt, die Vollständigkeit anstrebt. Vielmehr geht es darum zu beschreiben, welche Angebotstypen vorhanden sind und wie diese inhaltlich ausgestaltet sind, um die entsprechenden Barrieren abzubauen.

Die inhaltliche Strukturierung bezieht sich auf die Auffassung vieler Fachkräfte, dass alle Menschen durch das Regelsystem zu erreichen sind. Demnach gehört es zu den Aufgaben des Regelsystems, Menschen mit vielfältigen sozialen, kulturellen und religiösen Hintergründen zu erreichen. Allerdings werden durch das Regelsystem aufgrund von Barrieren nicht alle Menschen erreicht, so dass spezifische Angebote notwendig sind, um Zugänge zu schaffen.

5.1 ZUGANGSBARRIERE SPRACHE

Sprache stellt eine zentrale Zugangsbarriere dar, die verhindert, dass schwangere geflüchtete Frauen über ihre Rechte und die entsprechenden Angebote Bescheid wissen. Um diese Zugangsbarriere zu überwinden, wurden eine ganze Reihe von mehrsprachigen Publikationen, Informationsmaterialien und Online-Tools entwickelt, die sich zum einen an schwangere geflüchtete Frauen, werdende Eltern und Wöchnerinnen richten, zum anderen auch an Fachkräfte und Ehrenamtliche, die die Frauen unterstützen. Weiterhin bestehen Möglichkeiten der Hinzuziehung von Übersetzungsleistungen, deren Inanspruchnahme jedoch mit Schwierigkeiten verbunden ist (vgl. Kapitel 4.3.), sowie eine Reihe von medizinischen Sprachführern für Fachkräfte.

Mehrsprachige Publikationen, Materialien und Online-Tools für Schwangere zur sexuellen Gesundheit

Bei den mehrsprachigen Publikationen, Materialien und Tools handelt es sich zum einen um Informationen, die speziell für Geflüchtete und Migrant/innen zusammengestellt wurden und **Basisinformationen zur Gesundheitsversorgung bzw. zur sexuellen Gesundheit** umfassen. Dazu zählt der vom Bundesgesundheitsministerium herausgegebene „Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland“ (BMG 2016), der auch knappe Informationen zur Schwangerschaft enthält (BMG 2016, 12) und in Englisch, Arabisch, Paschto, Kurmancî, Farsi und Dari sowohl als Online- als auch als Print-Version zur Verfügung steht. Basis-Informationen zu Schwangerschaft und Mutterschutz finden sich auf den Seiten des BAMF, die allerdings nur auf Türkisch, Englisch und Russisch zur Verfügung stehen (http://www.bamf.de/DE/Willkommen/KinderFamilie/Mutterschutz/mutterschutz-node.html). Die vom BAMF mit Kooperationspartnern entwickelte App „Ankommen“ bietet ebenfalls kurze Informationen zu Gesundheit und Schwangerschaft

(http://ankommenapp.de/APP/DE/Service/Impressum/impressum-node.html). Die App ist in Englisch, Französisch, Farsi und Arabisch verfügbar.

Das Zanzu-Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das sich an in Deutschland neu Eingewanderte richtet, aber auch von Fachkräften in der Beratung genutzt werden kann, bietet **sehr detaillierte, fachlich abgesicherte Online-Informationen in Wort und Bild** zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in 13 verschiedenen Sprachen, u.a. auf Arabisch und Farsi. Das Projekt soll Ängste und Unsicherheiten bei Migrant/innen abbauen und das Wissen zu sexueller Gesundheit fördern. Ein zentrales Thema ist dabei Familienplanung und Schwangerschaft (https://www.zanzu.de/de/themen/familienplanung-und-schwangerschaft). Die Website enthält auch ein Wörterbuch für Begriffe aus dem Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und die Möglichkeit, Beratungsstellen nach Postleitzahlen bzw. Städten zu suchen.

Ein weiteres Online-Projekt stellt der YouTube-Channel „Mein Baby" der Deutschen Liga für das Kind da, der **Kurzfilme für Eltern in Arabisch** mit deutschen Untertiteln bietet (http://liga-kind.de/angebote-fuer-eltern-filme/). Diese ein- bis sechsminütigen Filme behandeln verschiedene Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Familie. Behandelt werden auch Kommunikation mit dem Baby, Erziehungsfragen und weiterführende Informationen zum Gesundheitswesen und dessen Funktionsweise in Deutschland.

Filme zu verschiedenen Gesundheitsthemen bietet auch das DRK, darunter auch einen fünfminütigen Film zu Schwangerschaft und Geburt, der über Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitung und medizinische Versorgung vor und nach der Geburt informiert. Der Film ist auf Englisch, Arabisch und Sorani abrufbar (https://www.drk-gesundheitsfilme.de/index.php?id=2223).

Aktuelle und fachlich abgesicherte Informationen zu Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und zu Verhütung nach der Geburt und während der Stillzeit bietet die **mehrsprachige Schweizer Website** www.sex-i.ch/de/home/. Zu den unterschiedlichen Themen können „Factsheets" in elf verschiedenen Sprachen, darunter auch Tigrinya und Somalisch, abgerufen werden. Rechtliche und administrative Informationen beziehen sich allerdings auf die Schweiz und nicht auf Deutschland (diese stellen jedoch nur einen kleinen Teil der abrufbaren Informationen dar).

Eine ausführliche Publikation zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Stillen stellt der 60-seitige **Wegweiser „Müttergesundheit – Informationen und Ansprechpartner"** dar, der vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. entwickelt wurde und in sieben Sprachen erhältlich ist, darunter Arabisch, Kurdisch und Serbokroatisch (Ethno-Medizinisches Zentrum 2016). Der Wegweiser richtet sich speziell an Migrantinnen und geht auch auf die Situation von Geflüchteten ein. Er ist im Rahmen der bundesweiten Initiative des Projekts „Mit Migranten für Migranten (MiMi)" zur Stärkung der Müttergesundheit bei Migrantinnen entstanden.

Ein Beispiel für eine **lokale Informationsplattform**, die das Regelsystem für Geflüchtete und Zugewanderte erläutert und lokale Angebote vorstellt, ist die Plattform „Welcome to Bremen" (https://welcometobremen.de/angebot/angebotscat/schwangerschaft/). Es werden unterschiedliche Lebensbereiche thematisiert, so auch der Gesundheitsbereich. Unter der Rubrik Schwangerschaft und Geburt werden medizinische und psychosoziale Angebote porträtiert. Die Seite ist auf Deutsch, Englisch und Arabisch abrufbar; weitere Sprachen sollen folgen.

Weitere mehrsprachige Informationsmaterialien zu speziellen Themen rund um Schwangerschaft und Geburt

Weiterhin liegen einige Informationsmaterialien zu speziellen Unterthemen rund um das Oberthema Schwangerschaft und Geburt vor. Es handelt sich dabei zum einen um Materialien, die sich grundsätzlich an alle Schwangeren richten und die in weitere Sprachen übersetzt wurden

(u.a. auch in Leichte Sprache), zum anderen auch um Materialien, die speziell für schwangere Geflüchtete und/oder Migrant/innen entwickelt wurden.

pro familia hat eine Kurzinformation zum **Schwangerschaftsabbruch** (pro familia 2015) erstellt, die in elf Sprachen vorliegt, darunter auch auf Arabisch, Dari, Kurmancî, Somali, Sorani und Tigrinya. Der Flyer informiert über rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Übernahme des Abbruchs und medizinische Fragen.

Schwangere Frauen in Notlagen können über die Schwangerschaftsberatungsstellen finanzielle Unterstützungsleistungen bei der Bundesstiftung Mutter und Kind beantragen. Ein Flyer der Bundesstiftung (BMFSFJ/Bundesstiftung Mutter und Kind 2015), der über diese **finanziellen Unterstützungsleistungen** der Stiftung für Mütter in Notlagen informiert, liegt in 16 verschiedenen Sprachen vor.

Der Berliner Hebammenverband hat zusammen mit dem Berliner Senat einen Informationsflyer entwickelt, der beschreibt, wie **Hebammen** Schwangere **unterstützen**. Dieser inzwischen vom Deutschen Hebammenverband herausgegebene Flyer „Guter Start ins Leben“ (DHV o.J.) liegt in neun verschiedenen Sprachen vor, darunter auch auf Arabisch.

Der Deutsche Hebammenverband hat eine **Stillbroschüre ohne Worte** entwickelt, die das Stillen ausschließlich mittels Zeichnungen erläutert (Deutscher Hebammenverband 2017c). Die Bilder sollen für sich sprechen, zusätzliche Informationen für Fachkräfte können jedoch auch per QR-Code abgerufen werden. Ebenfalls zum Thema Stillen liegen „**Stillempfehlungen für Schwangere**“ und „Stillempfehlungen für die Säuglingszeit“ der Nationalen Stillkommission in sieben unterschiedlichen Sprachen vor, darunter auch auf Arabisch (Nationale Stillkommission 2016a und 2016b).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet einige ihrer Broschüren zum Thema **Kindergesundheit** in Übersetzungen auf Türkisch, Russisch, Englisch und Arabisch an[7], wie z.B. das Faltblatt „10 Chancen für ihr Kind“ mit Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9. Die DVD „Vom Essen, Spielen und Einschlafen“ (BZgA o.J.) bietet fünf Kurzfilme zur Kindergesundheit für Eltern mit Kindern bis drei Jahren. Weiterhin liegt ein Flyer zum Impfschutz (auch für Säuglinge) mehrsprachig vor (BZgA 2017); außerdem die Sammelmappe „KURZ.KNAPP. Elterninfo“ (BZgA 2016b), die neun Faltblätter zu unterschiedlichen Themen für Eltern mit Babys und Kleinkindern (u.a. zu den Themen „Stillen“, „Schlafen“ und „Schreien“) enthält und auch von Fachkräften, wie z.B. Familienhebammen, Kinderärzt/innen und Familienberatungsstellen, genutzt werden kann.

Mehrsprachige Telefonberatung für Schwangere in Notlagen

Das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ unterstützt Schwangere in schwierigen Lebenssituationen und richtet sich an alle schwangeren Frauen, die eine solche Unterstützung benötigen. Durch das Hilfetelefon soll sichergestellt werden, dass schwangere Frauen in Konfliktlagen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, jederzeit und unverzüglich eine(n) kompetente(n) Ansprechpartner/in haben. Das Hilfetelefon hat eine Lotsenfunktion und ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zum professionellen Beratungssystem (http://www.bafza.de/aufgaben/hilfetelefon-schwangere-in-not.html). Das Hilfetelefon bietet rund um die Uhr **kostenlose, vertrauliche und anonyme Telefonberatung** in insgesamt 18 Sprachen, darunter auch auf Arabisch und Farsi. Ein mehrsprachiger Flyer des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) verweist auf dieses Unterstützungsangebot (BMFSFJ 2016).Das Beratungsangebot ist auch als Online-Angebot vorhanden, allerdings nur auf Deutsch oder Englisch (http://www.schwanger-und-viele-fragen.de).

[7] Zurzeit ist allerdings nur die arabische Version lieferbar.

Dolmetscherdienste und Sprachmittlung

Im Gesundheitswesen existieren laut einer Studie des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zur Sprachmittlung im Gesundheitswesen **verschiedene Modelle von Dolmetscherdiensten und Sprachmittlungen**, die helfen, Sprachbarrieren zu überwinden und die sich vor allem durch die Qualifikation der Dolmetschenden, die Art des Dolmetschens, die Qualitätssicherung und die Finanzierung unterscheiden (BAMF 2015, 47). Zu nennen sind hier Ad-hoc-Dolmetschende (d.h. Laien wie Verwandte oder ehrenamtliche Helfer/innen), geschultes bilinguales Personal (überwiegend in größeren stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern), Community Interpreting (Dolmetscherdienste in freier oder kommunaler Trägerschaft, wie z.B. Gemeindedolmetscherdienste), Medizindolmetscher/innen (Fachkräfte mit Hochschulausbildung oder staatlich anerkannter Prüfung) sowie Telefon- und Videodolmetschen von professionellen kommerziellen Anbietern. Bei kostenpflichtigen Angeboten bestehen allerdings Schwierigkeiten der Kostenübernahme, die in der Regel erst beantragt werden muss. Zudem gibt es innerhalb der Kommunen auch unterschiedliche Finanzierungsmodelle bzw. Finanzierungsmöglichkeiten (http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/praxis/praxis-in-hessen/). Ein einfaches Abrechnungsverfahren bietet beispielsweise das Projekt „Worte helfen Frauen! Übersetzungsleistungen für geflüchtete Frauen“ des Trägers Gleichberechtigung Vernetzung e.V. an; es richtet sich an Einrichtungen, die Angebote für geflüchtete Frauen in Niedersachsen machen, explizit auch Schwangerenberatungsstellen. Die Übersetzungskosten können direkt bei dem Träger abgerechnet werden (http://www.vernetzungsstelle.de/doc/doc_download.cfm?uuid=3E25804DBE346EE320A589ADCB02BACF&&IRACER_AUTOLINK&&).

Materialien und Informationen für professionelle Fachkräfte und ehrenamtliche Multiplikator/innen

Es liegen Informationen und Materialien für Fachkräfte und Multiplikator/innen in unterschiedlichen Bereichen vor.

Im Bereich der **Frühen Hilfen** wurden vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) umfangreiche Materialien entwickelt, die zwar nicht in Übersetzungen, aber in Leichter Sprache vorliegen und viele Abbildungen enthalten (NZFH o.J.). Das NEST-Material unterstützt Fachkräfte in der aufsuchenden Arbeit mit Familien durch Arbeitsblätter für Familien und weitere Hintergrundinformationen für Fachkräfte. Sie können flexibel und programmunabhängig in der Arbeit mit Eltern eingesetzt werden und werden im Gespräch zwischen Fachkraft und Eltern genutzt. Das Modul Gesundheit enthält ausführliche **bebilderte Arbeitsmaterialien** im Themenbereich „Schwangerschaft, Geburt und danach“ mit Querverweisen zu anderen NEST-Arbeitsmaterialien. Das NEST-Material ist ausdrücklich auch für die Arbeit mit geflüchteten Familien geeignet (je nach Sprachkenntnissen ist dabei allerdings ggfs. eine weitere Sprachmittlung notwendig).

Die **Präventionsmappe** „Körperwissen und Verhütung“ der BZgA (BZgA o.J.) unterstützt Schwangerschaftsberater/innen, Hebammen, Ärzt/innen und pädagogische Fachkräfte in ihrer Arbeit im Themenbereich **sexuelle und reproduktive Gesundheit**. Die mittelbare Zielgruppe sind Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Milieus und/oder mit geringen Sprachkenntnissen und/oder geringer Bildung. Das Thema Schwangerschaft und Geburt ist Teil der Präventionsmappe, die komplexe Sachverhalte **in einfacher Sprache in Text- und Bildtafeln** beschreibt. Es werden laut Beschreibung auf der Website sowohl „kulturspezifische Besonderheiten durch Text, Sprache und Bild integrierend berücksichtigt als auch gesondert angesprochen“ (https://www.bzga.de/infomaterialien/praeventionsmappe/).

Ein Team von Fachärzt/innen mit Erfahrungen in der Arbeit in Erstaufnahme-Einrichtungen für Geflüchtete hat verschiedene **medizinische Sprachführer** – „Med-Guides“ – entwickelt, die

Ärzt/innen und Hebammen in konkreten Gesprächssituationen mit Geflüchteten mittels Bild und Text unterstützen.[8] So sollen z.B. auch Anamnesegespräche **ohne Dolmetscher/innen** möglich sein. Eine aktuelle Ausgabe zum Thema „Schwangerschaft/Geburtshilfe" liegt seit Kurzem (Stand September 2017) auf Deutsch, Arabisch und Farsi vor und soll in weiteren Sprachen erscheinen (Edition Willkommen 2017). Schwerpunkte sind Erst- und Folgeuntersuchungen, Klinikaufnahme und Geburt sowie Wochenbett (https://edition-willkommen.de/).

Ein weiterer Sprachführer aus dem Thieme-Verlag (Stupka-Gerber 2014) leistet in Bild-Text-Karten in zehn Sprachen sprachliche Unterstützung für die **Kommunikation in der Frauenarztpraxis und im Kreißsaal**.

Im Bereich der geburtshilflichen Versorgung wurden vom **Deutschen Hebammenverband** (https://www.hebammenverband.de/aktuell/fluechtlinge/) und dem **Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V.** (http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/fragen-antworten/) umfangreiche Informationen online zusammengetragen, die Hebammen bei allen Fragen bezüglich der Betreuung von Geflüchteten unterstützen. Hier werden auch Fragen zum Thema Dolmetschleistungen und Überwindung von Sprachbarrieren thematisiert.

5.2 ZUGANGSBARRIERE MEDIZINISCH-KULTURELLES SYSTEM

Neben der Überwindung der Sprachbarriere erweist sich der Zugang zum Gesundheitssystem auch deswegen als schwierig, weil dieses System bestimmten kulturellen Logiken folgt und auf kulturellen Praxen basiert, die sich von denen der Herkunftsländer der Geflüchteten unterscheiden (können) und für deren Verständnis ein bestimmtes Orientierungswissen notwendig ist. Zudem fehlt gerade den geflüchteten jungen Frauen oftmals die Unterstützung durch Mütter, befreundete Familien und Verwandte, die sie in Fragen der Schwangerschaft, der Geburt und der Babyversorgung begleiten könnten. Spezifische Begleitungs-, Betreuungs- und Beratungsangebote versuchen diese Barriere zu überwinden. Insbesondere geht es auch darum, Vertrauen zwischen Akteuren aus dem Gesundheitswesen und den schwangeren Geflüchteten aufzubauen, was für eine gelingende medizinisch-geburtshilfliche Betreuung von großer Bedeutung ist.

Ehrenamtliche Begleitung und migrantische Lotsinnen

Unterschiedliche ehrenamtliche Begleitprojekte helfen, den Zugang zum Gesundheitssystem zu verbessern. Hier sind insbesondere einige lokale Projekte des Sozialdiensts katholischer Frauen (SkF) zu nennen, da der SkF über langjährige Erfahrungen in der Kooperation von ehrenamtlichen und professionellen Mitarbeiter/innen verfügt (Kleinz 2016, 54). Der SkF in Trier hat mit dem vom BMFSFJ geförderten **Projekt M.A.R.I.A.M.** einen ehrenamtlichen Begleitdienst aufgebaut, um schwangeren geflüchteten Frauen den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern. Die Ehrenamtlichen begleiten die Schwangeren bei Arztterminen, erläutern ihnen das System der Vorsorgeuntersuchungen und unterstützen sie bei weiteren Fragen und Unsicherheiten in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt. Darüber hinaus sind die Ehrenamtlichen auch Bindeglied zur deutschen Gesellschaft und fördern Kontakt- und Integrationsmöglichkeiten, z.B. durch den Besuch von Sprachcafés und die Vermittlung in Mutter-Kind-Gruppen. Die Ehrenamtlichen werden durch den SkF Trier qualifiziert und begleitet. Eine Website des Projekts bietet mehrsprachige Informationen sowohl für Geflüchtete als auch für Ehrenamtliche (http://www.skf-mariam.de/index.php/de/) Auch andere Ortsvereine des SkF sind in der Begleitung und Betreuung von schwangeren Geflüchteten engagiert, wie z.B. der SkF in Wiesbaden im Rahmen des katholischen Netzwerks **Willkommenskultur für Geflüchtete** (http://www.wiesbadener-kurier.de/lokales/wiesbaden/nachrichten-wiesbaden/wiesbaden-helferinnen-unterstuetzen-gefluechtete-frauen-waehrend-der-schwangerschaft_17727527.htm).

[8] Die Med-Guides müssen im Unterschied zu anderen Materialien kostenpflichtig bestellt werden (24,80 Euro).

Der 2016 gegründete Berliner Verein **Welcome Mamas** setzt sich durch ein **Patenschaftsprogramm** dafür ein, dass schwangere Geflüchtete die gleiche medizinische, soziale und rechtliche Unterstützung erhalten wie alle Frauen in Deutschland. Zu den Aufgaben der Patinnen gehören u.a. die Begleitung zu Arztterminen, die Hilfe beim Umgang mit Behörden, Ämtern und Heimleitung, Informationen über Rechte und Pflichten von werdenden Müttern in Deutschland, Erläuterungen zum System der U-Untersuchungen von Neugeborenen sowie nicht zuletzt eine empathische Unterstützung der werdenden Mütter und das gemeinsame Gespräch über Sorgen, Ängste und Hoffnungen.

Das Mainzer SkF-Projekt **„Familienpaten interkulturell - Migranten für Migranten“** gewinnt gezielt Migrant/innen als Familienpat/innen und Lots/innen zur Vermittlung in das deutsche Gesundheitssystem (https://dekanat-mainz-stadt.bistummainz.de/ehrenamt/jobs/familienpate). Hier werden junge Familien von Menschen ehrenamtlich unterstützt, die selbst Migrationserfahrungen haben. Das Projekt richtet sich zwar nicht speziell an Geflüchtete, es werden aber auch junge Flüchtlingsfamilien betreut (Kleinz 2016, 54).

Jenseits von konkreten Projekten gibt es mediale Hinweise auf das **Eigenengagement von Ehrenamtlichen** in der Begleitung von schwangeren Geflüchteten, z.B. auf der Website https://www.hna.de/lokales/witzenhausen/witzenhausen-ort44473/hilfe-auch-ungeborene-lisa-jung-kuemmert-sich-schwangere-fluechtlinge-5593312.html.

Bei allen Ehrenamtsprojekten ist zu beachten, dass **Ehrenamtliche professionelle Betreuung und Unterstützung benötigen**, gerade wenn es um die Betreuung von Menschen geht, die Flucht, Krieg und Gewalt erlebt haben. Um unkoordiniertes Handeln und eine Überforderung von Ehrenamtlichen zu vermeiden, ist eine fachliche Begleitung und Unterstützung durch hauptberufliche Strukturen notwendig, und zwar stärker als bislang, da die Zahl der in den Kommunen eingesetzten Fachkräfte in der Flüchtlingsarbeit vielerorts nicht ausreichend ist (Kleinz 2016, 54).

Infocafés für Schwangere und junge Mütter

Während es sich bei den ehrenamtlichen Begleitprojekten in der Regel um individuelle Patenschaften handelt, gibt es auch Gruppenangebote, die sich an schwangere geflüchtete Frauen bzw. Frauen mit kleinen Kindern richten. Hier geht es auch darum, die Vernetzung der Geflüchteten untereinander zu fördern und an ihren Ressourcen anzuknüpfen, z.B. durch gegenseitige Information und Beratung. Viele gemeinnützige Vereine bieten in offenen Treffs Gespräche zwischen schwangeren Frauen oder auch mit entsprechenden Fachkräften an (Correll et al. 2017). So führt die **Integrationsagentur Bottrop** in Zusammenarbeit mit dem Verein Flüchtlingshilfe Bottrop, der evangelischen Beratungsstelle für Lebensfragen, dem Netzwerk Frühe Hilfen und dem Mehrgenerationenhaus Bottrop ein von Sozialarbeiter/innen betreutes **Info-Café** durch, das in einem geschützten Raum den Austausch der Frauen untereinander fördert und Informationen rund um Schwangerschaft, Geburt und Umgang mit kleinen Kindern vermittelt. Auch „sensible Themen“ wie Schwangerschaft und Verhütung werden angesprochen; bei Bedarf übersetzt eine Dolmetscherin. Ziel des Projekts ist es, die Frauen mittelfristig in vorhandene Mutter-Kind-Gruppen zu vermitteln, sobald ihre Deutschkenntnisse ausreichen und sie in Deutschland „angekommen“ sind (Stratmann 2017).

Das bereits erwähnte Wiesbadener SkF-Projekt organisiert auch einen **Sprach-Treff**, der sich speziell an junge Mütter und Schwangere richtet und auch über die Sprachvermittlung hinaus eine Austausch- und Unterstützungsfunktion hat (https://wiesbaden.bistumlimburg.de/service/meldungen/meldungsdetails/meldung/schwanger-und-fremd-im-land.html).

Begleitungs- und Beratungsangebote und Kurse von Hebammen, Familienhebammen und Schwangerschaftsberatungsstellen

Neben den ehrenamtlichen Begleitungsangeboten gibt es spezielle Begleitungs- und Beratungsprojekte, die von professionellen Fachkräften umgesetzt werden, oft von interdisziplinären Teams im Kontext von Schwangerschaftsberatungsstellen. Das SkF-Projekt „**aufLEBEN – Hilfe für schwangere Frauen mit Trauma- und Fluchterfahrung**“ bietet betroffenen Frauen im Münsterland eine Begleitung durch eine Hebamme und eine Sozialpädagogin, um sowohl ihre gesundheitliche und psychosoziale Versorgung als auch die Versorgung der Neugeborenen zu sichern. Das Projekt versteht sich als praxisnahes Versorgungsangebot im Kontext der Frühen Hilfen und wird von Aktion Mensch gefördert. Es bietet neben Beratung, Information und Weiterleitung in die Gesundheitshilfe auf Wunsch der Frauen eine engmaschige Begleitung (z.B. bei der Geburtsvorbereitung und Nachsorge). Das Projekt wird in einem **interkulturellen Team** umgesetzt (http://www.skf-zentrale.de/93176.html und http://www.wn.de/Muensterland/Kreis-Warendorf/2016/04/2330204-Hilfe-fuer-Schwangere-mit-Flucht-und-Trauma-Erfahrung-Aktion-Mensch-foerdert-SkF-Projekt).

Der SkF Bremen bietet ein speziell auf geflüchtete Schwangere und Familien mit Kindern unter drei Jahren zugeschnittenes Projekt der Schwangerschaftsberatung und Begleitung an. Die Mitarbeiterinnen des Projekts **„Beratung von schwangeren Flüchtlingsfrauen und Familien mit Kindern unter 3 Jahren"** informieren über das deutsche Gesundheitssystem und über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten. Die Beraterinnen werden durch Sprachmittlerinnen unterstützt, die überwiegend selbst eingewandert sind, einen ähnlichen kulturellen Hintergrund haben und sich deswegen besonders gut in die Situation der geflüchteten Frauen hineinversetzen können. Neben der Beratung in den Räumen des Bremer Sozialdiensts durch Sozialpädagoginnen gibt es auch das Angebot der Begleitung der Klientinnen zu Vorsorgeuntersuchungen und zur Besichtigung der Bremer Geburtskliniken. Das Projekt vermittelt Familien in Krabbelgruppen und zu anderen Eltern-Kind-Angeboten (https://www.skf-bremen.de/ueber-uns/aktuelles/die-kombination-der-kraefte-macht-uns-stark-413bcd93-28e1-46df-b598-708ff8b5553d). Auch der SkF in Hamburg-Altona wirbt mit dem Beratungsangebot **„Sicher ankommen“** für schwangere Geflüchtete und ihre Familien mit einem mehrsprachigen Flyer; es werden auch Außensprechstunden in Gemeinschaftsunterkünften angeboten (http://www.fruehehilfen-hamburg.de/fruehe-hilfen/projektpartner/-/angebot/2110/sicher%20ankommen). Das Projekt im Kontext der Frühen Hilfen vermittelt auch an andere Angebote im Stadtteil.

Wichtige Akteure im Kontext der Frühen Hilfen stellen Familienhebammen dar, die schwangere Frauen mit besonderem Unterstützungsbedarf besuchen und begleiten. In diesem Kontext werden auch spezielle Angebote für Geflüchtete gemacht, wie z.B. ein **Geburtsvorbereitungskurs**, der von einer **Familienhebamme** mit Dolmetscher/innen an einer Evangelischen Bildungsstätte durchgeführt wird (http://www.integration.wolfenbuettel.de/Nachrichten/Geburtsvorbereitungskurs-f%C3%BCr-gefl%C3%BCchtete-Frau-en.php?object=tx,2436.9.1&ModID=7&FID=2436.207.1&sNavID=2436.9&mNavID=2436.9&NavID=2436.9&La=1).

Auch der Kurs **„Deutsch im Kreißsaal“**, der sich an geflüchtete Frauen mit geringen Deutschkenntnissen wendet und vom Diakonischen Werk Gießen angeboten wird, vermittelt geburtshilfliche Informationen und ein entsprechendes Vokabular, um Angst vor der Entbindung in der Klinik abzubauen (https://www.lkgi.de/images/formulare_downloads/FAQ_Fluechtlinge/Gesundheitliche_Versorgung/Schwangerenberatung.pdf).

Unterstützung für Fachkräfte in der Begleitung und Beratung von Geflüchteten

Fachkräfte, die schwangere Geflüchtete betreuen, benötigen ebenfalls Unterstützung, beispielsweise hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen des Asylverfahrens, aber auch hinsichtlich einer kultursensiblen Begleitung und Beratung. Der Deutsche Hebammenverband hat einen **Leitfaden für Hebammen** in der geburtshilflichen Betreuung von schwangeren Geflüchteten herausgegeben. Der Leitfaden berücksichtigt Aspekte der **kultursensiblen Betreuung und des Umgangs mit Stress und Traumata** ebenso wie Hinweise zur Abrechnung und zur Arbeit in den Unterkünften (Deutscher Hebammenverband e.V. 2015).
Auch **Fachtagungen, Fortbildungen und Vernetzungsveranstaltungen** können zur Unterstützung von Fachkräften beitragen, wie z.B. die gemeinsame Fachtagung „Geflüchtet. Schwanger. Perspektiven?“ von AWO, DRK und pro familia in Brandenburg 2016, zu der auch eine Dokumentation vorliegt und die sich an Mitarbeiter/innen von Schwangerenberatungsstellen richtete (AWO 2016).
Weiterhin dienen auch die im Kapitel 5.1. beschriebenen **mehrsprachigen Materialien der Unterstützung von Fachkräften** in der Begleitung und Beratung von Geflüchteten. Dafür bestehen z.B. auch Linklisten, die Materialien systematisiert zu spezifischen Themen zusammenstellen, wie beispielsweise eine Arbeitshilfe des Netzwerks Frühe Hilfen des Kreises Hensberg, die systematisch aufbereitete Links zu mehrsprachigen Materialien enthält. Diese können für die Unterstützung von geflüchteten schwangeren Frauen bzw. Frauen mit kleinen Kindern relevant sein und richten sich sowohl an die Frauen selbst als auch an Fachkräfte (http://fruehe-hilfen-kreis-hs.de/site/assets/files/1087/linkliste_geflohene_menschen_2017-1.pdf).

5.3 ZUGANGSBARRIERE WOHNSITUATION UND ISOLATION

Aufgrund der Wohnsituation und z.T. der strukturellen Isolation von Geflüchteten und aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen finden schwangere geflüchtete Frauen den Weg in Schwangerenberatungsstellen meist nur über Dritte, wie Erfahrungen aus der Beratungspraxis zeigen (Berrut 2017). Komm-Strukturen sind ohne weitere Begleitung häufig nicht niedrigschwellig genug, um von schwangeren geflüchteten Frauen in Anspruch genommen werden zu können, was die oben beschriebenen Begleitprojekte von Ehrenamtlichen und/oder professionellen Fachkräften wie Hebammen und Familienhebammen strategisch so bedeutsam macht.

Eine andere Strategie stellen aufsuchende Angebote dar, die insbesondere versuchen, die Barriere, die durch Isolation und Wohnsituation in Gemeinschaftsunterkünften entsteht, zu durchbrechen. So bieten (Familien-)Hebammen und Schwangerschaftsberater/innen vielfach Beratungsstunden, Gesprächsgruppen oder Kurse für schwangere Frauen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften an. Aufsuchende Angebote, also Geh-Strukturen, können auch durch Begleitungsangebote ergänzt werden, bei denen die Begleiter/innen eine Lotsenfunktion in Richtung Regelsystem haben.

Aufsuchende Beratungsarbeit an der Schnittstelle von Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen

Das **bundesweite Modellprojekt** des Bundesverbands donum vitae e.V. „Schwangerschaft und Flucht“ hat seinen Schwerpunkt in der aufsuchenden Beratungsarbeit an den Orten, an denen Geflüchtete leben (http://www.donumvitae.org/aktuelles). Ziel des Projekts ist die **aufsuchende Beratungsarbeit an 30 Standorten** in Deutschland zu Fragen von Schwangerschaft und Geburt, finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten sowie psychosozialen Fragen. Auf Wunsch der Frauen kann auch das Umfeld einbezogen werden, z.B. im Rahmen von sexualpädagogischen Angeboten für Männer. Die Berater/innen haben eine Lotsenfunktion zur Vermittlung in das Regelsystem und werden von Dolmetscher/innen unterstützt, die durch das

Projekt qualifiziert werden. Neben individuellen Beratungsangeboten vor Ort in den Unterkünften sind auch Gruppenangebote geplant, z.B. im Rahmen von Info-Cafés (http://www.rp-online.de/nrw/staedte/hilden/projekt-unterstuetzt-schwangere-fluechtlinge-aid-1.6344979). Da das Modellprojekt mit 30 Standorten eine bundesweite Ausdehnung hat, nimmt es in der hier beschriebenen Angebotspalette eine Sonderstellung ein.

Auf eine bereits langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Geflüchteten kann der Landesverband der pro familia Nordrhein-Westfalen e.V. zurückblicken, der aktuell in Kooperation mit der Beratungsstelle Bonn das Projekt „Flüchtlinge im Blick" umsetzt (https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten/pro-familia-fluechtlinge-im-blick.html). Neben der individuellen Beratungsarbeit in der Beratungsstelle verfolgt das Projekt einen aufsuchenden Ansatz, bei dem Gruppenformate angeboten werden. Ziel des Projekts ist es darüber hinaus, Erfahrungen aus der Projektarbeit in Fortbildungen für Fachkräfte zu übertragen. Es werden **vor Ort in den Unterkünften** zum einen **allgemeine präventive Veranstaltungen** zum Gesundheitssystem und den Rechten von Asylbewerber/innen und Flüchtlingen, zu Schwangerschaft, Geburt und Verhütung, zur Gesundheit von Kleinstkindern, zu sexuell übertragbaren Krankheiten sowie zu Partnerschaft und zur psychischen Gesundheit und Stress durchgeführt. Zum anderen finden auch **Kurse „Rund um die Geburt"** statt, bei denen Gruppen aufgebaut werden, die sich gegenseitig unterstützen. Neben den professionellen Fachkräften arbeiten auch **Ehrenamtliche mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund** in dem Projekt mit, die die Herkunftssprachen der Flüchtlinge sprechen. Sie erhalten in der Beratungsstelle Schulungen und Supervision. Ihre Aufgaben bestehen im Dolmetschen bei den Veranstaltungen und in der Begleitung von schwangeren Frauen oder Familien mit kleinen Kindern zu Frauen- bzw. Kinderarzt/ärztin. Aufsuchende Arbeit wird in dem Projekt verbunden mit einer **Vermittlung in Regelangebote**. Deswegen ist die **Vernetzung des Projekts von großer Bedeutung**, sowohl mit Gesundheitsorganisationen als auch mit Organisationen aus der Migrations- und Flüchtlingsarbeit. So ist dem Projekt ein breiter Ansatz sozialer, rechtlicher und gesundheitlicher Maßnahmen möglich.

Das Berliner Familienplanungszentrum BALANCE verbindet in dem Projekt „Schwangere und Mütter aus allen Berliner Unterkünften" Komm- und Gehstrukturen. BALANCE bietet aufsuchende Beratung in Berliner Not- und Gemeinschaftsunterkünften. Weiterhin wird auch ein **Hebammencafé** für Frauen mit Fluchterfahrung im Familienplanungszentrum angeboten. In dem Projekt sind eine Sozialpädagogin und eine Hebamme tätig. Das Beratungsteam von BALANCE ist aus **Mitarbeiter/innen mit unterschiedlichen sozialen, kulturellen und ethnischen Hintergründen** zusammengesetzt und spricht unterschiedliche Sprachen (http://www.fpz-berlin.de/Migration-und-Flucht-898224.html)

Sprechstunden in Gemeinschaftsunterkünften werden auch von Familienhebammen in Zusammenarbeit mit Sozialarbeiterinnen angeboten, wie ein Beispiel aus Nordrhein-Westfalen in Trägerschaft einer evangelischen Beratungsstelle für Schwangerschaft, Sexualität und Pränataldiagnostik (Eva) des Diakonischen Werks zeigt (http://www.general-anzeiger-bonn.de/region/vorgebirge-voreifel/swisttal/Hilfe-f%C3%BCr-gefl%C3%BCchtete-M%C3%BCtter-article3451017.html). Die Beratungsstelle des Diakonischen Werks bot im vierten Quartal 2016 alle zwei Wochen eine Sprechstunde einer Familienhebamme und einer Sozialarbeiterin in einer Heimerzheimer Flüchtlingsunterkunft an, die auch von Familien außerhalb der Unterkunft genutzt wurde. Unterstützt wurden beide von einer Sprachmittlerin. Dabei spielte auch die Lotsenfunktion zur Vermittlung in das Regelsystem eine wichtige Rolle, z.B. durch Vermittlung an Kinderärzt/innen, Gynäkolog/innen, Sozialarbeiter/innen sowie an ehrenamtliche Helfer/innen.

Auch das Hebammenprojekt des SkF Ingolstadt ist an der **Schnittstelle zwischen Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen** angesiedelt und bietet sowohl spezielle Sprechstunden in den Räumen der Schwangerschaftsberatungsstelle als auch Beratung und Hilfe durch Hebammen in der örtlichen Flüchtlingsunterkunft (Kleinz 2016, 53).

Aufsuchende und begleitende Betreuungsarbeit durch Ehrenamtsprojekte

Die Malteser Stuttgart setzen in Kooperation mit der Caritas Stuttgart das Ehrenamtsprojekt „Schwanger in der Fremde“ um, bei dem schwangere Frauen und ihre Familien in fünf Unterkünften sozial betreut und bei der Integration unterstützt werden. Neben den Besuchen in den Unterkünften sind auch Begleitungen der Frauen, z.B. zum Frauenarzt/zur Frauenärztin, zur Hebamme oder zu Behörden, vorgesehen. Die Ehrenamtlichen erhalten Schulungen durch Hebammen und Sozialarbeiterinnen; bei monatlichen Austauschtreffen werden Fallbesprechungen durchgeführt. Das Projekt wird in enger Kooperation mit den Trägern der Unterkünfte umgesetzt (http://www.malteser-stuttgart.de/dienste-und-leistungen/weitere-dienstleistungen/schwanger-in-der-fremde/ und http://www.fluechtlingshilfe-bw.de/projekte/kinder-jugendliche-familie/malteser-hilfe-fuer-gefluechtete-schwangere-frauen/).

Hausbesuche bei schwangeren geflüchteten Frauen durch Ehrenamtliche in Begleitung einer professionellen Fachkraft bietet auch das Projekt „Frühe Hilfen für schwangere geflüchtete Frauen“ der Siegerländer Frauenhilfe, das von der Stadt Siegen finanziert wird (https://www.siegerlandkurier.de/siegen/neues-projekt-frauenhilfe-besucht-schwangere-gefluechtete-hause-6757018.html)

Aufsuchende Betreuungs- und Beratungsangebote haben großen Zulauf, wie ein zunächst ehrenamtlich organisiertes und später professionalisiertes Beispiel einer Sprechstunde für Schwangere aus München zeigt (http://www.sueddeutsche.de/muenchen/flucht-wie-schwangeren-in-der-bayernkaserne-geholfen-wird-1.2795101).

Medizinisch-geburtshilfliche Angebote in den Gemeinschaftsunterkünften

Einen stark geburtshilflichen Schwerpunkt hat das Projekt **„Hebamme für alle“** der Uni-Kinderklinik und der Stadt Freiburg in Zusammenarbeit mit einem Caritas-Stadtteiltreff und dem Kompetenzzentrum Frühe Hilfen. Die Klinik verspricht sich davon eine verbesserte Betreuung der Schwangeren, aber auch der Wöchnerinnen in der Gemeinschaftsunterkunft. Die Hebamme arbeitet in Teilzeit direkt in der Unterkunft (http://www.hebammen-bw.de/hebamme-fuer-freiburger-fluechtlingswohnheim/ und http://www.badische-zeitung.de/freiburg/impfaktionen-und-hebammen-so-funktioniert-die-medizinische-hilfe-fuer-fluechtlinge--111070962.html).

Das wissenschaftliche Projekt des Berliner Universitätsklinikums Charité „Charité für geflüchtete Frauen – Women for Women“ (Abels et al. 2017) hat zum einen Daten zur gesundheitlichen Situation von geflüchteten Frauen in Berliner Flüchtlingsunterkünften erhoben. Zum anderen wurden aber auch **Gesprächskreise zum Thema Frauengesundheit**, darunter auch zur Vorsorge in der Schwangerschaft, angeboten. Das Projekt setzte Sprachmittlerinnen ein und bot eine Kinderbetreuung an, damit die Frauen in Ruhe an den Gesprächskreisen teilnehmen konnten. Im Anschluss an die Gesprächskreise fanden auf Wunsch Einzelberatungen durch eine Gynäkologin und Beraterinnen der Charité statt. Die Dokumentation des Projekts lässt eine **anerkennende und wertschätzende Haltung** erkennen, die die Ressourcen und das Wissen der Frauen berücksichtigt und stärkt (Abels et al. 2017).

Selbsthilfe durch geschützten Wohnraum

Eine Besonderheit stellt das Gemeinschaftsprojekt der Stiftung Amali-Foundation und des Flamingo e.V. **„Safe Nest“** dar, das sich auf die Unterstützung von geflüchteten schwangeren Frauen und geflüchteten Müttern mit Kleinkindern im Raum Berlin konzentriert. Flamingo e.V. ist ein 2015 gegründeter Verein, dessen Mitglieder zum großen Teil selbst Frauen mit Migrations- oder Fluchtgeschichte sind. Das Projekt „Safe Nest“ stellt schwangeren Frauen und Müttern mit Kleinkindern für eine Übergangszeit von sechs bis zwölf Monaten **geschützten Wohnraum** zur Verfügung. Die Wohnungen liegen nur einen kurzen Fußweg entfernt von den Beratungsräumen von Flamingo e.V.. Durch individuelle psychosoziale Beratung und Begleitung wird nach langfristigen Perspektiven gesucht, wie z.B. einer Arbeit und einer eigenen

Wohnung. Die Beratungen werden von einer **weiblichen Fachkraft mit eigener Flucht- und Migrationsgeschichte** auf Deutsch, Englisch und Farsi angeboten. Für andere Sprachen sind Sprachmittler/innen vorhanden. Mit einem Netzwerk aus Mediziner/innen, psychologischen Berater/innen und Hebammen wird eine ausreichende medizinische und psychologische Versorgung während und nach einer Schwangerschaft gewährleistet.

5.4 ZUGANGSBARRIERE STRUKTURELLE DISKRIMINIERUNG UND BÜROKRATIE

Die Überwindung von struktureller Diskriminierung und Bürokratie ist in erster Linie keine Frage von Angebotsstrukturen, sondern eine Frage politischer Entscheidungen. Verschiedene Organisationen aus dem Feld Gesundheit und Migration machen politische **Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit**, um für die Rechte von Geflüchteten für eine Gesundheitsversorgung auch jenseits der Akutversorgung einzutreten und Bürokratie bei der Beantragung von medizinischen Leistungen abzubauen. Hier wird vor allem die **elektronische Gesundheitskarte** gefordert, die sich am sogenannten „Bremer Modell“ (seit 2005) orientiert (http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/hebammenhilfe-ist-ein-menschenrecht/). Asylsuchende und Geduldete erhalten im Rahmen dieses Modells eine Krankenversicherungskarte und haben genauso wie gesetzlich Versicherte den direkten Zugang zu ambulanten Behandlungen, d.h. ohne vorherige Ausstellung eines Berechtigungsscheins durch die Kommune. Der Umfang des Leistungsanspruchs ergibt sich aus §§ 4 und 6 AsylbLG. Vertraglich ist jedoch festgelegt, dass grundsätzlich das Leistungsspektrum des SGB V gilt, soweit nicht ausdrücklich Ausnahmen vereinbart sind.

Jenseits dieser politischen Forderungen sind es sowohl professionelle Fachkräfte als auch ehrenamtliche Helfer/innen, die die bürokratischen Schritte in der Begleitung der Schwangeren im Einzelnen nachvollziehen müssen. So hat das Flüchtlingsnetzwerk „Berlin hilft“ **eine Liste mit organisatorischen Abläufen zum Thema Schwangerschaft und Geburt** erstellt, die die einzelnen bürokratischen Schritte erläutert, insbesondere hinsichtlich der Registrierung des Neugeborenen (http://berlin-hilft.com/2016/03/22/ablaeufe-schwangerschaft-und-geburt-bei-gefluechteten-frauen/). Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat in Zusammenarbeit mit dem Berliner Hebammenverband und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Informationen für Geflüchtete und für Fachkräfte, insbesondere in den Standesämtern, zum Thema Registrierung des neugeborenen Kindes herausgegeben (http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/kinderrechte/). Dabei wird auf die **Kinderrechtskonvention**, zu dessen Einhaltung sich Deutschland verpflichtet hat, hingewiesen, deren Umsetzung das Deutsche Institut für Menschenrechte durch eine Monitoringstelle überwacht und begleitet. Laut der UN-Kinderrechtskonvention (Art. 7, Abs. 1) hat jedes Kind das Recht, in ein Geburtsregister eingetragen zu werden (https://www.kinderrechtskonvention.info/geburtsregister-3459/).

5.5 ZUGANGSBARRIERE ANGST VOR ABSCHIEBUNG

Die Umsetzung des Rechts von Illegalisierten, also von Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis, auf eine gesundheitliche Versorgung ist eine politische Frage. Hier ist insbesondere die Forderung von Organisationen im Bereich Gesundheit und Migration relevant, die **Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz** von 2009 bundeseinheitlich umzusetzen. Die Verwaltungsvorschrift verbietet die Weitergabe von personenbezogenen Daten an die Ausländerbehörden durch medizinisches Personal, aber auch durch Verwaltung und öffentliche Stellen wie das Sozialamt im Sinne des verlängerten Geheimnisschutzes.

Diese Forderung wird beispielsweise von den **Medibüros** gestellt, die **anonym und kostenlos medizinische Hilfe an Menschen ohne Papiere** vermitteln. Damit ist die andere Ebene der Überwindung der beschriebenen Zugangsbarriere benannt, nämlich die unbürokratische medi-

zinische Hilfe für Betroffene, um Illegalisierten zumindest eine Minimalversorgung zu ermöglichen.

Medibüros (oder auch Medinetze oder Medizinische Flüchtlingshilfen) sind meist in Form von spendenfinanzierten eingetragenen Vereinen organisiert und werden von **ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen** geführt. Diese **vermitteln die Patient/innen** an Arztpraxen, Hebammen sowie an weitere Anbieter medizinischer Versorgung und bei Bedarf in Einzelfällen auch an Kliniken. In Deutschland gibt es inzwischen in über 30 Städten entsprechende Medibüros (http://medibueros.m-bient.com/ueber-uns.html). Das **Medinetz Mainz e.V.** beispielsweise arbeitet mit Ärzt/innen, Laboren und Kliniken zusammen und vermittelt unter anderem auch zum Thema Schwangerschaftsvorsorge. Adressat/innen des Angebots sind nicht nur Menschen ohne Papiere, sondern auch Asylbewerber/innen und Migrant/innen. Der Verein begleitet bei Bedarf die Menschen zu ihren Terminen und vermittelt Dolmetscher/innen (http://www.medinetzmainz.de/).

Der schlechte Gesundheitszustand vieler Geflüchteter, insbesondere schwangerer Frauen, war Anlass für den SkF Recklinghausen, das Projekt „Medizinische Erst- und Grundversorgung der Flüchtlinge durch ehrenamtlich tätige Ärzte“ zu initiieren. Die medizinische Versorgung durch **ehrenamtlich arbeitende Ärzt/innen** setzt vor allem dann ein, wenn die Kostenübernahme nicht oder noch nicht geklärt ist. Die Behandlung erfolgt kostenlos und anonym (Kleinz 2016, 53)

Beratungsangebote, die direkt aus den migrantischen Communities **von Migrant/innen für Migrant/innen** angeboten werden, stellen eine weitere Form der Unterstützung dar. Als Beispiel dient die Gesundheitssprechstunde von Maisha – Selbsthilfe für Afrikanische Frauen in Deutschland e.V. Das Projekt „Gesundheitsberatung für afrikanische Frauen, Männer und Familien“ wird in Kooperation mit der Stadt Frankfurt umgesetzt und richtet sich insbesondere an Menschen, die von der gängigen Hilfestruktur nicht erreicht werden, z.B. Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. Das Personal setzt sich aus Ärzt/innen, einer Krankenschwester und einer afrikanischen Mediatorin zusammen. Das Angebot ist ebenfalls kostenlos und anonym (http://www.maisha.org/).

5.6 PROBLEMLAGE MEHRFACHBELASTUNGEN UND TRAUMATISIERUNGEN

Wie schon eingangs beschrieben, muss bei der Auflistung der oben genannten Angebotsstruktur immer die besondere Problemlage von schwangeren geflüchteten Frauen berücksichtigt werden. Einige Angebote fokussieren die Mehrfachbelastung von schwangeren geflüchteten Frauen im Kontext von Traumatisierung im besonderen Maße. Ausgewählte Beispiele für solche Angebote werden hier aufgeführt.

Die **Clearingstelle für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge des Hamburger Flüchtlingszentrums** hält ein spezielles Angebot für besonders vulnerable Gruppen bereit, darunter explizit auch für schwangere Frauen. Ziel der Clearingstelle ist eine verbesserte gesundheitliche und materielle Versorgung. Die Clearingstelle arbeitet mit unterschiedlichen staatlichen und nicht-staatlichen Stellen zusammen, um optimale Lösungen für diese Personengruppen zu erreichen. Die Klient/innen erhalten eine Bescheinigung über die Zugehörigkeit zu der Gruppe der besonders Schutzbedürftigen, was den Zugang zu sozialen Leistungen erleichtert. Das Projekt wird von der Stadt Hamburg gefördert, um den Gruppen einen besonderen Schutz zu gewähren, die als besonders vulnerabel gelten. Damit setzt die Stadt Hamburg die EU-Richtlinie zur Unterstützung von besonders schutzbedürftigen Gruppen um (2013/33/EU). Dazu zählen neben schwangeren Frauen auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und mit chronischen Erkrankungen sowie Menschen, die Folter, Vergewaltigung und Gewalt erlitten haben. Die Clearingstelle mit dieser besonderen Zielgruppe scheint in Deutschland einmalig zu sein.

Ein **Beratungsangebot speziell für schwangere traumatisierte Flüchtlingsfrauen** bietet das Hannoveraner FrauenTherapie- und BeratungsZentrum Amanda, das sowohl Schwangerenberatung als auch Beratung und Therapie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen anbietet (http://www.amanda-ev.de/aktuelles/).

Das vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration geförderte Modellprojekt STEP BY STEP des Sigmund-Freud-Instituts hat sich zum Ziel gesetzt, traumatisierten Asylsuchenden in der Erstaufnahmeeinrichtung Darmstadt frühe Hilfe zu garantieren und damit **kurz- und langfristige Unterstützungen und eventuelle Behandlungen** einzuleiten. Dazu dienen Gesprächskreise, weitere Gruppenangebote und Einzelberatungen/Kriseninterventionen. Die dabei zugrundeliegende Idee ist einerseits eine Angebotsstruktur zur Überwindung von Isolation und Entwurzelung zu etablieren, andererseits auch die **Stärkung von Selbstinitiative (Empowerment) durch aktive Teilnahme an den Angeboten**, z.B. als Co-Betreuer/in einer Gruppe, zu fördern. Das Projekt bezieht schwangere Geflüchtete und Mütter mit Babys im Rahmen einer eigenen wöchentlichen Gruppe ein; es richtet sich jedoch nicht nur an schwangere geflüchtete Frauen, sondern an alle Bewohner/innen (http://www.sfi-frankfurt.de/forschung/forschungsfeld-1/pilotprojekt-michaelis-dorf.html).

5.7 SENSIBILISIERUNG DES REGELSYSTEMS, VERNETZUNG UND FACHDIALOG

Jenseits von spezifischen Projekten, die schwangere geflüchtete Frauen adressieren, gibt es weitere Bestrebungen im Regelsystem, die darauf ausgerichtet sind, Zugangsbarrieren für diese Gruppe bzw. für Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen abzubauen. Als Indikatoren für die Öffnung des Regelsystems jenseits von spezifischen Projekten können folgende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Recherche punktuell sichtbar wurden:

- explizite Ansprache der Zielgruppe auf der Website,
- Mehrsprachigkeit auf der eigenen Website / bei Flyern und Plakaten,
- mehrsprachiges Mitarbeiterteam,
- Fortbildungen zur migrationssensiblen Arbeit,
- Einsatz von (mehrsprachigen) Unterstützungs- und Informationsmaterialien in der Beratung oder Betreuung,
- Zusammenarbeit und Vernetzung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen und der Flüchtlingshilfe/Migrationsberatung (im Sinne von Verweisberatung, Informationstransfer und Fachdialog),
- Veranstaltung von Fachtagungen zum Themenbereich Schwangerschaft und Flucht (z.B. von Trägern von Beratungsstellen oder von Berufsverbänden),
- niedrigschwellige aufsuchende Arbeit als Teil des Regelangebots, wie z.B. eine Hebammensprechstunde oder eine Schwangerschaftsberatung in den Gemeinschaftsunterkünften.

Diese Indikatoren lassen sich jedoch nicht flächendeckend recherchieren oder nachweisen, so dass hier auch keine Aussagen über den Grad der Sensibilisierung des Regelsystems getroffen werden können. Im Rahmen dieser Recherche entstand der Eindruck, dass es sich eher um punktuelle Öffnungen des Regelsystems handelt. Insbesondere einzelne Aktivitäten, wie die aufsuchende Arbeit von Ärzt/innen, Berater/innen und Hebammen in Gemeinschaftsunterkünften, bleiben allerdings im Internet oft unsichtbar, weil sie nicht gesondert dokumentiert werden.

Als ein Beispiel für die **migrationssensible Öffnung einer Beratungsstelle** kann die pro familia-Beratungsstelle Bonn genannt werden. Die Website richtet sich explizit an Menschen unterschiedlicher Herkunft und Sprache; Migrant/innen bzw. geflüchtete Frauen werden speziell angesprochen. Die Beratungsstelle verweist in einfacher Sprache darauf, dass das Team Mitarbeiter/innen mit und ohne Migrationshintergrund umfasst und Beratung in den Sprachen

Deutsch, Englisch, Französisch, Türkisch, Persisch und Dari anbietet; Russisch und Arabisch werden in den Grundzügen verstanden. Für manche Beratungen können nach vorheriger Absprache Dolmetscher/innen organisiert werden. Weiterhin besteht das Veranstaltungsangebot „Gesundheitsförderung von Migrant/innen". Diese Gruppen-Veranstaltungen finden in Kooperation mit Organisationen und Institutionen statt, die im interkulturellen Bereich tätig sind. Die Website enthält auch einen Verweis auf das pro familia-Projekt „Flüchtlinge im Blick" des Landesverbandes NRW, das in der Beratungsstelle Bonn erprobt und durchgeführt sowie auf weitere Beratungsstellen in NRW übertragen wird (https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten.html). Diese hier beispielhaft geschilderte migrationssensible Öffnung der Beratungsstelle Bonn setzt den „Lübecker Beschluss" in die Beratungspraxis um, mit dem die Bundesdelegiertenversammlung der pro familia 2016 das **Ziel des Verbandes** bekräftigt hat, **die sexuellen und reproduktiven Rechte von Menschen mit Migrationshintergrund mit und ohne Fluchterfahrungen** stärken zu wollen (https://www.profamilia.de/ueber-pro-familia/aktuelles/migration-und-flucht.html).

Vernetzung und Fachaustausch sind wichtige Schritte hin zu einer migrationssensiblen Öffnung der Regelangebote. Ein Beispiel auf Landesebene, das zumindest Schritte in diese Richtung unternimmt, ist ein Projekt der ZGF: Die **Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF)** ist eine Landesbehörde, deren Aufgabe es ist, die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau im Land Bremen umzusetzen. Im Jahr 2017 wurde der Themenschwerpunkt „Frauen und Flucht" bearbeitet. Die ZGF setzte 2017 das Projekt „Herausforderung Frauen und Flucht – gemeinsam Antworten finden" um, dessen Ziel zunächst eine Bestandsaufnahme der Situation und der Bedarfe von geflüchteten Mädchen und Frauen ist, um daran anschließend den Fachaustausch und die Vernetzung von Unterkünften und themenbezogenen Angeboten in Bremen und Bremerhaven zu fördern. Einen Themenschwerpunkt stellt dabei die Gesundheitsversorgung dar (http://www.frauen.bremen.de/die_zgf/unsere_themen/frauen_und_flucht-12893).

Das **Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen"** des Bundesverbands der pro familia, in dessen Rahmen die vorliegende Bestandsaufnahme erfolgt, setzt ebenfalls im Themenbereich Vernetzung, Fachaustausch sowie Wissens- und Informationstransfer an (http://www.fachdialognetz.de/index.php?id=48).

6. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Recherche hat gezeigt, dass verhältnismäßig umfangreiche mehrsprachige Informationsmaterialien vorhanden sind, um schwangeren geflüchteten Frauen Informationen über das deutsche Gesundheitssystem und über ihre Rechtsansprüche zu vermitteln; ebenso existieren Materialien im Bereich der Prävention und Unterstützung sowie medizinische Übersetzungshilfen für Betroffene und Fachkräfte. Allerdings ist damit noch nichts darüber ausgesagt, wie die mehrsprachigen Materialien genutzt werden, also wie die Materialien die Adressat/innen tatsächlich erreichen, und welche Erfahrungen damit gemacht werden. Es liegen Hinweise vor, dass quantitativ und qualitativ ausreichende Dolmetscherdienste im Gesundheitswesen fehlen (ZGF 2017).

Weiterhin konnte eine ganze Reihe von Angeboten recherchiert werden, die insbesondere versuchen, die Isolation in den Gemeinschaftsunterkünften zu durchbrechen und ein Verständnis des bzw. Vertrauensaufbau zum medizinisch-kulturellen System zu schaffen. Wichtige Akteure bei diesen medizinisch-geburtshilflichen und/oder psychosozialen Angeboten, die durch aufsuchende Arbeit und durch individuelle Begleitung gekennzeichnet sind, sind Hebammen, Berater/innen von Schwangerschaftsberatungsstellen, Familienhebammen, Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog/innen sowie Ehrenamtliche. Einige Angebote setzen auf interdisziplinäre Teams, um sowohl den medizinisch-geburtshilflichen als auch den psychosozialen Bereich fachlich abzudecken, was als besonders sinnvoller Weg erscheint.

Auch wenn die Angebotsstruktur auf den ersten Blick umfangreich erscheint, handelt es sich jedoch in der Mehrheit um punktuelle lokale Angebote und nicht um flächendeckende Angebote. Eine Ausnahme bildet das Modellprojekt „Schwangerschaft und Flucht“, dessen explizites Ziel eine flächendeckende Versorgung an rund 30 Standorten in Deutschland ist. Auffällig ist weiterhin, dass die Angebotsstruktur lokal ungleich verteilt ist bzw. dass das Thema Schwangerschaft und Flucht bzw. Migration und Schwangerschaft lokal unterschiedlich präsent ist – und zwar nicht nur in Form von Angeboten, sondern auch in Form von politischen und wissenschaftlichen Debatten und Diskursen. Eine Vorreiterrolle nehmen hierbei die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen ein. Die Hamburger Clearingstelle ist ein gutes Beispiel dafür, wie die Schutzbedürftigkeit von vulnerablen Gruppen gewährleistet werden kann. Sie verweist gleichzeitig auf die Bedeutung von Vernetzung in der Unterstützung von schwangeren geflüchteten Frauen, da für eine optimale Unterstützung der Frauen Akteure aus dem Gesundheitswesen und dem Migrationsbereich zusammenarbeiten müssen.

Deutlich wurde anhand der beschriebenen Zugangsbarrieren und Mehrfachbelastungen, dass schwangere geflüchtete Frauen besondere Bedarfslagen haben, die speziell auf sie zugeschnittene Angebote notwendig machen. Eine rein „passive“ Öffnung von Beratungsstellen reicht beispielsweise nicht aus. Medizinisch-geburtshilfliche Akteure und Akteure aus der psychosozialen Beratung müssen aktiv werden, um schwangere geflüchtete Frauen zu erreichen. Die recherchierte Angebotsstruktur lässt bestimmte Prinzipien erkennen, wie dies geschehen kann bzw. wie dies zumindest versucht wird. Zu diesen Prinzipien gehören:

- Niedrigschwelligkeit durch aufsuchende Beratung und Informationsveranstaltungen in Gemeinschaftsunterkünften oder an Orten, an denen sich Geflüchtete aufhalten,
- individuelle Begleitung durch Mittler/innen und Lots/innen in das Gesundheitssystem,
- Empowerment durch Gruppenangebote (wie z.B. Frauengesprächskreise, Frauencafés),
- Anerkennung der Ressourcen und des Wissens der Frauen durch wertschätzende Haltung,
- migrationssensible Begleitung durch interkulturelle Offenheit und Flexibilität der Fachakteure mit Blick auf unterschiedliche Bedarfe und Erfahrungen der Frauen,
- die Vernetzung von Fachakteuren zur besseren Abstimmung der Betreuung und Versorgung und zur gegenseitigen Unterstützung (z.B. durch Wissenstransfer).

Bei allen Diskussionen um kultursensible Begleitung und Betreuung ist zu bedenken, dass die Gefahr einer Kulturalisierung, also einer Betonung antizipierter bzw. zugeschriebener kultureller Unterschiede besteht, die den Begleitungs- und Beratungsprozess behindert.
Jenseits der Entwicklung von speziellen Angeboten für geflüchtete Frauen auf Basis der oben genannten Prinzipien erscheinen Wissenstransfer und Vernetzung von Angeboten als wichtige Strategie, um die Regelversorgung für die Bedarfe von schwangeren geflüchteten Frauen zu sensibilisieren. Und schließlich ist auch die Bedeutung der Frühen Hilfen in der Unterstützung von schwangeren geflüchteten Frauen zu betonen, die auf einer engen Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Sozialer Dienste basiert.

QUELLENVERZEICHNIS

Fachliteratur

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

AWO Landesverband Brandenburg e.V. (2016): Geflüchtet, Schwanger. Perspektiven? Unterstützung und Beratung im Spannungsfeld von Flucht und kulturellem Hintergrund. Dokumentation des Fachtags am 27. April 2016 in Potsdam. https://www.awo-brandenburg.de/Gefluechtet-Schwanger-Perspektiven-Unterstuetzung-und-Beratung-im-Spannungsfeld-von-Flucht-und-kulturellem-Hintergrund-883373.pdf (Zugriff 11.09.2017)

BAMF (Hg.) (2015): Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Berlin

Berufsverband der Frauenärzte e.V. (2016): Schwangerenvorsorge. Mutterschaftsrichtlinien. https://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_schwangerenvorsorge-mutterschaftsrichtlinien_168.html (Zugriff 22.08.2017)

Berrut (2017): Zur Situation geflüchteter schwangerer Frauen/Familien und den damit verbundenen Herausforderungen. Vortrag im Mai 2017 bei einem Workshop des Bundesverbandes pro familia im Rahmen des Projektes „Fachdialognetz“ in Mainz

BMFSFJ (2016): „Schwanger und Sie haben viele gen?“ https://www.bmfsfj.de/blob/95276/ce68e23eaec435d44de54f38db084a4e/schwanger-und-sie-haben-viele-fragen-hilfetelefon-schwangere-in-not-flyer-mehrsprachig-data.pdf (Zugriff 22.08.2017)

BMFSFJ/Bundesstiftung Mutter und Kind (2015): Bundesstiftung Mutter und Kind. https://www.bmfsfj.de/blob/94026/291b670a4b730219ee49dfe076fd8179/infoblatt-mutter-und-kind-data.pdf (Zugriff 22.08.2017)

BMFSFJ/Bundesstiftung Mutter und Kind (2013): Hilfe und Unterstützung in der Schwangerschaft. Bundesstiftung Mutter und Kind. https://www.bmfsfj.de/blob/94000/bfd3200f2792b1f2e3caeff3dbaee289/hilfe-und-unterstuetzung-in-der-schwangerschaft-bundesstiftung-mutter-und-kind-data.pdf (Zugriff 22.08.2017)

BMG / Ethno-Medizinisches Zentrum (2016): Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland.

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Asylsuchende_DE_web.pdf (Zugriff 22.08.2017)

BMG (2017): Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin

BMZ (2008): Sexual and Reproductive Health and Rights, and Population Dynamics. A BMZ Policy Paper (Special 149). Bonn/Berlin.

Bühring, Petra (2015): Dolmetscher und Sprachmittler im Gesundheitswesen: Regelungen zur Finanzierung nötig. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 112, H. 45, A 1873-A 1874.

BZgA (2017): Impfen – Schutz für Ihr Kind vor Infektionskrankheiten. https://www.bzga.de/infomaterialien/impfungen-sicherer-schutz-vor-infektionskrankheiten-fuer-kinder/ (Zugriff 06.09.2017)

BZgA (2016a): 10 Chancen für Ihr Kind. www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/10-chancen-fuer-ihr-kind-faltblatt/?idx=2551 (Zugriff 06.09.2017)

BZgA (2016b): KURZ.KNAPP. Elterninfo. https://www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/kurz-knapp-elterninfos/ (Zugriff 06.09.2017)

BZgA (o.J.): "Vom Essen, Spielen und Einschlafen". https://www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/dvd-vom-essen-spielen-und-einschlafen/ (Zugriff 06.09.2017)

BZgA (o.J.): Körperwissen und Verhütung. Präventionsmappe. Text und Bildtafeln zur Information und Beratung verschiedener Kulturen. https://www.bzga.de/infomaterialien/praeventionsmappe/ (Zugriff 06.09.2017)

Correll, Lena/Kassner, Karsten/Lepperhoff, Julia (2017): Integration von geflüchteten Familien. Handlungsleitfaden für Elternbegleiterinnen und Elternbegleiter. Berlin. https://www.bmfsfj.de/blob/76048/8a736e1d03188d9b19c055d2e8a7c162/handlungsleitfaden-elternbegleiter-fluechtlinge-data.pdf (Zugriff 29.08.2017)

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015): Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern. http://www.dkgev.de/media/file/22105.RS463-2015_Anlage_Gesundheitsversorgung_von_Fluechtlingen_und_Asylsuchenden.pdf (Zugriff 07.09.2017).

Deutsche Liga für das Kind (2016): Filme für Eltern in Arabisch. You Tube Channel. http://liga-kind.de/angebote-fuer-eltern-filme/ (Zugriff 04.09.2017).

Deutscher Hebammenverband e.V. (2017a): Hebammenhilfe – was steht Ihnen zu? https://www.hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/ (Zugriff 22.08.2017)

Deutscher Hebammenverband e.V. (2017b): Familienhebammen. https://www.hebammenverband.de/familie/familienhebammen-fruehe-hilfen/ (Zugriff 22.08.2017)

Deutscher Hebammenverband e.V. (2017c): Stillbroschüre ohne Worte. Karlsruhe

Deutscher Hebammenverband e.V. (2015): Betreuung von Frauen, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen. Ein Leitfaden für Hebammen. Karlsruhe. http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/wp-content/uploads/2015/08/hebammenverband_Flyer_Fluechtlinge_12-Seiten_RZ_WEB.pdf (Zugriff 11.09.2017)

Deutscher Hebammenverband e.V. (o.J.): Guter Start ins Leben. Wie Hebammen helfen. Karlsruhe. https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/guter-start-ins-leben/ (Zugriff 29.08.2017)

Deutsches Institut für Menschenrechte (2008): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – ihr Recht auf Gesundheit. Berlin

Ethno-medizinisches Zentrum e.V. (2016): Wegweiser Müttergesundheit. Informationen und Ansprechpartner. Ein mehrsprachiger Wegweiser für Migrantinnen. http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/images/PDF-Files/ww_mtter_de_web.pdf (Zugriff 07.09.2017)

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

G-BA (2016): Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_2016-07-20.pdf (Zugriff 22.08.2017)

Heim, Manuela (2016): „Flüchtlingsbabys in Berlin: Neugeborene ohne Identität“. Die Tageszeitung: taz, 1.06.2016, Abschnitt „Berlin“. http://www.taz.de/!5305237/ (Zugriff 22.08.2017)

Kleinz, Petra (2016): Frühe Hilfen für Flüchtlingskinder und ihre Familien. In: ZKJ – Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, H.2/2016, S. 52-55

IPPF (2009): Sexuelle Rechte. Eine IPPF-Erklärung. London

Edition Willkommen (Hg.) (2017): Med-Guide. Medizinischer Sprachführer Schwangerschaft/Geburtshilfe. https://edition-willkommen.de/ (04.09.2017)

Nationale Stillkommission des Bundesinstituts für Risikobewertung (2016a): Stillempfehlungen für Schwangere. Berlin. http://www.bfr.bund.de/de/publikation/stillempfehlungen-61959.html (Zugriff 04.09.2017).

Nationale Stillkommission des Bundesinstituts für Risikobewertung (2016b): Stillempfehlungen für die Säuglingszeit. Berlin. http://www.bfr.bund.de/de/publikation/stillempfehlungen-61959.html (Zugriff 04.09.2017).

NZFH (o.J.): NEST – Material für Frühe Hilfen. https://www.fruehehilfen.de/nest-material/nest-startpaket-die-elemente/?L=0 (Zugriff 22.08.2017)

Neises, Mechthild/Rauchfuß, Martina (2005): Psychosoziale Aspekte der Schwangerschaft. In: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung H. 2/2005, https://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=588 (Zugriff 23.08.2017)

pro familia (2017): Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe. Frankfurt a.M.

pro familia (2015): Kurzinfo Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregel. https://www.profamilia.de/interaktiv/publikationen/publikationen.html?tx_pgiframe_pi1[url]=https://shop.profamilia.de/index.php?id=10623 (Zugriff 04.09.2017)

RKI (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage1b.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 07.09.2017)

Schouler-Ocak, Meryam/Kurmeyer, Christine (2017): Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht. Charité-Universitätsmedizin Berlin

Stratmann, Nina (2017): Ein geschützter Ort für junge Mütter. https://www.waz.de/staedte/bottrop/ein-geschuetzter-ort-fuer-junge-muetter-id209416793.html (Zugriff 11.09.2017)

Stupka-Gerber, Eveline (2014): Ohne Deutsch im Kreißsaal. Bild-Text-Karten zur Verständigung mit Migrant/innen. Stuttgart

ZGF (2017): Geflüchtete Frauen und Mädchen im Land Bremen: Ankommen. Übergänge. Perspektiven. Auftaktveranstaltung zum Projekt „Herausforderung Frauen und Flucht – gemeinsam Antworten finden“. Bremen

Internetquellen: Angebote und Informationen

http://www.amanda-ev.de/aktuelles/ (Zugriff 11.09.2017)

http://ankommenapp.de/APP/DE/Service/Impressum/impressum-node.html (Zugriff 29.08.2017)

http://www.badische-zeitung.de/freiburg/impfaktionen-und-hebammen-so-funktioniert-die-medizinische-hilfe-fuer-fluechtlinge--111070962.html (Zugriff 12.09.2017)

http://www.bamf.de/DE/Willkommen/KinderFamilie/Mutterschutz/mutterschutz-node.html (Zugriff 29.08.2017)

http://berlin-hilft.com/2016/03/22/ablaeufe-schwangerschaft-und-geburt-bei-gefluechteten-frauen/ (Zugriff 12.09.2017)

https://dekanat-mainz-stadt.bistummainz.de/ehrenamt/jobs/familienpate (Zugriff 11.09.2017)

https://www.drk-gesundheitsfilme.de/index.php?id=2223 (Zugriff 07.09.2017)

http://www.donumvitae.org/aktuelles (Zugriff 12.09.2017)

http://www.fachdialognetz.de/index.php?id=48 (Zugriff 13.09.2017)

http://www.fpz-berlin.de/Migration-und-Flucht-898224.html (Zugriff 12.09.2017)

http://www.frauen.bremen.de/die_zgf/unsere_themen/frauen_und_flucht-12893 (Zugriff 13.09.2017)

http://fruehe-hilfen-kreis-hs.de/site/assets/files/1087/linkliste_geflohene_menschen_2017-1.pdf (Zugriff 26.10.2017)

http://www.fz-hh.de/de/projekte/clearingstelle.php (Zugriff 13.09.2017)

http://www.hebammen-bw.de/hebamme-fuer-freiburger-fluechtlingswohnheim/ (Zugriff 12.09.2017)

https://www.hebammenverband.de/aktuell/fluechtlinge/ (Zugriff 07.09.2017)

http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/hebammenhilfe-ist-ein-menschenrecht/ (Zugriff 12.09.2017)

http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/praxis/praxis-in-hessen/ (Zugriff 07.09.2017)

https://www.hna.de/lokales/witzenhausen/witzenhausen-ort44473/hilfe-auch-ungeborene-lisa-jung-kuemmert-sich-schwangere-fluechtlinge-5593312.html (Zugriff 11.09.2017)

https://www.kinderrechtskonvention.info/geburtsregister-3459/ (Zugriff 15.09.2017)

http://www.integration.wolfenbuettel.de/Nachrichten/Geburtsvorbereitungskurs-f%C3%BCr-gefl%C3%BCchtete-Frau-en.php?object=tx,2436.9.1&ModID=7&FID=2436.207.1&sNavID=2436.9&mNavID=2436.9&NavID=2436.9&La=1 (Zugriff 11.09.2017)

https://www.lkgi.de/images/formulare_downloads/FAQ_Fluechtlinge/Gesundheitliche_Versorgung/Schwangerenberatung.pdf (Zugriff 11.09.2017)

http://www.fluechtlingshilfe-bw.de/projekte/kinder-jugendliche-familie/malteser-hilfe-fuer-gefluechtete-schwangere-frauen/ (Zugriff 12.09.2017)

https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/ (Zugriff 22.08.2017)

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/kinderrechte/ (Zugriff 12.09.2017)

http://www.krankenkassen.net/gesetzliche-krankenversicherung/schwangerschaft.html (Zugriff 22.08.2017)

http://www.maisha.org/ (Zugriff 12.09.2017)

http://www.malteser-stuttgart.de/dienste-und-leistungen/weitere-dienstleistungen/schwanger-in-der-fremde/ (Zugriff 12.09.2017)

http://medibueros.m-bient.com/ueber-uns.html (Zugriff 23.08.2017)

http://www.medinetzmainz.de/ (Zugriff 12.09.2017)

https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten.html (Zugriff 13.09.2017)

https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten/pro-familia-fluechtlinge-im-blick.html (Zugriff 12.09.2017)

https://www.profamilia.de/ueber-pro-familia/aktuelles/migration-und-flucht.html (Zugriff 13.09.2017)

http://www.rp-online.de/nrw/staedte/hilden/projekt-unterstuetzt-schwangere-fluechtlinge-aid-1.6344979 (Zugriff 12.09.2017)

http://www.schwanger-und-viele-fragen.de (Zugriff 05.09.2017)

https://www.siegerlandkurier.de/siegen/neues-projekt-frauenhilfe-besucht-schwangere-gefluechtete-hause-6757018.html (Zugriff 12.09.2017)

http://www.skf-mariam.de/index.php/de/ (Zugriff 11.09.2017)

http://www.skf-zentrale.de/93176.html (Zugriff 11.09.2017)

http://www.sfi-frankfurt.de/forschung/forschungsfeld-1/pilotprojekt-michaelis-dorf.html (Zugriff 13.09.2017)

http://www.sueddeutsche.de/muenchen/flucht-wie-schwangeren-in-der-bayernkaserne-geholfen-wird-1.2795101 (Zugriff 12.09.2017)

http://www.svss-uspda.ch/de/facts/world-list.htm (Zugriff 26.10.2017)

http://www.vernetzungsstelle.de/doc/doc_download.cfm?uuid=3E25804DBE346EE320A589ADCB02BACF&&IRACER_AUTOLINK&& (Zugriff 07.09.2017)

https://welcometobremen.de/angebot/angebotscat/schwangerschaft/ (Zugriff 13.09.2017)

https://wiesbaden.bistumlimburg.de/service/meldungen/meldungsdetails/meldung/schwanger-und-fremd-im-land.html (Zugriff 11.09.2017)

http://www.wiesbadener-kurier.de/lokales/wiesbaden/nachrichten-wiesbaden/wiesbaden-helferinnen-unterstuetzen-gefluechtete-frauen-waehrend-der-schwangerschaft_17727527.htm (Zugriff 11.09.2017)

http://www.wn.de/Muensterland/Kreis-Warendorf/2016/04/2330204-Hilfe-fuer-Schwangere-mit-Flucht-und-Trauma-Erfahrung-Aktion-Mensch-foerdert-SkF-Projekt (Zugriff 11.09.2017)

https://www.zanzu.de/de/themen/familienplanung-und-schwangerschaft (Zugriff 29.08.2017)

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

TEILBERICHT BAUSTEIN 3
DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

ERFAHRUNGEN DER KOORDINATORINNEN MIT DER PROJEKTUMSETZUNG

MODELLPROJEKT „FACHDIALOGNETZ FÜR SCHWANGERE, GEFLÜCHTETE FRAUEN“

VICTORIA SCHWENZER / DR. MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN

BERLIN 2018

CAMINO

Erstellt im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen“ des Bundesverbands pro familia e.V.

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

EXECUTIVE SUMMARY 4

1 EINLEITUNG 7

2 FRAGESTELLUNGEN 9

3 METHODISCHES VORGEHEN 10

4 ZIELEBENEN DER ARBEIT AN DEN STANDORTEN 11

5 AUSGANGSSITUATION: VORGEHENSWEISE DER STANDORTE 13
5.1 Wissensbestände und Rahmenbedingungen 13
5.2 Durchführung von Bestandsaufnahmen 14
5.3 Bedarfe der Fachakteure hinsichtlich Vernetzung und Fachaustausch 15
5.4 Exkurs: Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen 17

6 ERFAHRUNGEN MIT DER PROJEKTUMSETZUNG: STOLPERSTEINE UND ERFOLGE 21
6.1 Förderung von Fachvernetzung als besondere Herausforderung 21
6.2 Entwicklung fachlicher Expertise 21
6.3 Strukturell angelegte Begrenzungen 22
6.4 Interne Vernetzung als Unterstützung 23

7 ENTWICKELTE UNTERSTÜTZUNGSFORMATE: VERNETZUNGSTYPEN 24
7.1 Vernetzungstyp 1: Anlassbezogene Vernetzung 24
7.2 Vernetzungstyp 2: Strategische Nutzung vorhandener Netzwerke 25
7.3 Vernetzungstyp 3: Vernetzung in Kombination mit Wissenstransfer 25

8 DIE WEBSEITE MIT INTEGRIERTER DATENBANK ALS INFORMATIONS- UND VERNETZUNGSTOOL 27

9 ZIELGRUPPENERREICHUNG 29
9.1 Relevante Akteure 29
9.2 Schwierigkeiten im Erreichen von bestimmten Akteursgruppen 30
9.3 Erfolgreiche Strategien, um Akteure zu erreichen 30

10 PROJEKTERGEBNISSE AUS DER PERSPEKTIVE DER KOORDINATORINNEN 32
10.1 Lobbyarbeit für die Bedarfe und Anliegen der Frauen 32
10.2 Wissenstransfer und Strukturaufbau 32
10.3 Weiterentwicklung VOn pro familia 33

11 EMPFEHLUNGEN AUF GRUNDLAGE DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE 35

QUELLENVERZEICHNIS 37

EXECUTIVE SUMMARY

Das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ verfolgt das übergeordnete Ziel, die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen durch Vernetzung und Zusammenarbeit der Fachakteure zu verbessern. Der vorliegende Baustein 3 der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts hat das Ziel, die Nutzung von Vernetzungsangeboten der Fachinformations- und Vernetzungsstellen aus Perspektive der Koordinatorinnen an den Standorten zu evaluieren sowie die Erfahrungen der Koordinatorinnen mit der Projektumsetzung systematisiert zu erheben und auszuwerten. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse der Evaluation dargestellt. Die Strukturierung des Fließtextes erfolgt entlang der untersuchten Analysedimensionen.

Handlungsziele der Standorte

Zu den Zielen, die die Standorte verfolgen, gehören Informations- und Wissenstransfer sowie austausch- und handlungsorientierte Vernetzung. Um diese Ziele zu erreichen, werden eine Reihe von Aktivitäten umgesetzt, nämlich Projektvorstellungen, Mitarbeit in Netzwerken und Arbeitskreisen, eigene Fachveranstaltungen und Dialogveranstaltungen sowie die Pflege und Verbreitung der Website/Datenbank.

Ausgangssituation

Vorerfahrungen der Koordinatorinnen: Die Koordinatorinnen konnten ihre unterschiedlichen Wissensbestände zu Projektbeginn gewinnbringend für das Projekt einsetzen, wobei insbesondere das vorhandene Kontextwissen – also Kenntnisse lokaler Strukturen und Zugang zu vorhandenen Netzwerken – von großer Bedeutung für den Aufbau der Netzwerkarbeit war. Die parallele Tätigkeit als Beraterin in der pro familia Beratungsstelle und/oder die Kenntnis lokaler Strukturen durch berufliche Vorerfahrungen konnten als förderliche Faktoren für die Netzwerkarbeit identifiziert werden.

Bestandsaufnahmen: Die Koordinatorinnen führten zu Beginn ihrer Tätigkeit Bestandsaufnahmen durch, die aufzeigten, dass der Informations- und Wissenstransfer, der durch das Modellprojekt befördert werden soll, auf den Bedarf der befragten Fachakteure im Bereich Schwangerschaft und Flucht trifft. In Bezug auf austausch- und handlungsorientierte Vernetzung, auf die das Modellprojekt auch abzielt, zeigte sich dagegen ein gemischtes Bild: Hier wurde von der Mehrheit der von den Koordinatorinnen befragten Akteure an etwa der Hälfte der Standorte aus unterschiedlichen Gründen kein Bedarf gesehen. Erste Rückmeldungen aus den zum Zeitpunkt der Befragungen durchgeführten Fachveranstaltungen zeigen jedoch, dass durch die positiv erlebte Vernetzung im Rahmen von Fachveranstaltungen ein Bedarf an Fachaustausch offenbar wurde, der z.T. vorher so nicht artikuliert bzw. negiert wurde.

Exkurs zu Bedarfen schwangerer, geflüchteter Frauen: Im Rahmen der Bestandsaufnahmen wurden von den Koordinatorinnen auch Informationen über die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen erhoben. Die zentralen Punkte werden im Folgenden dargestellt:

- Ein diskriminierungsfreier Zugang zur Regelversorgung ist häufig nicht gegeben.
- Die Begleitung durch Hebammen ist häufig aus Abrechnungsgründen erschwert.
- Der Zugang zu ärztlicher Versorgung ist regional sehr unterschiedlich.
- Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist nicht immer gegeben.
- Die Finanzierung von Sprachmittlung ist oft unzureichend geregelt und reicht kaum aus.
- Die Unterbringung schwangerer, geflüchteter Frauen ist im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte häufig unzureichend.

- Ressourcen: Aus den Bestandsaufnahmen geht auch hervor, dass verschiedene Standorte bereits über ein gutes Angebot für schwangere, geflüchtete Frauen verfügen.

Erfahrungen mit der Projektumsetzung

Zugewinn an fachlicher Expertise: Die Vernetzung der Fachakteure stellte, insbesondere zu Beginn der Projektarbeit, eine besondere Herausforderung für die Arbeit der Koordinatorinnen dar. Diese hatten zu Beginn den Eindruck, den Kooperationspartner/innen (noch) wenig anbieten zu können, was ihre eigene Rolle schwierig gestaltete. Zunehmende Sicherheit in der eigenen Arbeit gewannen die Koordinatorinnen durch einen Zugewinn an fachlicher Expertise im Laufe der Projektumsetzung, die auch von den Kooperationspartner/innen anerkannt wurde.

Förderliche und hemmende Faktoren der Fachvernetzung: Nachteilig für die Vernetzung wirkt sich aus, wenn Akteure diese nicht im Rahmen ihrer regulären Arbeitszeit umsetzen können, wie dies bei Selbstständigen oder Ehrenamtlichen häufig der Fall ist, und wenn Akteure aufgrund der Arbeitssituation stark überlastet sind, wie dies z.B. bei Mitarbeiter/innen der Gemeinschaftsunterkünfte auftritt. Der persönliche Beziehungsaufbau über Einzelgespräche sowie die Projektvorstellung in Gremien und Arbeitskreisen haben sich als erfolgreiche Vernetzungsstrategien besonders bewährt. Hilfreich für die Vernetzung ist die Identifizierung von Schlüsselpersonen, die über viele Kontakte verfügen, sowie der Kontakt zu weiteren Personen (sogenannten Türöffnern), die den Weg zu berufsbezogenen Netzwerken ebnen sowie zu gut vernetzten, übergeordneten Institutionen (wie z.B. Flüchtlingsrat oder Hebammenverband).

Entwickelte Unterstützungsformate: Vernetzungstypen

Aufgrund der Analyse der Vernetzungstätigkeit an den Standorten wurden drei idealtypische Vernetzungstypen entwickelt: a) anlassbezogene Vernetzung, b) strategische Nutzung vorhandener Netzwerke und c) Vernetzung in Kombination mit Wissenstransfer, wobei sich die Standorte nicht nur auf einen der drei Typen reduzieren lassen. Die identifizierten Vernetzungstypen repräsentieren unterschiedliche lokale Strategien, mit denen die Koordinatorinnen an den Standorten der Herausforderung der Vernetzung begegnen.

Zielgruppenerreichung

Durch die Analyse der empirischen Daten wurde deutlich, dass es sich bei der Unterstützung von schwangeren, geflüchteten Frauen um ein Querschnittsthema handelt, das eine große Bandbreite an Akteuren betrifft. Relevante Akteursgruppen wurden von den Koordinatorinnen an den Standorten ausgehend von den Bedarfen von schwangeren, geflüchteten Frauen identifiziert. Zu den Akteuren, die standortübergreifend schwer zu erreichen waren, gehören Gynäkolog/innen und Hebammen sowie Geburtskliniken.

Projektergebnisse aus der Perspektive der Koordinatorinnen

Wissenstransfer und Strukturaufbau: Auf der Ebene der Fachakteure erzielten die Koordinatorinnen ihrer eigenen Ansicht zufolge eine Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen, indem sie „*Fachwissen in Netzwerke und Institutionen einspeisen*“ und die Initiierung von Strukturen wie Runden Tischen und Arbeitskreisen fördern.

Lobbyarbeit für die Bedarfe und Anliegen der Frauen: Auf einer eher abstrakten Ebene stellt es einigen Koordinatorinnen zufolge einen Gewinn für die Situation der betroffenen Frauen dar, dass sich das pro familia Modellprojekt für das Thema Schwangerschaft und

Flucht im Rahmen von Facharbeitskreisen und Netzwerken stark macht und dort im Sinne einer Lobbyarbeit die Bedarfe und Anliegen der Frauen einbringt.

Stärkung und Weiterentwicklung der pro familia: Aus der Perspektive der Koordinatorinnen wurde in den Facharbeitskreisen die pro familia Angebotspalette *„transparenter“* gemacht und zugleich wurden organisationsintern Impulse für eine stärkere interkulturelle Öffnung der Angebote von pro familia für die Zielgruppe erzielt.

Empfehlungen für zukünftige Vernetzungsprojekte

Empfehlungen für zukünftige Vernetzungsprojekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht befinden sich am Ende dieses Dokumentes.

1 EINLEITUNG

Das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ hat sich zum Ziel gesetzt, durch Fachvernetzung, Fachaustausch und die Förderung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachakteure die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen an acht Modellstandorten zu verbessern.

Das Modellprojekt wurde durch Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung evaluiert. Die Evaluation wurde als prozessbegleitende formative Evaluation geplant, die sich an den Bedarfen und Wünschen der Projektbeteiligten orientiert. Diese partizipativ ausgerichtete Evaluation diente der Unterstützung und Beratung der Projektleitung im Sinne der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Projekts im Laufe des Umsetzungsprozesses. Weiterhin zielte die Evaluation des Modellprojekts darauf ab, erfolgreiche Vernetzungsansätze im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu identifizieren und darauf aufbauend Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Vernetzungsarbeit im Themenbereich zu ziehen. Damit steht die Dialog-/Lernfunktion von Evaluation im Mittelpunkt, die beinhaltet, den Stakeholdern, d.h. den unterschiedlichen Projektbeteiligten, „Informationen zu liefern, um zu einer angemessenen Einschätzung des evaluierten Prozesses zu kommen“ (Flick 2006b,14).

Die Gesamtevaluation besteht aus insgesamt fünf Bausteinen, die in einzelnen Teilberichten veröffentlicht wurden und sich gegenseitig ergänzen. Der Baustein 3 der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts hat das Ziel, die Nutzung von Vernetzungsangeboten der Fachinformations- und Vernetzungsstellen aus Perspektive der Koordinatorinnen an den Standorten zu evaluieren sowie die Erfahrungen der Koordinatorinnen mit der Projektumsetzung systematisiert zu erheben und auszuwerten, insbesondere hinsichtlich erfolgreicher Strategien der Vernetzung. Es geht in Baustein 3 also weniger um eine Evaluation der Projektergebnisse als vielmehr um eine Evaluation des Projektprozesses (zu verschiedenen Aspekten von Programm- bzw. Projektevaluationen vgl. Merchel 2010, 26ff.).

Ergänzt wird der Baustein 3 insbesondere durch den Baustein 4. Darin werden die Einschätzungen und Erfahrungen der Kooperationspartner/innen des Fachdialognetzes bezüglich der Nutzung und Nichtnutzung von Vernetzungsangeboten der Fachinformations- und Vernetzungsstellen analysiert. Ferner wird der Baustein 3 auch durch den Baustein 5, der neben einer Analyse der Netzwerkstrukturen an den Standorten ebenso Ergebnisse einer quantitativen Befragung der Netzwerkpartner zur Nutzung der Angebote enthält, ergänzt. Damit wird das Gesamtergebnis des Projekts aus unterschiedlichen Perspektiven gespeist, das sowohl die projektbeteiligten Koordinatorinnen umfasst als auch die Zielgruppe der Fachakteure als Kooperationspartner/innen des Projekts.

Da – wie bereits beschrieben – die Evaluation formativ angelegt wurde und die Dialogfunktion im Vordergrund stand, wurde die Erhebung im Rahmen von Baustein 3 nicht erst am Ende des Projekts durchgeführt. Vielmehr wurden die Einzelinterviews mit den Koordinatorinnen bereits in der Projektmitte geführt, um einerseits rechtzeitig auf Schwierigkeiten und Hindernisse in der Vernetzungsarbeit an den Standorten reagieren, andererseits auf erfolgreiche Vernetzungsstrategien im Sinne des gegenseitigen Lernens der Standorte untereinander verweisen zu können. Vor diesem Hintergrund wurden erste Evaluationsergebnisse im Rahmen eines Fachgesprächs im Zuge des 3. Workshops[1] der Fachinformations- und Vernetzungsstellen diskutiert.

Der vorliegende Teilbericht beschreibt in Kapitel 2 zunächst die Fragestellungen der Evaluation und daran anschließend in Kapitel 3 das methodische Vorgehen des Bausteins 3 und stellt

[1] Die Workshops der Fachinformations- und Vernetzungsstellen wurden von der Projektleitung des Modellprojekts konzipiert und dienten dem fachlichen Austausch der Koordinatorinnen, der internen Vernetzung der Standorte sowie der Fortbildung. Insgesamt fanden fünf interne Workshops statt.

dies in den Kontext der Gesamtevaluation. Im Anschluss werden in Kapitel 4 auf Basis der qualitativen Befragung der Koordinatorinnen die Ziele, die die Koordinatorinnen an den Standorten mit der Vernetzungsarbeit verfolgen, explizit gemacht. Im Folgekapitel 5 wird unter Berücksichtigung der Wissensbestände der Koordinatorinnen und der Rahmenbedingungen der Projektarbeit die Vorgehensweise beim Aufbau des Fachdialognetzes an den Standorten beschrieben. Weiterhin werden die Bedarfe der Fachakteure dargestellt, die sich aus Sicht der Koordinatorinnen aus den lokal durchgeführten Bestandsaufnahmen ergeben haben und auf die das Projekt an den Standorten reagiert. In einem Exkurs werden die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen an den Standorten dargestellt. Auch diese werden aus der Perspektive der Koordinatorinnen erhoben und basieren auf ihrer lokalen Expertise an den jeweiligen Standorten. Das Kapitel 6 widmet sich den Erfahrungen der Koordinatorinnen mit der Projektumsetzung und einer Darstellung der – zum Zeitpunkt der Erhebung wahrgenommenen – Erfolge und Stolpersteine. Kapitel 7 beschäftigt sich mit der Darstellung von drei unterschiedlichen Vernetzungstypen, die auf einer Analyse der entwickelten Unterstützungsformate basieren. Hier wird deutlich, wie die Standorte auf die Herausforderung der Vernetzung reagieren. Das Kapitel 8 thematisiert die Nutzung der Datenbank als Informations- und Vernetzungstool. Welche relevanten Zielgruppen identifiziert werden konnten, bei welchen Zielgruppen es Schwierigkeiten gab und welche erfolgreichen Strategien der Zielgruppenerreichung sich aus den Erfahrungen der Koordinatorinnen ableiten lassen, wird in Kapitel 9 thematisiert. Welche Perspektive die Koordinatorinnen auf die zum Zeitpunkt der Erhebung erzielten Projektergebnisse haben, ist Gegenstand des Folgekapitels 10. Abschließend werden, basierend auf den empirischen Daten, Empfehlungen für die Vernetzung im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht getroffen (Kapitel 11).

2 FRAGESTELLUNGEN

Im Mittelpunkt des Bausteins 3 standen u.a. folgende Fragestellungen:

Ausgangssituation

- Wie stellt sich die Ausgangslage dar, auf die das Modellprojekt mit seiner Arbeit reagiert?
- Welche Bedarfe haben – aus der Perspektive der befragten Koordinatorinnen – schwangere, geflüchtete Frauen an den Standorten?
- Auf Basis welcher wahrgenommenen Unterstützungsbedarfe der Fachakteure entwickeln die Koordinatorinnen ihr Angebot?

Vorgehensweise beim Aufbau des Fachdialognetzes

- Wie sind die Koordinatorinnen beim Aufbau des Fachdialognetzes vorgegangen?
- Was waren erste Schritte und wie haben sich diese bewährt?

Erfahrungen mit der Projektumsetzung

- Welche Erfahrungen haben die Koordinatorinnen bei der Projektumsetzung gemacht?

Zielgruppenerreichung

- Welche für die Vernetzung relevanten Akteursgruppen wurden identifiziert?
- Welche Kriterien spielten bei der Auswahl der Akteure/Akteursgruppen eine Rolle?
- Wo gab es Schwierigkeiten im Erreichen von bestimmten Gruppen und wie konnten diese ggfs. gelöst werden?

Vernetzungsstrategien und Unterstützungsformate

- Welche erfolgreichen Strategien der Vernetzung lassen sich identifizieren?
- Welche Unterstützungsformate wurden entwickelt und welche Rückmeldungen haben die Koordinatorinnen dazu von den Kooperationspartner/innen erhalten?

Vorläufige Projektergebnisse

- Welche Projektergebnisse liegen nach Einschätzung der Koordinatorinnen an den Standorten bislang vor?

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Was lässt sich aus den Projekterfahrungen für die Vernetzung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte im Zusammenhang mit Flucht ableiten?
- Was sollten zukünftige Fachvernetzungsprojekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht beachten?

3 METHODISCHES VORGEHEN

Das methodische Vorgehen bestand aus einer qualitativen Untersuchung und umfasste mehrere Teilschritte. Die Instrumente für die jeweiligen methodischen Teilschritte wurden – ganz im Sinne des dialogischen Evaluationsansatzes – in Absprache mit der Projektleitung entwickelt. Um einen ersten Eindruck von den Zielen der Standorte und der Arbeit des Projekts zu gewinnen, haben die Koordinatorinnen im Rahmen des ersten projektinternen Workshops im Mai 2017 Standortprofile erarbeitet. Diese Standortprofile lieferten zusammen mit der Analyse der vorhandenen Dokumente (Projektbeschreibung, Standortbeschreibungen auf der Website, Flyer) die Hintergrundinformationen für die qualitative Datenerhebung.

Daraufhin wurden die geplanten Experteninterviews mit den Koordinatorinnen vorbereitet. Dazu wurde ein mehrteiliger Interviewleitfaden entwickelt (zu Leitfaden-Interviews vgl. Flick 2006a, 117ff.). Im Sinne des dialogischen, partizipativen Evaluationsansatzes wurde dieser mit der Projektleitung abgestimmt, um sicherzustellen, dass alle Aspekte, die für den Auftraggeber relevant sind, in den Interviews thematisiert werden. Im Februar/März 2018 wurden dann die leitfadengestützten Experteninterviews mit den Koordinatorinnen an den acht Standorten durchgeführt.

Die Interviews wurden transkribiert und mittels eines Analyserasters, das sich am Leitfaden orientierte, systematisch zusammengefasst. Die Auswertung der Interviews erfolgte inhaltsanalytisch und standortübergreifend im Hinblick auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Schwierigkeiten, Hindernisse, Unterstützungsbedarfe, Strategien und Aktivitäten (zur Methode der Inhaltsanalyse vgl. Lamnek 1995, 172ff.).

Erste Zwischenergebnisse der begleitenden Evaluation wurden den Projektbeteiligten im Rahmen des dritten projektinternen Workshops im März 2018 vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Anregungen aus dieser Diskussion flossen in den vorliegenden Bericht ein.

Um aus Sicht der Koordinatorinnen relevante Projektentwicklungen an den Standorten ein halbes Jahr später aufnehmen zu können, wurde im September 2018 eine offene Gruppendiskussion durchgeführt. Die offene Gruppendiskussion bestand aus zwei Phasen: einer unstrukturierten und einer strukturierten Phase. Bei der unstrukturierten Gruppendiskussion wird darauf abgezielt, dass die Teilnehmer/innen innerhalb eines vorgegebenen thematischen Rahmens ihre eigenen Relevanzen möglichst unbeeinflusst von außen einbringen können. Das Ziel ist zu ermitteln, welche Themen und Probleme aus der Perspektive der Projektpraxis besonders relevant sind. In der zweiten Phase können von Seiten der Interviewer/innen bestimmte Themen und Probleme explizit angesprochen werden und offene Fragen geklärt werden.

Die durchgeführte offene Gruppendiskussion knüpfte an die Erfahrungen an, die in den Einzelinterviews (3/2018) geschildet wurden. Im Rahmen der offenen Gruppendiskussion (9/2018) hatten die Koordinatorinnen die Möglichkeit, den weiteren Projektverlauf zu reflektieren und diejenigen Erfahrungen hervorzuheben, die ihnen besonders wichtig waren. Die Selbstläufigkeit der Gruppendiskussion ermöglichte es hierbei, eigene Schwerpunkte zu setzen. Diese bezogen sich sowohl auf Stolpersteine als auch auf Erfolge.

Schließlich wurden diese unterschiedlichen Daten, die zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben worden waren, zusammengeführt und ausgewertet (12/2018). Dieses qualitative methodische Vorgehen mittels Einzelinterviews, offener Gruppendiskussion und Rückspiegelung der Ergebnisse wurde gewählt, um das Erfahrungswissen der Koordinatorinnen mit der Projektumsetzung zu bergen und analysieren zu können, insbesondere um Erkenntnisse hinsichtlich erfolgreicher Vernetzungsstrategien zu generieren, Projektergebnisse zu beschreiben und darauf aufbauend Empfehlungen für zukünftige Vernetzungsprojekte im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht zu formulieren.

4 ZIELEBENEN DER ARBEIT AN DEN STANDORTEN

Die Transparenz von Zielen, die im Rahmen eines (Modell-)Projekts erreicht werden sollen, ist von großer Bedeutung für die Projektarbeit und bildet die Basis von Evaluationen. Denn mit Evaluationen soll u.a. untersucht werden, „ob und in welchem Ausmaß in der Praxis Zustände erreicht worden sind, die man mit Maßnahmen, Angeboten, Interventionen realisieren wollte“ (Merchel 2010, 65). Darüber hinaus zeigen auch Erkenntnisse aus der Netzwerkforschung, dass gerade für das Arbeiten in Netzwerken die Transparenz von Zielebenen und ein diesbezüglicher Konsens von großer Bedeutung sind (Schubert 2008).

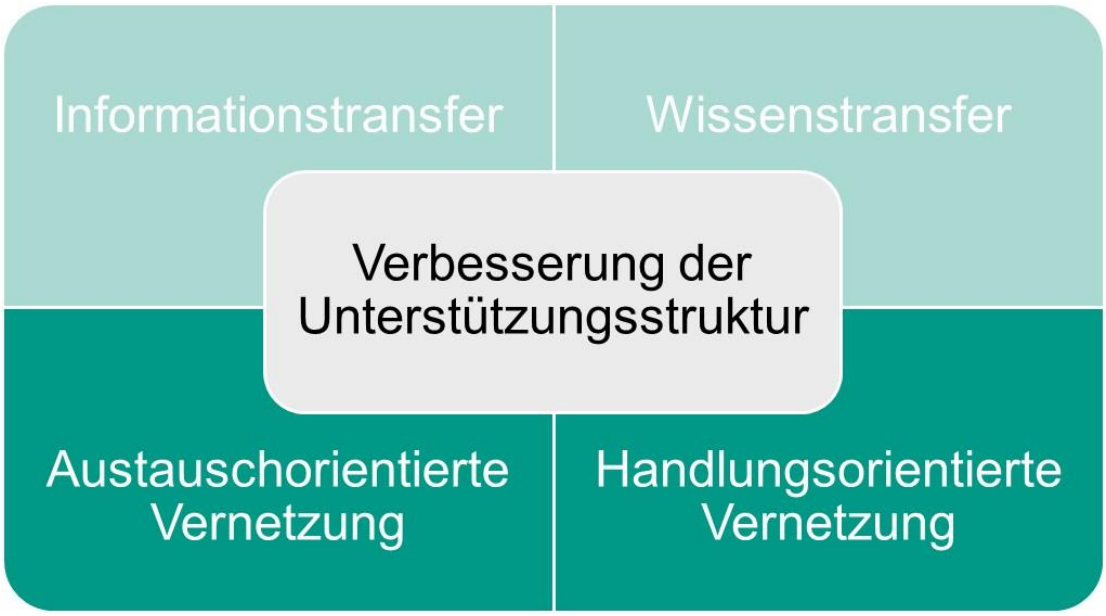
Das hier evaluierte Modellprojekt hat sich unterschiedliche Ziele gesetzt. Durch die Arbeit der Fachinformations- und Vernetzungsstellen sollen einerseits die besonderen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen beschrieben und erfasst werden. Zum anderen sollen unterschiedliche Vernetzungsformate entwickelt und erprobt werden, und zwar sowohl digitale Formate der Fachvernetzung (Webseite mit integrierter Datenbank) als auch nichtdigitale Formate (Fachveranstaltungen, Dialogveranstaltungen, Gremienarbeit etc). Übergeordnetes Ziel des Projekts ist dabei die Verbesserung der Unterstützungsstruktur für schwangere, geflüchtete Frauen durch einen verbesserten Dialog und eine verbesserte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure, die diese Unterstützungsstruktur anbieten (z.B. Krankenhäuser, Hebammen, Beratungsstellen, Migrationsdienste, Jugendhilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst). Dadurch sollen die Potenziale zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von schwangeren, geflüchteten Frauen aufeinander abgestimmt werden.

Dieser methodische Ansatz des Projekts entspricht der Praxis von gemeinnützigen Netzwerken, wie die Netzwerkforschung zeigt, denn die Schließung von Versorgungslücken gehört zu den wesentlichen Zielen gemeinnütziger Netzwerke (Quilling et al. 2013, 31).

Unterhalb dieses übergreifenden Zieles – der Verbesserung der Versorgungssituation – lassen sich anhand der Analyse der qualitativen Daten[2] vier wesentliche Zielebenen erkennen, die für die Arbeit der Fachinformations- und Vernetzungsstellen relevant sind. Bei diesen Zielebenen handelt es sich um Intentionen der Koordinatorinnen, die sie mit den Maßnahmen des Projekts an ihren Standorten verfolgen. Damit wird deutlich, welche Maßnahmen an den Standorten im Einzelnen zur Erreichung welcher Ziele beitragen sollen.

Die vier Zielebenen waren an allen vier Standorten erkennbar, auch wenn diese nicht immer exakt so von den Koordinatorinnen der Fachinformations- und Vernetzungsstellen benannt wurden. Die Systematisierung und genaue Bezeichnung dieser Zielebenen erfolgten durch die externe Evaluation.

[2] Bei den qualitativen Daten handelt es sich um die Einzelinterviews mit den Projektmitarbeiterinnen, die in der Projektmitte geführt wurden.



- **Informationstransfer**, d.h. die Weitergabe von Hinweisen zu Angeboten und Informationen zu Organisationen und Veranstaltungen im Themenfeld. Dies geschieht durch Projektvorstellungen, die Mitarbeit in Netzwerken und Arbeitskreisen, durch die Website/Datenbank, ggfs. auch durch einen Newsletter,
- **Wissenstransfer**, d.h. die Weitergabe von fachlichem Wissen; dies geschieht durch Fachveranstaltungen, durch die Mitarbeit in Netzwerken und Arbeitskreisen und durch die Website/Datenbank,
- **Austauschorientierte Vernetzung**, d.h. die Förderung von persönlichen Kontakten zwischen den Akteuren und von offenem fachlichem Austausch; dies geschieht durch Fachveranstaltungen und Dialogveranstaltungen, ggfs. auch durch die Website/Datenbank,
- **Handlungsorientierte Vernetzung**, d.h. die Förderung der konkreten Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, basierend auf gemeinsamen Verabredungen zur Verbesserung der Angebotsstruktur, sowie ein abgestimmtes Handeln. Dies geschieht durch anlassbezogene Dialogveranstaltungen und durch die Mitarbeit in Netzwerken und Arbeitskreisen.

Informations- und Wissenstransfer, austausch- und handlungsorientierte Vernetzung dienen also im Verständnis der Koordinatorinnen an den Standorten dazu, die Unterstützungsstruktur für schwangere, geflüchtete Frauen zu verbessern. Dies geschieht durch eine Reihe von Aktivitäten, nämlich Projektvorstellungen, Mitarbeit in Netzwerken und Arbeitskreisen, eigene Fach- und Dialogveranstaltungen sowie die Pflege und Verbreitung der Website/Datenbank. Die hier skizzierten Zielebenen werden im weiteren Verlauf der Evaluation zur Analyse und Systematisierung der empirischen Daten aufgegriffen, z.B. im Rahmen der entwickelten Vernetzungstypen.

5 AUSGANGSSITUATION: VORGEHENSWEISE DER STANDORTE

5.1 WISSENSBESTÄNDE UND RAHMENBEDINGUNGEN

Um die genannten Ziele zu erreichen, sind alle Standorte zu Beginn ähnlich vorgegangen. Trotzdem lassen sich Unterschiede an den Standorten erkennen, die auf die Vorerfahrungen der Koordinatorinnen bzw. unterschiedliche Wissensbestände und die Rahmenbedingungen der Arbeit an den Standorten zurückzuführen sind.

Wie bedeutsam solche unterschiedlichen Wissensbestände für die Netzwerkarbeit sind, zeigen auch andere Untersuchungen von fachlichen Netzwerken im sozialen Bereich. Als relevant für die erfolgreiche Koordination von Netzwerken wurden hier das Vorhandensein einer fachlich-inhaltlichen Expertise, Handlungswissen und Kontextwissen identifiziert (ISS/Camino 2016, 113ff.). Fachlich-inhaltliche Expertise meint das fachliche Wissen im relevanten Themenbereich. Handlungswissen bezieht sich beispielsweise auf Kenntnisse von Netzwerkarbeit und Wissen zu Projektmanagement. Kontextwissen bezieht sich auf Kenntnisse der relevanten Akteure und Netzwerke bzw. Zugänge zu diesen.

In Bezug auf das Kontextwissen spielten Kenntnisse der lokalen Strukturen und bereits vorhandene Netzwerkkontakte an dem Standort aufgrund beruflicher Vorerfahrungen, über die die Koordinatorinnen zu Projektbeginn verfügten, eine wichtige Rolle. Diese konnten für das Projekt erfolgreich eingesetzt werden und führten an einigen Standorten zu entsprechenden Schwerpunktsetzungen in der Vernetzung. So konnte beispielsweise eine Mitarbeiterin aufgrund beruflicher Vorerfahrungen auf unterschiedliche lokale Netzwerke im Bereich Frühe Hilfen und Familienbildung zurückgreifen und diese aufgrund guter persönlicher Kontakte unkompliziert zur Projektvorstellung nutzen und für die Beteiligung am Netzwerk motivieren. Dadurch erweiterte sich ihr Netzwerk insbesondere in diesem Akteursbereich.

In Bezug auf die fachlich-inhaltliche Expertise konnte ein bereits vorhandenes Fachwissen im Bereich Flucht und Migration (z.B. Wissen im Bereich des Asylverfahrens, Fachwissen zu Traumatologie) gewinnbringend für das Projekt eingesetzt werden. Dies war beispielsweise zur fachlichen Legitimation der eigenen Tätigkeit hilfreich, da bereits zu Beginn des Projekts entsprechendes fachliches Wissen in die besuchten Netzwerke und Gremien eingespeist werden konnte.

In Bezug auf relevantes Handlungswissen waren es vor allem methodische Kompetenzen in der Vernetzungsarbeit, wie z.B. Veranstaltungsmanagement, interaktive Seminarmethoden, die erfolgreich für die Projektarbeit eingesetzt werden konnten.

Neben den vorhandenen Netzwerkkontakten (Kontextwissen), dem Fachwissen und den methodischen Kompetenzen (Handlungswissen) war es ein Vorteil für die Vernetzungsarbeit, in der pro familia Beratungsstelle als Mitarbeiterin eingebunden zu sein und damit an vorhandenen, für das Projekt relevanten Arbeitskreisen bereits teilzunehmen. So waren der Zugang und die Legitimation einer dauerhaften Teilnahme zu diesen Arbeitskreisen schon geschaffen.

Für diejenigen Koordinatorinnen, die über keinerlei oder wenig Kenntnisse der lokalen Strukturen zu Stellenantritt verfügten und keine Netzwerkkontakte aufgrund beruflicher Vorerfahrungen hatten, auf die sie zurückgreifen konnten, war aufgrund des fehlenden Kontextwissens[3] insbesondere die Unterstützung von Kolleginnen aus der pro familia Beratungsstelle hilfreich, die die Koordinatorinnen an potenzielle Kooperationspartner/innen weitervermittelten und/oder sie in entsprechende Netzwerke und Arbeitskreise einführten. Die externe Perspektive dieser

[3] Dies war bei drei Koordinatorinnen der Fall.

neuen Mitarbeiterinnen brachte neben den genannten Schwierigkeiten nach eigener Einschätzung der Koordinatorinnen auch Vorteile mit sich, da diese sich unbelastet in etablierten Strukturen bewegen und ohne Vorbelastung neue Kontakte knüpfen konnten.

Trotz dieser zuletzt genannten Vorteile lässt sich auf Basis der analysierten Interviewdaten schlussfolgern, dass neben der fachlich-inhaltlichen Expertise und dem entsprechenden Handlungswissen entweder eine bereits vorhandene Anbindung der jeweiligen Koordinatorin an die lokale pro familia Beratungsstelle oder aber einschlägige Kenntnisse der relevanten lokalen Infrastruktur (Kontextwissen) für das Projekt von großem Nutzen waren und einen förderlichen Faktor für die Vernetzungsarbeit darstellten, der bei künftigen Vernetzungsprojekten berücksichtigt werden sollte.

Wird die Perspektive vom Projektstart hin zur Frage der Nachhaltigkeit des Modellprojekts gelenkt, so wird ein weiterer wichtiger Aspekt hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Projektumsetzung deutlich. Die Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit kann im Hinblick auf unterschiedliche Dimensionen betrachtet werden (Behn et al. 2013, 123). Strukturelle Nachhaltigkeit besteht dann, wenn z.B. Arbeitsstrukturen, die im Rahmen des Modellprojekts entwickelt worden sind, auch nach Ende der Projektfinanzierung bestehen bleiben. Die Dimension Relevanzerhalt bezieht sich auf Inhalte bzw. Themen, die in andere Kontexte übernommen werden, also beispielsweise innerhalb von Organisationen weiterbearbeitet werden.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit des Modellprojekts erscheint eine Anbindung an die pro familia Beratungsstelle bzw. eine Übernahme der jeweiligen Koordinatorin nach Projektabschluss ebenfalls von großer Bedeutung. Die Chance, dass Vernetzungsformate bzw. -strukturen, Themen und Inhalte als Aufgabe innerhalb der Organisation erhalten bleiben, weil sie – wenn auch in geringerem Maße als im Rahmen der Projektarbeit – durch die pro familia Beratungsstelle weitergeführt werden, ist dann größer, wenn eine personelle Kontinuität gegeben ist, durch die Netzwerkkenntnisse, persönliche Netzwerkkontakte und Fachwissen für die Organisation gesichert werden können.

5.2 DURCHFÜHRUNG VON BESTANDSAUFNAHMEN

Zur Umsetzung der Projektziele wurde im Rahmen des gesamten Projektteams (Projektleitung sowie Koordinatorinnen der Standorte) als strategische Vorgehensweise beschlossen, an allen Standorten zunächst Bestandsaufnahmen durchzuführen. Diese Bestandsaufnahmen wurden von der jeweiligen Koordinatorin am Standort durchgeführt und ausgewertet. Zum einen ging es um die Bekanntmachung des Modellprojekts und um die Gewinnung von Kooperationspartner/innen, die ihr Angebot in die Datenbank des Projekts einspeisen, zum anderen auch darum, einen Überblick über die lokale Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen und über die jeweiligen Bedarfe und Problemlagen zu erhalten. Nicht zuletzt war es auch das Ziel der Bestandsaufnahmen, die Unterstützungsbedarfe der Kooperationspartner/innen zu erheben, um darauf aufbauend zu prüfen, inwiefern diese durch das Projekt adressiert werden können. An einigen Standorten wurde die Bestandsaufnahme sehr umfangreich angesetzt, mittels eines Fragebogens oder eines Frageleitfadens durchgeführt und anschließend systematisch ausgewertet.

Die Standorte bedienten sich folgender Schritte zur Durchführung der Bestandsaufnahme, die auf der strategisch beschlossenen Vorgehensweise des Projektteams basierten:

- Recherche nach relevanten Akteuren und Kontaktaufnahme per E-Mail/Telefon,
- Führen von persönlichen Gesprächen mit Einzelpersonen bzw. kleineren Gruppen in Einrichtungen oder Projekten,
- Projektvorstellung in relevanten offenen Netzwerken sowie professionsübergreifenden und z.T. auch professionsbezogenen Arbeitskreisen,

- Identifizierung von Themen und Unterstützungsbedarfen durch Auswertung der Gespräche und Rückmeldungen auf die Projektvorstellungen,[4]
- Entwicklung von entsprechenden Unterstützungsformaten für die Fachakteure, vor allem durch Planung von Dialog- und Fachveranstaltungen.

Während die einzelnen Schritte an den verschiedenen Standorten zwar grundsätzlich gleich, aber unterschiedlich umfangreich umgesetzt wurden, gibt es bezüglich der auf der Bestandsaufnahme aufbauenden Entwicklung von Unterstützungsformaten einige Standortspezifika, auf die im Kapitel „Entwickelte Unterstützungsformate“ noch näher eingegangen wird.

5.3 BEDARFE DER FACHAKTEURE HINSICHTLICH VERNETZUNG UND FACHAUSTAUSCH

Das Modellprojekt richtet sich nicht speziell an die schwangeren, geflüchteten Frauen, sondern vielmehr an die Zielgruppe der Fachkräfte, die die Frauen unterstützen. Die Bestandsaufnahmen, die die Koordinatorinnen zu Projektbeginn durchführten, dienten der Analyse der Ausgangssituation in Bezug auf die Bedarfe der Fachakteure zum Projektstart an den Standorten. Sie spiegeln deswegen auch nur die Bedarfe wider, mit denen die Koordinatorinnen zu Beginn des Projekts konfrontiert waren, und nicht die Bedarfe, die sich ggfs. im Laufe des Projekts bei den Kooperationspartner/innen des Projekts zeigten.

Im Rahmen der Auswertung der Bestandsaufnahmen stellten die Koordinatorinnen bei den Fachakteuren standortübergreifend einen großen Bedarf an Informationen über die vorhandene lokale Angebotslandschaft, z.T. gekoppelt mit dem Wunsch nach persönlichen Empfehlungen zu Angeboten, fest. Auch wurde ein großer Bedarf an der Weitergabe von Fachwissen im Rahmen von Fachveranstaltungen und Fortbildungen zu speziellen Themen (wie z.B. Genitalverstümmelung, Kultursensibilität in der Arbeit mit geflüchteten Frauen, non-verbale Kommunikation, Umgang mit traumatisierten Klientinnen, Empowerment) ermittelt. An einem Standort wurde zudem das Interesse an Supervision geäußert. Dieser Bedarf stimmt mit den Zielen „Informationstransfer und Wissenstransfer“ des Modellprojekts überein.

In Bezug auf die Ziele „austauschorientierte Vernetzung und handlungsorientierte Vernetzung“ zeigt sich dagegen ein diverses Bild. Wurden die Akteure direkt nach ihrem Bedarf an austausch- oder handlungsorientierter Vernetzung[5] gefragt, wurde dieser an etwa der Hälfte der Standorte von der Mehrheit der von den Koordinatorinnen befragten Fachakteure verneint. Folgende Gründe wurden dafür von den Koordinatorinnen, die die Bestandsaufnahmen mit den Fachakteuren durchgeführt haben, genannt:

Einige der von den Koordinatorinnen befragten Akteure gehen davon aus, dass sie bereits gut vernetzt sind. Sie sind schon in vielen Netzwerken und Arbeitskreisen aktiv. Die Vernetzung am Standort ist durch entsprechende Arbeitskreise und Netzwerktreffen bereits gut ausgebaut (wenn auch nicht speziell zum Thema schwangere Geflüchtete, so doch zu Flucht und Asyl, Frühe Hilfen, Frauen und Gesundheit, Frauen und Gewalt, vereinzelt auch zu Frauen und Flucht). Aus diesem Grund wurde kein Bedarf für eine weitere Vernetzung speziell zum Thema „schwangere, geflüchtete Frauen“ gesehen.

Einige der von den Koordinatorinnen befragten Akteure gaben an, keine Ressourcen für weitere Vernetzung zur Verfügung zu haben, und zwar aufgrund starker Arbeitsüberlastung. Sie konzentrieren sich daher auf ihre Kernaufgaben, sodass keine oder nur wenig Zeit für Vernet-

[4] Vgl. zu diesem und zum folgenden Punkt die inhaltlichen Ausführungen im folgenden Kapitel „Bedarfe der Fachakteure“.
[5] Austauschorientierte Vernetzung bezeichnet die Förderung von persönlichen Kontakten zwischen den Akteuren und von offenem fachlichem Austausch. Handlungsorientierte Vernetzung bezeichnet die Förderung der konkreten Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, basierend auf gemeinsamen Verabredungen zur Verbesserung der Angebotsstruktur, sowie ein abgestimmtes Handeln. Vgl. dazu die Ausführungen in dem Kapitel „Zielebenen der Bedarfe an den Standorten“.

zung bleibt. Vernetzung ist häufig nicht in den Ressourcen der Akteure berücksichtigt (im Sinne von ausgewiesenen Stellenanteilen). Insbesondere bei selbstständigen Akteuren (wie z.B. Ärzt/innen oder Hebammen) stellt Vernetzung eine zusätzliche Aufgabe dar, die nicht vergütet wird. Die Schwelle, an entsprechenden Vernetzungsrunden teilzunehmen, ist entsprechend hoch.

Weiterhin nehmen die Koordinatorinnen Konkurrenzen zwischen Akteuren aufgrund von reduzierten Fördermitteln für Projekte im Bereich Flucht und Asyl wahr. Dadurch konzentrieren sich die Fachakteure nach Einschätzung der Koordinatorinnen eher auf die eigene Arbeitsplatzsicherung und nicht auf die Vernetzung und den Austausch mit anderen Fachakteuren und Organisationen, die sie als Konkurrenten um Ressourcen begreifen, anstatt als Kooperationspartner, die zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen.

Zudem nehmen die Koordinatorinnen wahr, dass das Thema Flucht und Asyl aufgrund sinkender Flüchtlingszahlen bei den Akteuren nicht (mehr) ganz oben auf der Agenda steht, wenn sie nicht gerade direkt mit dem Thema befasst sind. Dazu führt eine Koordinatorin aus:

> *„Wir sind jetzt in einer Zeit, wo sich das Aufmerksamkeitsfenster schließt. Flüchtlinge sind nicht mehr im Fokus." (Int_05)*

Von der Mehrheit der Akteure an etwa der Hälfte der Standorte wurde – wie oben skizziert – also kein expliziter Vernetzungsbedarf artikuliert, es zeigte sich jedoch im Rahmen der Bestandsaufnahmen an vielen Standorten – wie ebenfalls beschrieben – ein großer Bedarf an Informations- und Wissenstransfer rund um das Thema „schwangere, geflüchtete Frauen". Diese Rückmeldung der Fachakteure hat dazu geführt, dass die Koordinatorinnen an den Standorten mehrheitlich ihren Schwerpunkt eher auf die Entwicklung und Umsetzung von Fachveranstaltungen gelegt haben, bei denen fachliche Präsentationen im Vordergrund der Veranstaltung stehen, als auf reine Dialogveranstaltungen, bei denen die austauschorientierte oder die handlungsorientierte Vernetzung im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen. Zudem wurden vorhandene Netzwerke genutzt, um fachliches Wissen einzubringen (siehe ausführlich dazu Kapitel „Entwickelte Unterstützungsformate"). Wissens- und Informationstransfer erfolgt ebenfalls über Verweise auf die in der Datenbank eingestellten Materialien und Informationen über lokale Angebote.

Zum Zeitpunkt der Befragung der Koordinatorinnen im Rahmen von Einzelinterviews (3/2018) wurden bereits an drei Standorten Fachveranstaltungen durchgeführt, andere befanden sich noch in Planung. Die Themen der Fachveranstaltungen richteten sich nach den geäußerten Bedarfen der Akteure, aber auch danach, was die Koordinatorinnen aus fachlicher Sicht aufgrund ihrer Netzwerkkontakte und der Analyse der lokalen Situation als relevant und von Interesse für die Fachkräfte hielten bzw. halten.

Erste Rückmeldungen aus den bereits durchgeführten Fachveranstaltungen sowie aus einem Arbeitstreffen mit Akteuren zur Vorbereitung eines Fachtages zeigten, dass der Bedarf nach Vernetzung und Austausch auf diesen Veranstaltungen sehr groß ist. Dies ist besonders interessant, da es – wie geschildert – z.T. im Widerspruch zu vorher durchgeführten Bestandsaufnahmen steht. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem im Rahmen der Bestandsaufnahme artikulierten Mangel an Vernetzungsbedarf und der positiv erlebten Vernetzung im Rahmen der Fachveranstaltungen. Das bedeutet, dass Bedarfe an fachlicher Vernetzung und Austausch existieren, die aber den Fachkräften zu Beginn des Projekts nicht bewusst waren. Erst die positiv erlebte Vernetzung macht diese Bedarfe sichtbar.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Koordinatorinnen ihre unterschiedlichen Wissensbestände zu Projektbeginn gewinnbringend für das Projekt einsetzen konnten, wobei insbesondere das vorhandene Kontextwissen – also Kenntnisse lokaler Strukturen und Zugang zu vorhandenen Netzwerken – von großer Bedeutung für die Netzwerkarbeit war. Die

parallele Tätigkeit als Beraterin in der pro familia Beratungsstelle und/oder die Kenntnisse lokaler Strukturen durch berufliche Vorerfahrungen können als förderliche Faktoren für die Netzwerkarbeit im Bereich Schwangerschaft und Flucht gelten.

Die Koordinatorinnen führten zu Beginn Bestandsaufnahmen durch, die aufzeigten, dass der Informations- und Wissenstransfer, der durch das Modellprojekt befördert werden soll, auf den Bedarf der befragten Fachakteure im Bereich Schwangerschaft und Flucht trifft. In Bezug auf austauschorientierte und handlungsorientierte Vernetzung, auf die das Modellprojekt weiterhin abzielt, zeigt sich dagegen ein gemischtes Bild: Hier wurde von der Mehrheit der von den Koordinatorinnen befragten Akteure an etwa der Hälfte der Standorte aus unterschiedlichen Gründen kein Bedarf gesehen. Erste Rückmeldungen aus den zum Zeitpunkt der Befragungen durchgeführten Fachveranstaltungen zeigen jedoch, dass durch die positiv erlebte Vernetzung im Rahmen von Fachveranstaltungen ein Bedarf an Fachaustausch offenbar wurde, der z.T. vorher so nicht artikuliert bzw. negiert wurde.

5.4 EXKURS: BEDARFE SCHWANGERER, GEFLÜCHTETER FRAUEN

Durch die Bestandsaufnahmen gelang es den Koordinatorinnen nicht nur, die Bedarfe der befragten Fachakteure zu erfassen, sondern auch, einen Überblick über die Situation und Bedarfe von schwangeren, geflüchteten Frauen aus Perspektive der Fachakteure zu erhalten. Dieser Überblick über die lokale Ausgangssituation war für die Koordinatorinnen wichtig, um die Problemlagen vor Ort besser einschätzen und dieses Wissen an unterschiedliche Fachakteure weitergeben zu können. Zentrale Ergebnisse der Bestandsaufnahmen aus Sicht der Koordinatorinnen werden im Folgenden in Form eines Exkurses zusammenfassend dargestellt, um den Kontext zu verdeutlichen, in dem die Fachinformations- und Vernetzungsstellen tätig sind.

Ein diskriminierungsfreier Zugang zur Regelversorgung ist häufig nicht gegeben.

Den befragten Koordinatorinnen zufolge ist ein diskriminierungsfreier Zugang zur Regelversorgung für schwangere, geflüchtete Frauen häufig nicht gegeben. Nicht immer verfügen die Frauen über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz oder dieser ist sehr umständlich geregelt, sodass de facto viele Regelleistungen nicht in Anspruch genommen werden können. Ein anderer Aspekt, den einige Koordinatorinnen in diesem Zusammenhang benennen, ist, dass sich Frauen teilweise erst sehr spät in Einrichtungen der Regelversorgung melden, weil sie Angst vor einer Abschiebung haben. Häufig verfügen diese Frauen nicht über gültige Aufenthaltspapiere.

Eine weitere Barriere sehen die Koordinatorinnen auf der Grundlage ihrer Bestandsaufnahmen darin, dass die Angebote der Regelversorgung in vielen Bereichen bereits überlastet sind. Hieraus ergibt sich den Befragten zufolge das folgende Dilemma. So sollte es zwar ein zentrales Ziel sein, dass die Frauen die Regelversorgung nutzen und keine Parallelstrukturen durch Extraangebote geschaffen werden. Aber damit die Frauen überhaupt in der Regelversorgung ankommen, braucht es häufig niedrigschwellige, speziell auf die Zielgruppe zugeschnittene Angebote. Auch im Bereich Frühe Hilfen werden schwangere, geflüchtete Frauen durch die üblichen Komm-Strukturen kaum erreicht. Es fehlt an speziellen Angeboten, da sprachlich bedingte Verständigungsschwierigkeiten sowie ein Nicht-Wissen dahingehend bestehen, welche Unterstützungsangebote es gibt und wie das Gesundheitssystem funktioniert. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass sich die an einigen Standorten ohnehin schon schwierige Versorgungssituation dadurch verschärft, dass Projekte im Bereich Flucht, die den Zugang in die Regelversorgung erleichtern, stark gekürzt werden.

Die Begleitung durch Hebammen ist auch aus Abrechnungsgründen erschwert.

An allen Standorten berichten die Koordinatorinnen von einer unzureichenden Hebammenversorgung für schwangere, geflüchtete Frauen. Den Informationen aus den Bestandsaufnahmen

zufolge ist es für die Hebammen teilweise schwierig, mit den Frauen aufgrund von Sprach- und Abrechnungsproblemen zu arbeiten. Beispielsweise verfügen geflüchtete Frauen nicht in allen Regionen über Krankenkassenkarten, wie eine Koordinatorin berichtet:

Ein weiteres Problem für die freiberuflichen Hebammen ist auch, dass sie im Rahmen ihrer Tätigkeit keine Dolmetscherleistungen finanziert bekommen. Dies hat einer Koordinatorin zufolge dazu geführt, dass die wenigen Hebammen, die mehrere Sprachen sprechen, *„total gefragt sind und dass die dann aber teilweise wieder bei der Krankenkasse nachweisen müssen, warum sie jetzt so lange Fahrtwege in Kauf genommen haben für die Arbeit mit den Frauen“ (Int_08).*

Der Zugang zu ärztlicher Versorgung ist regional sehr unterschiedlich.

Den Befragten zufolge fällt die medizinische Versorgung schwangerer, geflüchteter Frauen regional sehr unterschiedlich aus. Es gibt Städte, in denen die Versorgungssituation als gut eingeschätzt wird. In anderen Städten und Regionen kann es hingegen vorkommen, dass Frauen Schwierigkeiten haben, überhaupt einen Termin in einer Frauenarztpraxis zu erhalten. Ebenso wird die Versorgung mit Kinderärzt/innen als regional sehr unterschiedlich eingeschätzt. So kann es einer Koordinatorin zufolge vorkommen, dass in einem Stadtteil oder Landkreis genügend Frauenärzt/innen, aber keine Kinderärzt/innen zur Verfügung stehen, während sich die Situation in einem anderen Stadtteil oder Landkreis genau andersherum darstellt: Hier gibt es ausreichend Kinderärzt/innen, aber zu wenig Frauenärzt/innen, die die Versorgung übernehmen können.

Die oben geschilderte Problematik betrifft den Befragten zufolge prinzipiell alle Frauen. Sie stellt sich jedoch für schwangere, geflüchtete Frauen als besonders gravierend dar, da diese in der Regel über weniger Ressourcen und Bewegungsmöglichkeiten verfügen als einheimische Frauen. Gleiches gilt für das folgende, von einer Koordinatorin geschilderte Problem. Im benachbarten Bundesland ist das Angebot an Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zurückgegangen, weil viele Kliniken geschlossen und einige kirchliche Träger die Leistung aus dem Angebot herausgenommen haben. Frauen, die in diesem Bundesland wohnen und einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, müssen häufig in ein benachbartes Bundesland reisen, um den Abbruch durchführen zu lassen. Dies kann im Fall von geflüchteten Frauen mit komplexen aufenthaltsrechtlichen und abrechnungstechnischen Problemen einhergehen.

Als ein weiteres Problem schwangerer, geflüchteter Frauen wird von einer Koordinatorin der Abbruch der medizinischen Betreuung aufgrund von Zwangsumzügen genannt. Neben der fehlenden Kontinuität in Bezug auf das Arzt- bzw. Ärztin-Patientin-Verhältnis kann es in einigen Regionen zudem vorkommen, dass die betroffenen Frauen nach dem Umzug Schwierigkeiten haben, eine neue Frauenarztpraxis zu finden, die die medizinische Betreuung fortführt. Des Weiteren kann es den Befragten zufolge auch durch einen Umzug in eine eigene Wohnung zu Versorgungsproblemen schwangerer, geflüchteter Frauen kommen, denn ihre Wohnungen und Unterkünfte sind häufig am Standrand gelegen bzw. verfügen über keine gute Infrastruktur. Für Frauen mit mehreren kleinen Kindern ist es häufig schwer, Angebote in der Innenstadt in Anspruch zu nehmen.

Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist nicht immer gegeben.

Eine Koordinatorin berichtet von geflüchteten Frauen und Mädchen, die schwanger geworden sind, weil sie keinen Zugang zu Verhütungsmitteln hatten. Insbesondere junge Frauen und Mädchen sind häufig auch nur unzureichend über das Thema Schwangerschaftsverhütung informiert. Den Koordinatorinnen zufolge sind die Möglichkeiten für geflüchtete Frauen, Verhütungsmittel kostenfrei zu erhalten, regional sehr unterschiedlich verteilt. Dort, wo Frauen Zugang zu Verhütungsmitteln haben, nehmen sie diese auch in Anspruch.

Die Finanzierung von Sprachmittlung ist oft unzureichend geregelt und reicht kaum aus.

Notwendige Sprachmittlung bzw. Dolmetschen während der medizinischen Behandlung, Aufklärung und Information sind den Befragten zufolge häufig nicht gegeben, sodass unklar bleibt, ob die Frauen wichtige Informationen und Zusammenhänge verstanden haben. Zum Teil benötigen die Frauen auch Begleitung von den Unterkünften zu sozialen und medizinischen Einrichtungen sowie Behörden und Sozialdiensten. Obwohl einige Einrichtungen mittlerweile Sprachmittlung organisieren, ist die Finanzierung oft unzureichend geregelt und reicht kaum aus.

Die Unterbringung schwangerer, geflüchteter Frauen ist im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte häufig unzureichend.

Von den Koordinatorinnen wird auf der Grundlage ihrer Bestandsaufnahmen berichtet, dass die Unterbringung schwangerer, geflüchteter Frauen und Mütter mit Neugeborenen in den Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften häufig sehr belastend und zum Teil auch gesundheitsgefährdend für die Betroffenen ist. Eine häufige Klage lautet, dass die hygienischen Bedingungen in vielen Einrichtungen unzureichend sind. Schwangere Frauen und Mütter mit Neugeborenen müssen sich an manchen Orten mit einer großen Anzahl fremder Menschen, von denen viele die verschiedensten Erkrankungen aufweisen, sanitäre Anlagen, Essensausgabestellen und Aufenthaltsräume teilen. Die Frauen können keinen Wasserkocher auf das Zimmer nehmen, sich und den Kindern nichts zum Essen zubereiten und häufig auch die Raumtemperatur nicht regulieren. Es wird von Fällen berichtet, in denen sich bei defekter Lüftungsanlage nicht einmal die Fenster öffnen lassen. Auch haben nicht alle Räume Wände, die bis zur Decke hochgehen. Dadurch können sich im Winter rasch Atemwegsinfekte verbreiten.

Auch der Transport zum Krankenhaus ist problematisch. Einer Koordinatorin zufolge konnten bis vor kurzem noch Taxigutscheine für den Transport von Kranken – auch Schwangeren und Neugeborenen – ausgestellt werden,

> *„das dürfen die nicht mehr, weil die (Frauen) nicht bessergestellt werden dürfen. Hierdurch ist der Transport sehr umständlich geworden, es muss über die Kasse laufen, man muss das erst dort beantragen, hierfür ist oft nicht die Zeit da, die Folge ist, dass jetzt vermehrt Rettungswagen gerufen werden, obwohl die Stadt eigentlich total überlastet ist mit Rettungswagen-Rufen, aber das funktioniert halt gerade nicht mehr anders." (Int_08)*

Ebenso problematisch ist der Rücktransport entbundener Frauen mit ihren Neugeborenen von der Geburtsklinik in die Gemeinschaftsunterkunft. Manchmal ist nicht klar, wohin die Frau entlassen werden muss, weil z.B. auf bestimmten Papieren einfach nur die Adresse vom Amt für soziale Dienste steht, aber nicht von der Unterkunft; oft ist ebenfalls nicht geklärt, wer die Frau abholt. Die Taxis nehmen auch nicht immer die Babys mit, weil sie keinen Kindersitz haben. Ein weiteres Problem betrifft unklare Regelungen in Bezug auf die Kinderbetreuung, wenn eine allein erziehende Mutter ihr zweites Kind bekommt. Den Befragten zufolge besteht häufig die Frage: *„[W]er betreut das erste Kind? Niemand weiß genau, wie das geregelt ist."* *(Int_03)*

Ein Grund für die oft unzureichenden Bedingungen im Hinblick auf die Wahrung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in den Unterkünften wird von den Befragten darin gesehen, dass die Angestellten in der Regel selbst unter prekären Verhältnissen arbeiten. So sind die Arbeitsverträge häufig nur befristet. Nicht selten werden anstelle von ausgebildeten Sozialpädagog/innen sogenannte Sozialbetreuer/innen eingestellt, dabei liegt der Betreuungsschlüssel in den Unterkünften oft viel zu hoch. Nicht selten muss eine sozialpädagogische Fachkraft 50 oder mehr Geflüchtete betreuen. Den befragten Koordinatorinnen zufolge sind die Angestellten in den Gemeinschaftsunterkünften häufig „*ausgebrannt*".

Die Koordinatorinnen sehen auf der Grundlage ihrer Bestandsaufnahmen einen erhöhten Bedarf an Erstunterkünften, die extra für Frauen bereitgestellt werden, insbesondere für Schwangere und alleinerziehende Mütter mit kleinen Kindern. Eine der Befragten berichtet in diesem Zusammenhang auch, dass der Zugang zu bestimmten Gruppen – z.B. „*afrikani-*

sche[n] Frauen“ – erschwert ist, weil einige neben Sprachproblemen auch Distanz zu staatlichen Stellen haben, und das aufgrund schlechter Vorerfahrungen in korrupten Systemen, wo man Leistungen nur durch Gegenleistungen erhält (bis hin zur Prostitution). Insgesamt haben einige der Befragten den Eindruck, dass Frauen aus unterschiedlichen Regionen unterschiedlich gut vernetzt sind und damit unterschiedlich gut vom Hilfesystem erreicht werden.

Ressourcen: Aus den Bestandsaufnahmen geht auch hervor, dass verschiedene Standorte bereits über ein gutes Angebot für schwangere, geflüchtete Frauen verfügen.

Den Koordinatorinnen zufolge ist die Situation für schwangere, geflüchtete Frauen im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen Gesundheit und Rechte nicht in allen Unterkünften gleichermaßen schlecht. Insbesondere in speziellen Einrichtungen nur für Frauen und Mütter mit kleinen Kindern werde gut auf die Bedarfe der Frauen eingegangen. So hätten einige Unterkünfte Sprachmittler/innen eingestellt. Es gebe angeleitete Frauengruppen, die sich regelmäßig treffen. Dort würden auch Infoveranstaltungen und Frauencafés z.B. zum Thema Verhütung angeboten.

Zudem wird dort über eine qualitative Verbesserung der Versorgungssituation berichtet, wo die elektronische Gesundheitskarte eingeführt wurde (z.B. Hamburg, Bremen, Mainz). An einem Standort gibt es einer Koordinatorin zufolge bereits viele etablierte Akteure, die sich für Menschen ohne Papiere engagieren und auch Spezialangebote für Mütter/Schwangere mit HIV bereithalten. An einigen Standorten würden zudem Geburtsvorbereitungskurse für schwangere Geflüchtete angeboten. Trotz der geschilderten Schwierigkeiten kann den Beobachtungen der Koordinatorinnen zufolge die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften für schwangere, geflüchtete Frauen auch eine Ressource sein, weil sie dort relativ gut durch zugehende Angebote und die vorhandenen Versorgungsstrukturen erreicht werden. Mit dem Umzug in eine eigene Wohnung bricht diese gute Erreichbarkeit den Koordinatorinnen zufolge meistens weg.

6 ERFAHRUNGEN MIT DER PROJEKTUMSETZUNG: STOLPERSTEINE UND ERFOLGE

Im folgenden Kapitel werden die Erfahrungen mit der Projektumsetzung im weiteren Projektverlauf herausgearbeitet. Das Kapitel knüpft an die Erfahrungen an, die in den Einzelinterviews (3/2018) geschildert wurden, und basiert auf den Ergebnissen der Gruppendiskussion (9/2018).

6.1 FÖRDERUNG VON FACHVERNETZUNG ALS BESONDERE HERAUSFORDERUNG

Im Rahmen der Gruppendiskussion mit den Koordinatorinnen wird deutlich, dass die mangelnde Offenheit der Fachakteure, welche sich in den Bestandsaufnahmen an einigen Standorten in Bezug auf das Thema Vernetzung zeigt, auch auf negativen Vorerfahrungen beruht. Die ohnehin häufig knappen zeitlichen Ressourcen zentraler Akteure für Vernetzungsaktivitäten im Kontext der Arbeit mit Geflüchteten wurden bereits im Vorfeld der Projektumsetzung überstrapaziert. Hierdurch wurde das Thema Vernetzung an einigen Standorten zu einem negativen Schlagwort.

„Vernetzung ist fast ein Reizwort, wo alle sagen, dafür haben wir keine Zeit. Also wenn man an irgendwelchen Runden Tischen fragt, gibt es einen weiteren Vernetzungsbedarf, das funktioniert nicht. Das hat sich nicht bewährt." (GD_02)[6]

Trotz regionaler Unterschiede teilen die Koordinatorinnen die Erfahrung, dass die Förderung von Vernetzung zum Thema Schwangerschaft und Flucht auf der Ebene von Fachakteuren eine besondere Herausforderung darstellt. Insbesondere in der Anfangsphase fühlten sie sich mit ihrem Projektauftrag überwiegend als eine Art „*Bittstellerin*", die „*noch nichts in der Hand hat*".

A3: „Das hatte ich am Anfang ganz stark. Es lässt mehr und mehr nach, aber ich habe das immer noch, dass ich mich wie so eine Bittstellerin fühle (…) und sagen muss, ich brauche euch für das Thema (…) Geht es euch auch so ein bisschen so?"

A4: „Ja, absolut (…)"

A5: „Ja, am Anfang war es auch so (...)"

A6: „Ich habe eine ähnliche Erfahrung gemacht wie ihr (…)"

A2: „Also genau, so geht es mir auch. (…)" (GD_01)

Im Zuge der Projektumsetzung entwickeln die Koordinatorinnen an den verschiedenen Standorten spezifische Unterstützungsformate und Vernetzungsstrategien. Diese werden im folgenden Kapitel idealtypisch dargestellt. Dagegen soll es in dem vorliegenden Abschnitt weiterhin um die konkreten Erfahrungen der Koordinatorinnen mit der Projektumsetzung gehen.

6.2 ENTWICKLUNG FACHLICHER EXPERTISE

Im Rahmen der Gruppendiskussion wird deutlich, dass die Koordinatorinnen durch intensive Recherchearbeit und zahlreiche Gespräche mit Fachakteuren allmählich eine eigene fachliche Expertise zum Thema Schwangerschaft und Flucht entwickelt haben, die von den Kooperationspartner/innen zunehmend wahrgenommen und anerkannt wird.

[6] Zitate, die aus den Gruppendiskussionen mit den Koordinatorinnen stammen, sind mit der Abkürzung „GD" (= Gruppendiskussion) gekennzeichnet, wobei sich die Nummer 01 auf die selbstläufige Phase und die Nummer 02 auf den strukturierten Teil bezieht. Die Codes A1 bis A7 stehen für die jeweiligen Sprecherinnen.

A4: „Ich bin eben viel auch wirklich so Klinkenputzen gegangen und konnte eben nichts vorweisen, das war frustrierend. Deshalb finde ich es so schön, dass es jetzt über die Zeit eben auch diese Früchte trägt, dass die Leute zu mir kommen, auf mich zukommen, das finde ich klasse." (GD_01)

Mit der Zunahme an fachlicher Expertise und einem feldspezifischen Sonderwissen – z.B. wissen, welche Fachveranstaltungen gerade wo geplant werden – verfügen die Koordinatorinnen zunehmend über eine Art symbolisches Kapital, das sie gewinnbringend in die verschiedenen Netzwerke einspeisen können.

A2: „(Ich) versuche, das wirklich auf diese Ebene von Geben und Nehmen zu bringen. Also ich kann was geben – was kannst du geben? Und ich glaube, da kommt viel rüber. Dass man sieht, wir bekommen ja was raus, dann können wir auch was geben, nicht? Das ist so meine Erfahrung gewesen, die ich bislang gemacht habe." (GD_01)

Aus der Perspektive der Koordinatorinnen endet das Modellprojekt insofern viel zu früh, als sie sich erst nach einer längeren Einarbeitungsphase in der Lage sehen, interessante und hilfreiche Angebote für die Fachakteure vor Ort zu entwickeln.

6.3 STRUKTURELL ANGELEGTE BEGRENZUNGEN

Eine weitere Erfahrung, die die Koordinatorinnen standortübergreifend machen, ist die Konfrontation mit Begrenzungen, die bereits strukturell in der Projektkonzeption angelegt sind.

Eine dieser Begrenzungen ist die thematische Fokussierung des Projekts auf die Zielgruppe der schwangeren Frauen mit Fluchterfahrung. Diese Engführung führt dazu, dass gemeinsame Themen, die mit Kooperationspartner/innen gefunden und im Rahmen von Vernetzungsveranstaltungen bearbeitet werden, in Bezug auf die Zielgruppe des Modellprojekts eine stigmatisierende Außenwirkung entfalten können.

A3: „Wenn wir in einem Projekt, in dem es um geflüchtete schwangere Frauen geht, Veranstaltungen beispielsweise zum Thema Genitalverstümmelung anbieten, dann ist ja das, was erst mal hängenbleibt von der Außenwirkung, geflüchtete Frauen sind von Genitalverstümmelung betroffen." (GD_01)

Neben dem Problem der ungewollten Stigmatisierung ihrer Zielgruppe machen die Koordinatorinnen auch die Erfahrung, dass sich durch die enge Fokussierung auf geflüchtete Frauen im Rahmen von Vernetzungsveranstaltungen mit Akteuren, die sich für andere Zielgruppen einsetzen, rasch eine Dynamik entwickeln kann, in der „*verschiedene vulnerable Gruppen gegeneinander ausgespielt werden*". Damit dies nicht geschieht, sprechen sie sich in den Arbeitskreisen und Vernetzungsveranstaltungen immer wieder auch für eine übergreifende Perspektive aus; sie wollen sich generell für marginalisierte Frauen einsetzen.

Eine weitere Form der strukturellen Begrenzung, mit der sich die Koordinatorinnen konfrontiert sehen, ist die relativ kurze Dauer der Phase der Projektumsetzung. Diese steht den Koordinatorinnen zufolge in einem Missverhältnis zu dem Aufwand, der von ihnen betrieben werden musste, um sich auf dem fachlichen Feld zum Thema Schwangerschaft und Flucht erst einmal die notwendige Expertise und Bekanntheit zu erarbeiten.

Die Tatsache, dass die Projektlaufzeit schon bald zu Ende sein soll, wo die Vernetzungsarbeit gerade erst in *„Fahrt gekommen"* ist und man sich in den Arbeitskreisen und Netzwerken ein „*Standing*" erarbeiten konnte, bewerten die Koordinatorinnen als kontraproduktiv.

A4: „Das Netzwerk beginnt jetzt zu wirken, das heißt, ich kriege jetzt langsam Anfragen von außen und ich würde sagen, jetzt kann die Arbeit eigentlich beginnen. (…) Und gleichzeitig ist jetzt so der Punkt erreicht, wo es mit der Endlichkeit des Projektes für mich schwierig wird zu agieren, wo ist die Perspektive? Wo ist die Nachhaltigkeit? Es ist so schade, weil

jetzt im Moment entwickeln sich gemeinsame Projekte, es entwickeln sich Ideen, es entwickeln sich Kooperationsbereitschaften, aber mit diesem Ende im Kopf (…) das ist ja fast destruktiv.“ (GD 01)

Eine weitere gemeinsam geteilte Erfahrung, die die Koordinatoren im Zuge der Projektumsetzung machen, liegt darin, dass der Aufbau tragfähiger Kooperationsbeziehungen viel Zeit und persönlichen Einsatz erfordert. Sie befürchten, dass vieles, was an Vernetzungsarbeit geleistet wurde, wieder verloren geht, wenn die persönlichen Kontakte, die im Rahmen von Arbeitsbeziehungen entstanden sind, nicht weiter durch Koordinationsleistungen und Schaffen von Gelegenheiten des Austauschs und der Zusammenarbeit gepflegt werden.

6.4 INTERNE VERNETZUNG ALS UNTERSTÜTZUNG

Im Zusammenhang mit dem Thema Kontaktpflege thematisieren die Koordinatorinnen in der Gruppendiskussion auch ihre interne Vernetzung, welche sie durchgängig als sehr gut und gewinnbringend einschätzen. Dabei wird deutlich, dass sich die Koordinatorinnen nicht nur regelmäßig austauschen, sondern abhängig von den inhaltlichen Aspekten jeweils verschiedene Medien einsetzen. Neben Telefonkontakten und dem Austausch von E-Mails nutzen die Koordinatorinnen auch eine gemeinsame WhatsApp-Gruppe sowie themenbezogene Foren auf der Projektwebsite. Trotz ihres regelmäßigen Austausches über die genannten Medien bewerten die Koordinatorinnen ihren persönlichen Kontakt im Rahmen der Projektworkshops als zentralen Faktor und Ausgangsbasis für ihre gute Zusammenarbeit.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich auch in der selbstläufigen Gruppendiskussion bestätigt, was schon bei der Analyse der Einzelinterviews mit den Koordinatorinnen deutlich wurde: Die Vernetzung der Fachakteure stellte, insbesondere zu Beginn der Projektarbeit, eine besondere Herausforderung für die Arbeit der Koordinatorinnen dar. Diese hatten zu Beginn den Eindruck, den Kooperationspartner/innen (noch) wenig anbieten zu können, was ihre eigene Rolle schwierig gestaltete. Zunehmende Sicherheit in der eigenen Arbeit gewannen die Koordinatorinnen durch einen Zugewinn an fachlicher Expertise im Laufe der Projektumsetzung, die auch von den Kooperationspartner/innen anerkannt wurde. Die Koordinatorinnen nehmen strukturelle Begrenzungen in der Arbeit des Modellprojekts wahr, die in der Projektkonzeption angelegt sind (Beschränkung in der Zielgruppe, zeitliche Beschränkung des Projekts). Besonders positiv heben die Koordinatorinnen die interne Vernetzung hervor, die Teil der Projektkonzeption ist.

7 ENTWICKELTE UNTERSTÜTZUNGSFORMATE: VERNETZUNGSTYPEN

Da die Förderung von Vernetzung für alle Standorte eine Herausforderung darstellt, wurde anhand der Befragung der Koordinatorinnen (3/2018) analysiert, welche Art von Vernetzung an den Standorten im Rahmen des Modellprojekts bislang umgesetzt wird. Aus dieser Analyse der Standorte heraus wurden drei idealtypische Vernetzungstypen entwickelt, wobei sich die Standorte nicht nur auf einen der drei Typen reduzieren lassen.

7.1 VERNETZUNGSTYP 1: ANLASSBEZOGENE VERNETZUNG

Die Erfahrungen an den Standorten haben gezeigt, dass Dialogveranstaltungen zur Vernetzung dann auf Interesse stoßen, wenn es einen konkreten Anlass für den Dialog gibt und konkrete Arbeitsergebnisse erwartet werden können. Ein solcher Anlass kann beispielsweise eine identifizierte Versorgungslücke sein. Dazu ein Beispiel aus einem Standort: Hier gab es eine Problemanzeige von Akteuren in Bezug auf die Situation von schwangeren Frauen in Gemeinschaftsunterkünften. Der Anlass für die an diesem Standort geplante Dialogveranstaltung beinhaltet die gemeinsame lösungsorientierte Bearbeitung der Frage, was unterschiedliche Fachkräfte gemeinsam dazu beitragen können, um die Versorgungssituation in den Gemeinschaftsunterkünften so zu verbessern, dass Frauen über ihre Rechte und Ansprüche Bescheid wissen und Barrieren abgebaut werden, damit sie diese auch in Anspruch nehmen können. Weiterhin soll die Frage bearbeitet werden, wie diese Frauen auch nach dem Auszug aus den Unterkünften gut begleitet werden können. Ziel ist es, zu konkreten Verabredungen mit einer Aufgabenverteilung zu kommen, um die Situation der Frauen zu verbessern.

> *„Ziel ist einfach, dass es einen ganz konkreten Plan gibt, wie teilen wir uns quasi auf, dass die Frauen die Informationen bekommen, die sie brauchen in der Schwangerschaft, zum Thema Geburt, nach der Geburt, zum Thema Verhütung, also diese breite Palette, dass wir uns da aufteilen und quasi vernetzen und kooperieren, damit wir auch alle Frauen gut erreichen können.“ (Int_02)*

Ein weiterer Anlass kann auch eine fehlende regionale Standortbestimmung sein, bei der Akteure gemeinsam über Probleme, Bedarfe, Versorgungslücken und gemeinsame Handlungsstrategien zur Verbesserung der Situation von schwangeren, geflüchteten Frauen diskutieren. Ziel ist es, in den jeweiligen Regionen zu konkreten Verabredungen zu kommen, um gemeinsame Lösungen für die erkannten Probleme zu erarbeiten. Insbesondere hat sich dieser Bedarf in Landkreisen gezeigt, in denen im Unterschied zu den städtischen Strukturen die Vernetzung weniger gut ausgebaut ist.

Ein weiterer Anlass kann darin liegen, dass die Bestandsaufnahme ergeben hat, dass eine Akteursgruppe bislang noch nicht in die vorhandenen Vernetzungsstrukturen eingebunden ist. So überlegt ein Standort, eine Dialogveranstaltung in diese Richtung zu konzipieren (in diesem Fall geht es um Migrantenorganisationen, die an den herkömmlichen Vernetzungsrunden nicht beteiligt sind).

Zusammenfassend lässt sich der Vernetzungstyp 1 wie folgt charakterisieren:

Die Teilnehmer/innen einer solchen anlassbezogenen Vernetzungsrunde sind ausgewählte Akteure, die zur Situationsanalyse und/oder Problemlösung beitragen können. Im Mittelpunkt der Dialogveranstaltung stehen eine professionsübergreifende Bestandsaufnahme und Problembearbeitung. Die Koordinatorin hat die Rolle der Prozessbegleiterin. Zu den Zielen gehören sowohl der Fachaustausch (d.h. die austauschorientierte Vernetzung) als auch die Verbesserung von Versorgungslücken durch verbesserte Zusammenarbeit und gemeinsam abgestimmtes Handeln (d.h. handlungsorientierte Vernetzung).

7.2 VERNETZUNGSTYP 2: STRATEGISCHE NUTZUNG VORHANDENER NETZWERKE

Ein zweiter Vernetzungstyp verfolgt die Strategie, keine neuen eigenen Netzwerke zu gründen, sondern sich in bestehende Netzwerke und Arbeitskreise einzubringen und in diesen Netzwerken und Arbeitskreisen regelmäßig fachlich mitzuarbeiten. Dies geschieht vor allem, um Doppelstrukturen zu vermeiden und die geringen zeitlichen Ressourcen der Akteure zu berücksichtigen. Diese regelmäßige fachliche Mitarbeit verfolgt das strategische Ziel, die Fachakteure auf die Bedarfe von schwangeren, geflüchteten Frauen hinzuweisen und den Akteuren Problemlagen, die sich beispielsweise im Rahmen der Bestandsaufnahme gezeigt haben, zurückzuspiegeln. Damit werden die Fachakteure auf die besonderen Bedarfe von schwangeren, geflüchteten Frauen aufmerksam gemacht; ggfs. kommt es auch zu einem gemeinsamen abgestimmten Handeln zur Lösung von spezifischen lokalen Problemlagen.

Die Schwierigkeit dieses Vernetzungstyps besteht darin, dass die Koordinatorin als Teilnehmerin keine steuernde Funktion hat und somit dafür sorgen muss, dass die projektrelevanten Themen im Netzwerk bzw. Arbeitskreis diskutiert werden, da die Netzwerke und Arbeitskreise in der Regel breiter angelegt sind als ausschließlich zum Thema „schwangere, geflüchtete Frauen“. Es ist hier besonders wichtig, sich die eigene Rolle permanent bewusst zu machen, da der fachlichen Mitarbeit ansonsten das strategische Moment fehlt. Dazu gehört auch die eigene Dokumentation der Sitzungsergebnisse in Bezug auf die strategische Bearbeitung der Problemlagen von schwangeren, geflüchteten Frauen.

Zusammenfassend lässt sich der Vernetzungstyp 2 wie folgt charakterisieren:

Je nach Netzwerk handelt es sich bei den Teilnehmer/innen um einen offenen oder einen geschlossenen Teilnehmerkreis. Zu den Aktivitäten der Koordinatorin gehört das Einbringen von fachlichem Input. Die Koordinatorin hat damit die Rolle bzw. Aufgabe des Agenda-Settings. Zu den Zielen dieser Art der Vernetzung gehört vor allem die Sensibilisierung der Akteure für die Problemlagen von schwangeren, geflüchteten Frauen (d.h. die austauschorientierte Vernetzung). Im besten Falle kommt es auch zu einem gemeinsam abgestimmten Handeln, zu gemeinsamer Bearbeitung von Problemlagen und zu Kooperationen zwischen den unterschiedlichen Fachakteuren.

7.3 VERNETZUNGSTYP 3: VERNETZUNG IN KOMBINATION MIT WISSENSTRANSFER

Ein dritter Vernetzungstyp verfolgt die Strategie, austauschorientierte Vernetzung mit Wissenstransfer zu kombinieren, da von den Akteuren – wie bereits beschrieben – ein großer Bedarf an fachlichem Wissen artikuliert wurde. Dies bietet einen guten Anknüpfungspunkt für Vernetzungsaktivitäten.

> *„Und mit so einem Thema kann ich die natürlich locken. Und wenn ich dann noch eine Stunde ranhänge, Zeit zum Vernetzen, dann klappt das auch gut.“ (Int_04)*

An den Standorten werden also Fachveranstaltungen geplant, die nicht nur fachlichen Input enthalten. Vielmehr sind sie methodisch so gestaltet, dass genug Zeit für fachlichen Austausch und gegenseitiges Kennenlernen bleibt. Diesen Austauschbedarf in der Planung angemessen zu berücksichtigen, stellt eine Herausforderung dar, da gleichzeitig der/die eingeladene Referent/in nicht zu kurz kommen sollte, aber in der Regel aufgrund der knappen Ressourcen der Akteure nur ein begrenztes Zeitfenster (i.d.R. ein Nachmittag) zur Verfügung steht.

Themen von bereits durchgeführten oder geplanten Fachveranstaltungen sind bislang (Stand 3/2018) Genitalverstümmelung, non-verbale Kommunikation in Beratungssituationen,

Schwangerschaft und Geburt in verschiedenen Kulturen (diese Themen werden bislang an unterschiedlichen Standorten bearbeitet), ferner Resilienzstärkung, Empowerment, Menschen ohne Papiere und Traumatologie (diese Themen werden an jeweils einem Standort bearbeitet). Die Erfahrungen aus den Standorten legen nahe, dass es wichtig ist, Querschnittsthemen zu finden, die für verschiedene Berufsgruppen von Interesse sind. So ist das Thema Genitalverstümmelung nicht nur deswegen relevant, weil es bei diesem Thema eine große fachliche Unsicherheit der Akteure gibt, sondern auch, weil es die Gelegenheit bietet, sowohl den medizinisch-geburtshilflichen Bereich als auch den psychosozialen Bereich anzusprechen.

Zusammenfassend lässt sich der Vernetzungstyp 3 wie folgt charakterisieren:

Angesprochen wird ein offener Teilnehmerkreis, der Akteure aus möglichst unterschiedlichen Bereichen beinhaltet. Zu den Aufgaben der Koordinatorin gehört das Schaffen von Vernetzungsmöglichkeiten im Rahmen von Fachveranstaltungen; die Koordinatorin hat dabei die Aufgabe der Veranstaltungsplanung und Moderation. Ziel ist die Verbesserung des fachlichen Austauschs (d.h. austauschorientierte Vernetzung) und ggfs. auch die Förderung einer weiteren bilateralen Zusammenarbeit der Akteure.

8 DIE WEBSEITE MIT INTEGRIERTER DATENBANK ALS INFORMATIONS- UND VERNETZUNGSTOOL

Ein wichtiges Angebot des Modellprojekts stellt die Website http://www.fachdialognetz.de dar. Bei der Website des Modellprojekts handelt es sich um ein Angebot für Fachakteure, das unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt. Zunächst dient die Website der Öffentlichkeitsarbeit des Projekts und stellt das Projekt und die acht lokalen Standorte vor. Weiterhin geht es bei der Website mit integrierter Datenbank um ein umfangreiches Informations- und Vernetzungstool. Die Webseite verfolgt zum einen das Ziel, den Fachakteuren Fachinformationen und fachliches Wissen bereitzustellen, die die eigene Arbeit unterstützen (z.B. im Hinblick auf wissenschaftliche Publikationen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Stellungnahmen von Fachverbänden und Kongressdokumentationen). Zum anderen wurde die Webseite auch als Vernetzungstool konzipiert, da Angebote am eigenen Standort sowie Expert/innen gezielt gesucht und kontaktiert werden können. Außerdem werden für das Themengebiet relevante Veranstaltungen in einen Terminkalender eingestellt. Damit werden sowohl eigene Veranstaltungen erfasst, die im Rahmen des Modellprojekts durchgeführt werden, als auch Veranstaltungen von anderen Fachakteuren im Themenfeld.

Zum Zeitpunkt der Befragung der Koordinatorinnen (3/2018) waren etwa zwischen 20 und 50 lokale bzw. regionale Angebote pro Standort in der Datenbank der Webseite eingestellt. Es handelt sich dabei um Angebote von Kooperationspartner/innen der jeweiligen lokalen Standorte, die die Webseite nutzen, um über ihr Projektangebot zu informieren. Die Projektbeschreibung erfolgt von den Kooperationspartner/innen selbst (oder zumindest in direkter Absprache mit den Kooperationspartner/innen) und wird von den Koordinatorinnen redaktionell bearbeitet und in die Datenbank eingepflegt. Die quantitativen Differenzen zwischen den Standorten stellen eine Momentaufnahme dar. Sie lassen sich zum einen auf die umfangreichere Angebotslandschaft, die insbesondere in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen vorhanden ist, zurückführen, zum anderen verweist die unterschiedliche Angebotsmenge auch auf Schwierigkeiten in der lokalen Akzeptanz der Webseite. Weiterhin wurde in den Interviews auch deutlich, dass die Koordinatorinnen unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer Arbeit setzen.

Nach Aussagen der Koordinatorinnen wird die Website mit integrierter Datenbank an den Standorten zum Zeitpunkt der Befragung (3/2018) unterschiedlich wahrgenommen. An vielen Standorten gibt es positive Rückmeldungen zur Website von Seiten der Kooperationspartner/innen. Diese haben großes Interesse, ihre Angebote einzustellen, und beurteilen die Website als ansprechend und übersichtlich. Positiv hervorgehoben wurden auch die Anschaulichkeit und Nützlichkeit der Informationen.

> *„Also eher gerade so niedrigschwellige Angebote, die da auch sehr offen sind und das Angebot, also das Projekt, auch sehr wohlwollend annehmen, für diese Datenbank zum Beispiel auch sehr dankbar sind, auch gerne dort transparent sein wollen und Veranstaltungen mit einstellen wollen und so weiter. Das war eigentlich durchgehend die Meinung, dass das echt eine sehr sinnvolle und hilfreiche Sache ist.“ (Int_02)*

An anderen Standorten müssen die Koordinatorinnen viel Werbung für die Webseite machen und bei den Akteuren häufig nachhaken, um eine Angebotsbeschreibung zu erhalten. Schwierigkeiten entstehen, weil einige Akteure z.T. nicht direkt am Computer arbeiten und deswegen nur bedingt Zugang zu einem PC haben. Andere Akteure haben keinen Bedarf, ihr eigenes Angebot einzustellen, da sie sowieso schon überlastet sind und nicht noch mehr Öffentlichkeitsarbeit für ihr Angebot wünschen.

Im Rahmen der Gruppendiskussion (09/2018) wird deutlich, dass die Koordinatorinnen auch nach einer längeren Laufzeit und vielen Gesprächen mit verschiedenen Akteuren nicht zuverlässig einschätzen können, wie gut die Webseite tatsächlich genutzt wird. Dies stellt aber ein

grundsätzliches Problem der Bewertung fachlicher Onlineangebote dar. Etwas mehr Aufschluss über die Nutzung der Website können die Befragungen im Rahmen von Baustein 4 und Baustein 5 der wissenschaftlichen Begleitung liefern.

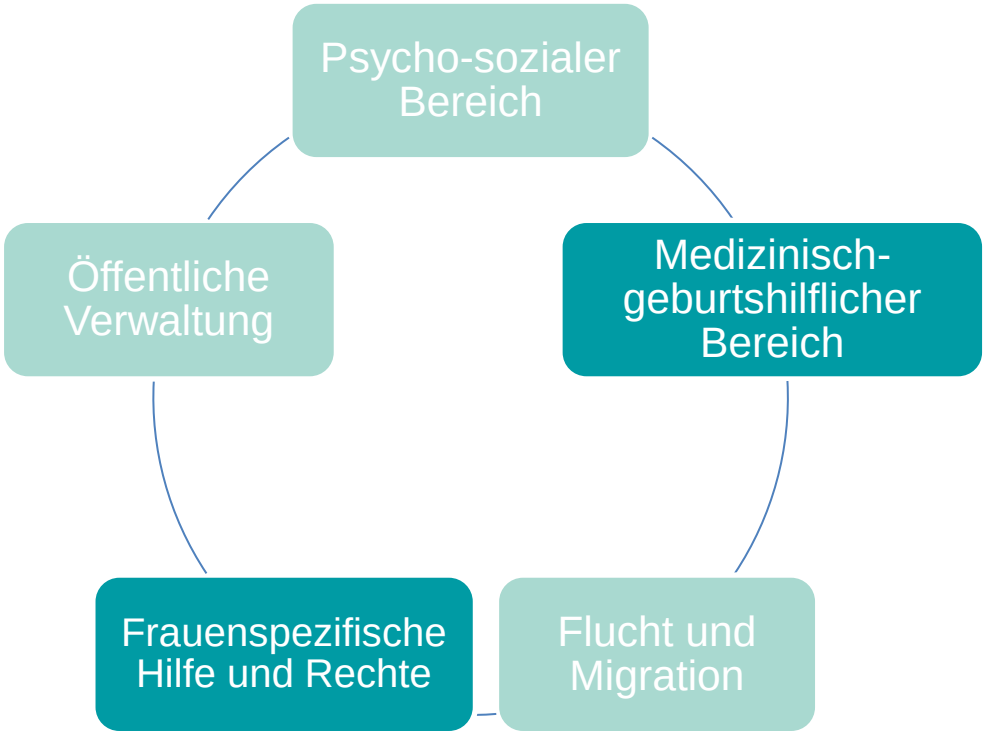
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Website des Modellprojekts als Informations- und Vernetzungstool zum Zeitpunkt der Befragung auf eine tendenziell positive, wenn auch gemischte Resonanz an den Standorten stieß, jedoch eine abschließende Einschätzung auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich ist.

9 ZIELGRUPPENERREICHUNG

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, welche Akteursgruppen für das Modellprojekt relevant sind und wie diese Zielgruppen nach Einschätzung der Koordinator/innen durch das Modellprojekt erreicht wurden. Welche Schwierigkeiten gab es dabei und welche erfolgreichen Strategien lassen sich identifizieren?

9.1 RELEVANTE AKTEURE

Die folgende Auflistung verdeutlicht, dass die Bandbreite an Akteuren, die für das Modellprojekt relevant sind, sehr groß ist. Es wird erkennbar, dass es sich bei der Frage der Unterstützung von schwangeren Geflüchteten um ein Querschnittsthema handelt, das viele unterschiedliche Akteursgruppen betrifft. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Akteure, die die Zielgruppe nicht ausschließlich adressieren. Die Grafik zeigt, welche Akteursgruppen dabei eine Rolle spielen:



- **Psychosozialer Bereich** (z.B. Schwangerschaftsberatungsstelle, Familienberatungsstelle, Familienzentrum, Familienplanungszentrum, Psychosoziales Zentrum, Nachbarschaftszentrum, Fachberatungsstelle im psychosozialen Bereich, Aufsuchende Familienberatung, Sexuelle Bildung und Beratung)
- **Medizinisch-geburtshilflicher Bereich** (z.B. Geburtsklinik, Arztpraxis, Hebammen/Hebammenverband, Familienhebammen, Medizinisches Zentrum, Medi-Büro)
- **Bereich Flucht und Migration** (z.B. Migrationsberatungsstelle, Flüchtlingsberatungsstelle, Integrationslotsen, Patenschaftsprojekt, Sprach- und Kulturmittler, Gemeindedolmetscherdienst, Internationales Begegnungszentrum, interkulturelles Begegnungsprojekt, Flüchtlingsinitiative, Flüchtlingsrat, Gemeinschaftsunterkunft/Notunterkunft, Zentrum für Integration/Migration, Schutzraum für Geflüchtete, NGO im Bereich Menschenrechte)
- **Bereich mädchen- und frauenspezifische Hilfen und Rechte** (z.B. Frauenzentrum/Fraueninformationszentrum, Mütterzentrum, Mutter-Kind-Einrichtung, Beratungs-

stelle Gewalt gegen Frauen, Frauenkrisentelefon, Frauenhaus/Kriseneinrichtung, betreutes Wohnen für Mädchen und junge Frauen)
- **Bereich der öffentlichen Verwaltung** (z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt, kommunale Fachstelle Frühe Hilfen, kommunale Flüchtlingskoordination)

Als Kriterium für die Auswahl der Akteure bzw. Akteursgruppen stellten die Koordinatorinnen übereinstimmend die Bedarfe der schwangeren, geflüchteten Frauen in den Mittelpunkt. Das bedeutet, dass die Koordinatorinnen ausgehend von den Bedarfen der schwangeren Geflüchteten diejenigen Akteure ausgewählt haben, die zum einen bereits jetzt mit den Frauen arbeiten bzw. Berührungspunkte mit schwangeren Geflüchteten haben, zum anderen wurden ebenfalls diejenigen Akteure ausgewählt, die zur Unterstützung von schwangeren Geflüchteten notwendig und sinnvoll sind, auch wenn sie die Gruppe der schwangeren, geflüchteten Frauen in ihrer Arbeit bislang noch wenig berücksichtigt haben.

9.2 SCHWIERIGKEITEN IM ERREICHEN VON BESTIMMTEN AKTEURSGRUPPEN

Auffällig ist, dass nach Erfahrungen der Koordinatorinnen standortübergreifend bestimmte Akteure schwer zu erreichen waren bzw. sind; dies betrifft insbesondere den medizinisch-geburtshilflichen Bereich. Zu den schwer zu erreichenden Akteuren zählen niedergelassene Gynäkolog/innen und niedergelassene Hebammen, die nicht in Projekte eingebunden sind, sowie Geburtskliniken, zu denen noch keine weiteren Kontakte (z.B. durch die pro familia Beratungsstelle) bestehen. Zusätzlich wurden an einigen Standorten noch Gemeinschaftsunterkünfte, Migrantenorganisationen und Ehrenamtliche als schwer zu erreichende Akteure genannt.

Es hat sich als besonders schwierig erwiesen, diejenigen Akteure durch das Projekt zu erreichen, die nicht gut vernetzt sind, was ein Dilemma darstellt, da für diese Akteure das Projekt prinzipiell besonders gewinnbringend sein könnte. Nachteilig auf die Vernetzung wirkt sich aus, wenn Akteure diese nicht im Rahmen ihrer regulären Arbeitszeit umsetzen können (dies ist beispielsweise bei allen selbstständigen Tätigkeiten der Fall). Weiterhin spielt die akute Arbeitsüberlastung eine Rolle für das Nicht-Erreichen der Akteure. Das wurde insbesondere in Bezug auf Hebammen sowie auf die Sozialarbeiter/innen der Gemeinschaftsunterkünfte betont. Grundsätzlich war es für die Koordinatorinnen an den Standorten schwerer, professionsbezogene als professionsübergreifende Netzwerke zu erreichen. Je offener und breiter das Netzwerk, desto leichter waren der Kontakt und der Zugang.

9.3 ERFOLGREICHE STRATEGIEN, UM AKTEURE ZU ERREICHEN

Aus der Analyse der Befragung der Koordinatorinnen ließen sich einige erfolgreiche Strategien identifizieren, um Akteure zu erreichen und als Kooperationspartner/innen für das Modellprojekt zu gewinnen.

Einzelgespräche haben sich als wichtige Strategie erwiesen, weil sie einerseits einen persönlichen Beziehungsaufbau ermöglichen (das Projekt wird einer Person zugeordnet und persönlich „erfahrbar“), andererseits auch tiefergehende Gespräche über die Situation vor Ort und Bedarfe der Akteure erlauben.

> *„Aber die Tatsache, dass es dieses erste persönliche Gespräch gibt, bevor Institutionen oder auch einfach Personen Kooperationspartnerinnen werden, das ist sehr wichtig und das gibt dem ganzen Projekt sehr viel Stärke hier. Ich kenne die Leute. Ich weiß auch, mit wem ich dann gesprochen habe. Und wenn die nicht kommen konnte zur Veranstaltung, ich kann mich daran erinnern, und ich habe das Gefühl, sie fühlen sich erst mal sehr gesehen und auch voll mitgenommen.“ (Int_01)*

Die Projektvorstellung bei Gremien, Arbeitskreisen und anderen Netzwerken hat sich ebenso bewährt und zu Schneeballeffekten geführt. Dabei ist es hilfreich, bestimmte Schlüsselpersonen zu identifizieren, die gut vernetzt sind und das Projekt weitervermitteln können.

Es war gleichfalls hilfreich, zu Beginn des Projekts an den Standorten möglichst übergeordnete Organisationen anzusprechen, wie z.B. Hebammenlandesverband, Flüchtlingsrat, weil diese Organisationen gut vernetzt sind und das Projekt weitervermitteln konnten.

Um zu geschlossenen Netzwerken einen Zugang zu bekommen, z.B. zu berufsbezogenen Netzwerken, muss ein „Türöffner“ identifiziert werden, der den Zugang zum Netzwerk ermöglicht (z.B. eine Ärztin, die in ein Beratungsprojekt eingebunden ist, vermittelt den Zugang zum Gynäkolog/innenstammtisch). Über solche persönlichen Kontakte konnten auch Netzwerke erreicht werden, die einen stärker geschlossenen Charakter haben.

> *„Wenn ich nicht mir diesen Zugang erarbeitet hätte durch einen Einzelkontakt, hätte ich da niemals die Möglichkeit gehabt, das Fachdialognetz vorzustellen. Und ich glaube, das ist eine ganz wichtige Erfahrung, was das Thema Netzwerk betrifft: Du brauchst den Türöffner.“ (Int_05)*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei der Unterstützung von schwangeren, geflüchteten Frauen um ein Querschnittsthema handelt, das eine große Bandbreite an Akteuren betrifft. Relevante Akteursgruppen wurden von den Koordinatorinnen an den Standorten ausgehend von den Bedarfen von schwangeren, geflüchteten Frauen identifiziert. Zu den Akteuren, die standortübergreifend schwer zu erreichen waren, gehören Gynäkolog/innen und Hebammen sowie Geburtskliniken. Nachteilig für die Vernetzung wirkt sich aus, wenn Akteure diese nicht im Rahmen ihrer regulären Arbeitszeit umsetzen können (wie dies bei Selbstständigen der Fall ist) und wenn Akteure stark überlastet sind. Der persönliche Beziehungsaufbau über Einzelgespräche sowie die Projektvorstellung in Gremien und Arbeitskreisen haben sich besonders bewährt. Hilfreich ist die Identifizierung von Schlüsselpersonen und gut vernetzten, übergeordneten Institutionen.

10 PROJEKTERGEBNISSE AUS DER PERSPEKTIVE DER KOORDINATORINNEN

Welche Ergebnisse und Effekte konnte das Modellprojekt bislang (09/2018) erzielen? Inwiefern konnten die Fachakteure nach Einschätzung der Koordinatorinnen von dem Projekt profitieren? Und inwiefern konnte aus der Perspektive der Koordinatorinnen die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen verbessert werden? Diese Fragen wurden von den Koordinatorinnen im Rahmen einer Gruppendiskussion erörtert. Die Ergebnisse dieser Diskussion werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

10.1 LOBBYARBEIT FÜR DIE BEDARFE UND ANLIEGEN DER FRAUEN

Auf einer eher abstrakten Ebene stellt es einigen Koordinatorinnen zufolge einen Gewinn für die Situation der betroffenen Frauen dar, dass sich das pro familia Modellprojekt für das Thema Schwangerschaft und Flucht im Rahmen von Facharbeitskreisen und Netzwerken stark macht und dort im Sinne einer Lobbyarbeit die Bedarfe und Anliegen der Frauen einbringt.

> *A1: „Ich finde es ganz wichtig, weiter dieses Thema zu platzieren, also als Interessensvertretung sozusagen für schwangere, geflüchtete Frauen, und jetzt nicht aufzuhören, sondern das Thema weiterhin in neuen Arbeitskreisen anzusprechen, damit das möglicherweise auch nach dem Fachdialognetz irgendwo platziert ist, wo es auch weiter besprochen oder bearbeitet werden kann." (GD_01)*

Dieser Aspekt spielte auch bereits bei den Einzelinterviews eine Rolle. Die Koordinatorinnen gehen davon aus, dass die Fachkräfte, mit denen sie arbeiten, durch das Projekt für die Zielgruppe schwangere, geflüchtete Frauen sensibilisiert und dazu angeregt werden, ihr Angebot dahingehend zu überprüfen, ob es auch für diese Zielgruppe zugänglich ist (so entwickelt beispielsweise ein psychosoziales Zentrum, das psychologische Grundversorgung anbietet, angeregt durch das Projekt, nun ein spezielles Angebot für die Zielgruppe). Eine Koordinatorin versteht sich explizit als „Sprachrohr", um auf Problematiken aufmerksam und Bedarfe sichtbar zu machen (z.B. Zugangsschwierigkeiten zu bestimmten Flüchtlingsgruppen und deren mögliche Hintergründe). Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, problematische Entwicklungen und Bedarfe an kommunale Akteure zurückzuspiegeln und die kommunale Ebene für das Thema zu sensibilisieren.

10.2 WISSENSTRANSFER UND STRUKTURAUFBAU

Auf der Ebene der Fachakteure erzielen die Koordinatorinnen ihrer Ansicht zufolge eine Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen, indem sie *„Fachwissen in Netzwerke und Institutionen einspeisen"*. Hierbei orientieren sie sich meistens an konkreten Fragen und Problemstellungen, die bei den Fachakteuren im Umgang mit der Zielgruppe aufkommen. Diese enge Orientierung an den Fragestellungen und Problemen der Fachakteure stellt den Diskutierenden zufolge eine Besonderheit und Stärke des Fachdialognetzes dar, durch welche regelmäßig nützliche Ergebnisse erzielt werden.

> *A5: „Genau, wir haben eben die Möglichkeit, das einfach zu erheben, was eben die Informationsbedarfe tatsächlich sind, und dann konkret zu planen: Dann mache ich eine Veranstaltung konkret dazu und nicht sozusagen auf einer Ebene, wo ich mit den Fachkräften selber gar keinen Kontakt habe und mir nur überlege, was könnte ein Veranstaltungsthema sein." (GD_02)*

Zum Wissens- und Informationstransfer gehört den Koordinatorinnen zufolge zum einen die Weitergabe von Fachwissen im Rahmen bedarfsorientierter Veranstaltungen, die von den Koordinatorinnen alleine oder in Kooperation mit lokalen Fachakteuren organisiert werden,

und zum anderen die gezielte Information und Beratung von Fachakteuren in Bezug auf fachlich fundierte Angebote im Rahmen eines persönlichen Kontaktes.

Auf der Webseite des Modellprojekts (vgl. Kapitel „Die Webseite mit integrierter Datenbank als Informations- und Vernetzungstool) ist eine Mediathek mit vielfältigen Materialien zum Thema Schwangerschaft und Flucht sowie angrenzenden Themenbereichen entstanden, die aus der Perspektive der Koordinatorinnen ein gemeinsam erarbeitetes Projektergebnis und eindeutig einen Gewinn für die Unterstützung von Fachakteuren zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen darstellt. Hier hat sich zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion im Vergleich zu der ersten Erhebungsphase das eingestellte Angebot in der Datenbank deutlich erweitert.

> *A5: „Also, was eben jetzt auch toll ist. Dadurch, dass die Mediathek nun auch so prall gefüllt ist, jetzt wirklich (zu den Fachakteuren) sagen zu können: Hier, das ist für euch. Es hat auch einen Mehrwert, weil da gibt es so viele Materialien, die könnt ihr auch in eurer Arbeit nutzen mit geflüchteten Frauen oder mit geflüchteten Männern oder mit nen.“ (GD_01)*

In den Arbeitskreisen und Netzwerken bauen die Koordinatorinnen persönliche Kontakte auf. Häufig bilden hierbei gemeinsame Zielstellungen und Themen die Grundlage von Arbeitsbeziehungen. Als Arbeitsergebnisse solcher Beziehungen nennen die Diskussionsteilnehmerinnen konkrete Beispiele. Hierzu gehören

- die Entstehung gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen mit Kooperationspartner/innen,
- die Etablierung von Facharbeitskreisen und Netzwerkstrukturen zum spezifischen Thema Genitalverstümmelung,
- eine Adressenliste mit Ärzt/innen, die in Bezug auf das Thema Genitalverstümmelung weiterbilden und hierzu auch konsultiert werden können,
- die Planung der Entwicklung eines Ausbildungsmoduls für die Schulung von Hebammen zum Thema Entbindungspflege im interkulturellen Kontext,
- ein regelmäßiger Newsletter für die Fachakteure einer Region,
- eine „Check-Liste“ für schwangere, geflüchtete Frauen, die die Koordinatorinnen gemeinsam und in Rücksprache mit verschiedenen Fachakteuren entwickeln und die alle relevanten Informationen zur Betreuung der Frauen enthält.

Aus dieser Zusammenstellung wird deutlich, dass es dem Projekt gelungen ist, über den Wissenstransfer hinaus auch Strukturen aufzubauen und konkrete Produkte zu entwickeln.

10.3 WEITERENTWICKLUNG VON PRO FAMILIA

Ein weiteres Ergebnis ist aus der Perspektive der Koordinatorinnen, dass in den Facharbeitskreisen die pro familia Angebotspalette *„transparenter“* gemacht wird. In Bezug auf diesen Aspekt erkennen einige Diskussionsteilnehmerinnen einen zweifachen Effekt. Zum einen wird das Beratungsangebot der pro familia in verschiedenen Facharbeitskreisen immer wieder platziert und zum anderen begünstigt die Projektarbeit auch einen internen Wandel auf der Ebene der kooperierenden pro familia Mitarbeiterinnen.

> *A6: „Das ist bei uns auch so, dass es zwei Seiten gibt. Einmal die Seite, dass pro familia vielmehr noch in den Blick gekommen ist, bei allen Akteuren, die im Flüchtlingsbereich arbeiten. Auch mit der ganzen Beratung rund um das Thema Verhütung und so. Das ist der eine Aspekt. Der andere Aspekt ist, dass die Mitarbeiterinnen von pro familia auch noch mal mehr gezwungen sind, sich dieses Themas anzunehmen … (und) multikulturelle Beratungen zu machen oder auch mit Sprachmittlerinnen zu arbeiten oder auf Englisch etwas zu machen. Und da hat es schon einen Anschub gebraucht.“ (GD_02)*

Hier wird deutlich, dass die Projektumsetzung aus der Perspektive der Koordinatorinnen auch organisationsintern Impulse zur fachlichen Weiterentwicklung hinsichtlich einer stärkeren interkulturellen Öffnung des Angebots der pro familia für die Zielgruppe erzielt hat.

11 EMPFEHLUNGEN AUF GRUNDLAGE DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die empirischen Befunde der Evaluation zusammenfassend im Hinblick auf die Frage betrachtet, welche Empfehlungen sich hieraus für zukünftige Vernetzungsprojekte zum Thema Schwangerschaft und Flucht ableiten lassen. Die zentralen Aussagen sind jeweils fettgedruckt vorangestellt und werden nachfolgend genauer erläutert.

Bedarfsorientiert vorgehen: Probleme, Anliegen und Interessen der Fachakteure identifizieren

Erkenntnissen der Netzwerkforschung zufolge engagieren sich Netzwerkakteure dann längerfristig in einem Netzwerk, wenn sich den Beteiligten regelmäßig der Nutzen für die eigene professionelle Praxis erschließt (vgl. Reis 2013,14). Auch die gute Praxis an den Standorten des Modellprojekts hat gezeigt, dass es wichtig ist, bedarfsorientiert vorzugehen und Interessen und Anliegen der Fachakteure zu identifizieren. Schlüsselpersonen, die das Netzwerk fachlich bereichern und selbst gut vernetzt sind, haben sich in diesem Zusammenhang als wichtige Kooperationspartner/innen erwiesen (vgl. hierzu auch den Punkt Nachhaltigkeit in diesem Text).

Bei längerfristig angelegten Vernetzungsangeboten sollten die konkreten Bedarfe in regelmäßigen Abständen überprüft und aktualisiert werden, um zu gewährleisten, dass das Angebot möglichst passgenau auf die Erfordernisse der zu vernetzenden Fachakteure abgestimmt ist. Zugleich sollten die Belange der betroffenen Zielgruppe – z.B. die der schwangeren, geflüchteten Frauen – erfragt und einbezogen werden. Diese könnten im Rahmen einer Vorstudie möglichst direkt erfragt werden oder über Einrichtungen, die Interessensvertretung praktizieren (z.B. Flüchtlingsorganisationen, Migrantenorganisationen). Ebenfalls könnten im Rahmen einer Vorstudie Standorte identifiziert werden, bei denen große Vernetzungslücken bestehen, z.B. im ländlichen Raum.

Bedarfsgerechte Angebote schaffen: a) Anlassbezogene Vernetzung

Die empirischen Erfahrungen an einigen Standorten legen nahe, dass Vernetzungsangebote von den Fachakteuren besser angenommen werden, wenn es einen möglichst konkreten Anlass zur Vernetzung gibt (z.B. ein bestimmtes zu lösendes Problem) bzw. eine konkrete Zielstellung und mit konkreten Arbeitsergebnissen zu rechnen ist (z.B. Verabredungen für die weitere Zusammenarbeit zur Lösung des Problems). Vernetzungsprojekte zum Thema Schwangerschaft und Flucht sollten deswegen mögliche Anlässe identifizieren und möglichst konkrete Konzepte entwickeln, was im Rahmen des Vernetzungsangebotes passieren soll. Die Transparenz über die Ziele des Netzwerks und ein gemeinsamer Konsens sind dabei entscheidend für den Netzwerkerfolg (vgl. Schubert 2008).

Bedarfsgerechte Angebote schaffen: b) Vernetzung in Kombination mit Wissenstransfer

Für Fachvernetzungsprojekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht ist aufgrund der vorliegenden empirischen Erfahrungen zu empfehlen, Fachveranstaltungen mit Vernetzung und Austausch zu verbinden – dies hat sich bislang als erfolgreiches Angebot bewährt, weil es den Bedarf der Akteure trifft. Hierbei hat sich das Herstellen persönlicher Beziehungen für Vernetzung und Austausch als besonders bedeutsam erwiesen.

Bedarfsgerechte Angebote schaffen: c) Kopplung mit Praxisprojekten

Vernetzungsprojekte für Fachakteure im Bereich Schwangerschaft und Flucht sollten möglichst mit Praxisprojekten kombiniert werden. Dies schafft eine größere Angebotspalette und einen besseren fachlichen Hintergrund für die Vernetzung. Beispielsweise könnte das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ in der Fortführung mit einem

Angebot aufsuchender Arbeit in Flüchtlingsunterkünften kombiniert werden. Geflüchteten Frauen könnte in den Unterkünften ein Informationsangebot unterbreitet werden – z.B. mit Themen wie Sexualaufklärung und Familienplanung, sexuelle und reproduktive Rechte, Ernährung in der Schwangerschaft, Kindergesundheit in den ersten Lebensjahren.

Zielgruppen nicht zu eng fassen, um Doppelstrukturen zu vermeiden

Bei der Planung von Fachvernetzungsprojekten sollte darauf geachtet werden, dass die Zielgruppe nicht so eng gefasst wird, sodass hierdurch zwangsläufig Doppel- und Mehrfachstrukturen entstehen. Beispielsweise könnte bei einer Verstetigung des pro familia Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ entweder die Zielgruppe auf geflüchtete Frauen mit Kindern oder auf migrantische schwangere Frauen mit geringer Ressourcenausstattung erweitert werden, sodass in einem zukünftigen Projekt entweder die Versorgungssituation geflüchteter Frauen im Fokus steht oder die von vulnerablen schwangeren Frauen.

Nachhaltigkeit: längere Projektlaufzeiten und personelle Kontinuität

Es hat sich gezeigt, dass für die Identifizierung geeigneter Vernetzungspartner/innen und für die Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen genügend Zeit eingeplant werden muss. Eine zweijährige Umsetzungsphase hat sich hierfür als zu knapp erwiesen. Hierdurch fehlt es den Vernetzungspartner/innen an langfristigen Perspektiven. Zudem sollte bereits in der Planungsphase mitbedacht werden, auf welche Weise Nachhaltigkeit nach der Umsetzungsphase gewährleistet werden kann (z.B. für die Pflege der Webseite und Datenbank über die Projektlaufzeit hinaus).

Nachhaltigkeit umfasst unterschiedliche Dimensionen; eine bedeutsame Dimension ist der Relevanzerhalt (Behn et al. 2013, 123). Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit des Modellprojekts auch nach Ablauf der Förderung ist die Anbindung der Koordinatorin an die pro familia Beratungsstelle ebenso nach Projektabschluss von großer Bedeutung. Die Chance, dass Vernetzungsformate bzw. -strukturen und Themen sowie Inhalte als Aufgabe innerhalb der Organisation erhalten bleiben, weil sie – wenn auch in geringerem Maße als im Rahmen der Projektarbeit – durch die pro familia Beratungsstelle weitergeführt werden, ist dann größer, wenn eine personelle Kontinuität gegeben ist, durch die Netzwerkkenntnisse, persönliche Netzwerkkontakte und Fachwissen für die Organisation gesichert werden können.

QUELLENVERZEICHNIS

Behn, Sabine/Bohn, Irina/Karliczek, Kari-Maria/Lüter, Albrecht/Sträter, Till (2013): Lokale Aktionspläne für Demokratie. Zivilgesellschaft und Kommune in der Auseinandersetzung mit Rechtsextremismus. Weinheim/Basel

Flick, Uwe (2006a): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg

Flick, Uwe (2006b): Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik – Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg

ISS/Camino (2016): Zweiter Zwischenbericht zum Berichtszeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2016 der wissenschaftlichen Begleitung des Programmbereichs der „Partnerschaften für Demokratie“ im Bundesprogramm „Demokratie leben! Aktiv gegen Rechtsextremismus, Gewalt und Menschenfeindlichkeit“ Berlin

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. Weinheim

Merchel, Joachim (2010): Evaluation in der Sozialen Arbeit. München

Reis, Claus (2013): Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zugänge. Vortragsmanuskript anlässlich der DGCC-Tagung in Münster: Vernetzt versorgen. Case Management in und mit Netzwerken. https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/intern_2013_Reis.pdf (18.03.2019)

Schubert, Herbert (2008) Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Praxisbeispiele. Wiesbaden

Quilling, Eike/Nicolini, Hans J./Graf, Christine/Starke, Dagmar (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden

Tei

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

TEILBERICHT BAUSTEIN 4
DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

NUTZUNG DER ANGEBOTE DES FACHDIALOGNETZES

MODELLPROJEKT „FACHDIALOGNETZ FÜR SCHWANGERE, GEFLÜCHTETE FRAUEN“

DR. MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN

BERLIN 2019

CAMINO

Erstellt im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen“ des Bundesverbandes pro familia e.V.

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

EXECUTIVE SUMMARY 4

1 EINLEITUNG 7

2 FRAGESTELLUNGEN 9

3 METHODISCHES VORGEHEN 10
3.1 Die Untersuchungsgruppe (Sample) und das Samplingverfahren 10

4 BEFRAGUNGSERGEBNISSE 13
4.1 Motivationen zur Beteiligung am Fachdialognetz 13
4.2 Nutzung der Angebote des Fachdialognetzes 15
4.3 Nachhaltigkeit 24
4.4 Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen 25

5 EMPFEHLUNGEN AUF DER GRUNDLAGE DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE 30

QUELLENVERZEICHNIS 32

EXECUTIVE SUMMARY

Das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ verfolgt das übergeordnete Ziel, die Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen durch Vernetzung und Zusammenarbeit der Fachakteure zu verbessern. Evaluiert wurde das Modellprojekt durch Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung. Die Gesamtevaluation besteht aus fünf Evaluationsbausteinen, die sich methodisch und inhaltlich ergänzen.

Der vorliegende Baustein 4 der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts hat zum einen das Ziel, die Inanspruchnahme der Angebote der Fachinformations- und Vernetzungsstellen aus der Perspektive kooperierender Fachakteure im Bereich Schwangerschaft und Flucht – im Folgenden verkürzend als Kooperationspartner/innen bezeichnet – zu evaluieren. Zum anderen sollen die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen ergänzend zu den bereits vorliegenden Ergebnissen aus den Bausteinen 1 und 3 durch die Befragung ausgewählter Kooperationspartner/innen präzisiert werden. Insgesamt wurden 24 Telefoninterviews mit Kooperationspartner/innen der acht Standorte des Fachdialognetzes durchgeführt.

Im Anschluss werden zentrale Ergebnisse der Evaluation dargestellt. Die Strukturierung des Berichts erfolgt entlang der untersuchten Analysedimensionen.

Beweggründe für die Beteiligung am Fachdialognetz

Eine zentrale Motivation für die Beteiligung am Fachdialognetz ist den Aussagen der Kooperationspartner/innen zufolge das Interesse an fachlichem Austausch verbunden mit persönlicher Kontaktpflege. Ein weiterer Beweggrund besteht darin, die eigenen Angebote im fachlichen Feld Schwangerschaft und Migration/Flucht bekannter zu machen. Darüber hinaus erklären einige Kooperationspartner/innen, dass sie sich von der Beteiligung am Fachdialognetz auch versprechen, im Sinne einer Lobbyarbeit gemeinsam mehr für die Belange schwangerer, geflüchteter Frauen bewirken zu können.

Einschätzung der Angebote des Fachdialognetzes

Webseite

Die Webseite wird von den befragten Kooperationspartner/innen überwiegend als gut strukturiert und informativ wahrgenommen. Die in der Rubrik „Mediathek“ eingestellten Materialien werden durchgängig als interessant und hilfreich bewertet. Der Umfang an eingestellten Angeboten und Informationen zu Expert/innen zum Themenbereich Schwangerschaft und Flucht wird in einigen Regionen als ausreichend in anderen als zu gering eingeschätzt. Intensiv genutzt wird die Webseite insbesondere von Fachkräften, die sich neu in das fachliche Feld Schwangerschaft und Flucht einarbeiten. Für Akteure, die im Feld bereits länger aktiv sind, hat die Webseite eher eine andere Funktion, nämlich über eigene Angebote zu informieren.

Veranstaltungen

Die meisten Kooperationspartner/innen bewerten die Veranstaltungen des Fachdialognetzes als nützlich und hilfreich. Anfänglich gab es bei einigen die Befürchtung, dass es durch das Fachdialognetz zur Bildung von Doppelstrukturen ohne Mehrwert kommen würde. Es gelang den Koordinatorinnen jedoch gut, ihre Angebote an die bestehenden Strukturen anzupassen.

Aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen erweisen sich hybride Angebotsformate mit einer Mischung aus fachlichem Input und Raum für Austausch/Vernetzung als Erfolgsmodell, weil diese den Bedürfnissen der sehr divers aufgestellten Fachakteure am ehesten gerecht werden.

Effekte der Arbeit des Fachdialognetzes für schwangere, geflüchtete Frauen

Positive Effekte auf bestehende lokale Netzwerke

Die Kooperationspartner/innen berichten über die Zunahme von Kontakten, die Vergrößerung der eigenen beruflichen Netzwerke und die Intensivierung des fachlichen Austausches mit einigen Fachakteuren. Darüber hinaus fühlen sich einige Kooperationspartner/innen insofern von der Arbeit des Fachdialognetzes unterstützt, dass sie hierdurch auch mit Fachakteuren in Kontakt gekommen sind, die vorher für sie schwer zu erreichen waren.

Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen

In den Aussagen der befragten Kooperationspartner/innen finden sich Beispiele dafür, dass durch die verbesserte Fachvernetzung passgenauere Angebote für die Zielgruppe entwickelt und bestehende Angebotslücken geschlossen werden konnten. Das Fachdialognetz trägt auch zur Überwindung von Trägerkonkurrenzen bei. Dies ermöglicht einen effektiveren Einsatz lokaler fachlicher Ressourcen. Ein weiterer Effekt des Fachdialognetzes besteht darin, das Thema schwangere, geflüchtete Frauen öffentlich sichtbarer zu machen, was politischen Forderungen zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation mehr Gewicht verleiht.

Nachhaltigkeit

Für die Zukunft wünschen sich die Kooperationspartner/innen, dass das Modellprojekt zumindest in Teilaspekten weitergeführt wird. Hierbei sollen nach Ansicht der Kooperationspartner/innen neue Schwerpunkte gesetzt werden beispielsweise eine Erweiterung der Zielgruppe und/oder des Fokus auch auf die nachgeburtliche Phase.

Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen

Zentrale Punkte zu den Problemlagen und Bedarfen schwangerer, geflüchteter Frauen, die bereits in den Bausteinen 1 und 3 dargestellt wurden, lauten:

- Ein diskriminierungsfreier Zugang zur Regelversorgung ist häufig nicht gegeben.
- Die Begleitung durch Hebammen ist häufig aus Abrechnungsgründen erschwert.
- Der Zugang zu ärztlicher Versorgung ist regional sehr unterschiedlich.
- Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist nicht immer gegeben.
- Die Finanzierung von Sprachmittlung ist oft unzureichend geregelt und reicht kaum aus.
- Die Unterbringung schwangerer, geflüchteter Frauen ist im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte häufig unzureichend.
- Ressourcen: Punktuell gibt es Beispiele für gute Praxis im Bereich Schwangerschaft und Flucht.

Die oben genannten Punkte werden im Rahmen des Bausteins 4 durch die Befragung ausgewählter Kooperationspartner/innen, die direkten Kontakt mit schwangeren, geflüchteten Frauen haben, bestätigt und um die folgenden Beobachtungen ergänzt:

- Der Bedarf schwangerer, geflüchteter Frauen an niedrigschwelliger, alltagsnaher Unterstützung insbesondere in allen existenziellen Angelegenheiten ist hoch.
- Viele schwangere, geflüchtete Frauen sind von sozialer Isolation bedroht. Es besteht Bedarf an der Förderung sozialer Unterstützung sowie muttersprachlicher Aufklärung und Information.
- Schwangere, geflüchtete Frauen ohne Aufenthaltspapiere brauchen Zugang zu Regelangeboten der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe sowie die Möglichkeit,

eine Geburtsurkunde für ihr Neugeborenes zu erhalten, ohne das Risiko einer drohenden Abschiebung eingehen zu müssen.

1 EINLEITUNG

Das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ hat sich zum Ziel gesetzt, durch Fachaustausch und die Förderung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachakteure die Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen zu verbessern. Hierzu wurden verschiedene Vernetzungsformate und –strategien an acht Projektstandorten modellhaft erprobt. Die zentralen Angebote des Fachdialognetzes sind:

- der Aufbau und die Pflege einer Webseite als regionales und bundesweites Informations- und Vernetzungstool,
- die Organisation und Durchführung von Dialog- und Fachveranstaltungen zur Förderung der lokalen Fachvernetzung sowie des Informations- und Wissenstransfers zum Themenbereich Schwangerschaft und Flucht,
- die standortübergreifende Entwicklung und Bereitstellung von Fachpublikationen.

Evaluiert wurde das Modellprojekt durch Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung. Die Evaluation wurde als prozessbegleitende formative Evaluation geplant, die sich an den Bedarfen und Wünschen der Projektbeteiligten orientiert. Diese partizipativ ausgerichtete Evaluation und wissenschaftliche Begleitung diente der Unterstützung und Beratung der Projektleitung im Sinne der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Projekts im Laufe des Umsetzungsprozesses. Weiterhin zielte die Evaluation des Modellprojekts darauf ab, erfolgreiche Vernetzungsansätze im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu identifizieren und darauf aufbauend Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Vernetzungsarbeit im Themenbereich zu ziehen. Damit steht die Dialog-/Lernfunktion von Evaluation im Mittelpunkt, die darin besteht, den Stakeholdern, d.h. den unterschiedlichen Projektbeteiligten, „Informationen zu liefern, um zu einer angemessenen Einschätzung des evaluierten Prozesses zu kommen“ (Flick 2006b,14).

Die Gesamtevaluation besteht aus fünf Evaluationsbausteinen. Diese wurden in einzelnen Teilberichten veröffentlicht und ergänzen sich gegenseitig. In dem vorliegenden Teilbericht (Baustein 4 der wissenschaftlichen Begleitung) erfolgt die Evaluierung der Inanspruchnahme der Fachinformations- und Vernetzungsangebote des Modellprojektes aus der Perspektive kooperierender Fachakteure im Bereich Schwangerschaft und Flucht. Diese werden im Folgenden als Kooperationspartner/innen bezeichnet. Zu den Kooperationspartner/innen des Fachdialognetzes zählen beispielsweise Frauenärzt/innen, Hebammen, Mediznetze bzw. Medibüros, (Schwangerschafts-)Beratungsstellen, Migrationsdienste, Flüchtlingssozialarbeit, Gemeinschafts- und Notunterkünfte, Gleichstellungsbeauftragte und öffentliche Gesundheitsdienste.

Das Ziel dieses Evaluationsbausteins ist es, die Erfahrungen, Bedarfe und Schwierigkeiten der Kooperationspartner/innen zu dokumentieren, um daraus zu lernen. Zudem sollen die in den Teilberichten 1 und 3 der wissenschaftlichen Begleitung zusammengetragenen Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen durch die Praxiserfahrungen ausgewählter Kooperationspartner/innen ergänzt und präzisiert werden. Hierdurch wird eine Wissensgrundlage bereitgestellt, auf der zukünftige Kriterien für eine passgenaue und nachhaltige Vernetzung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte im Zusammenhang mit Flucht abgeleitet werden können.

Im Hinblick auf die jeweils analysierten Perspektiven ergänzen sich die Evaluationsbausteine 3 und 4. So wird ein gemeinsamer Evaluationsgegenstand – die Inanspruchnahme von Angeboten des Fachdialognetzes – im Rahmen des Bausteins 3 aus der Perspektive der Koordinatorinnen der Fachinformations- und Vernetzungsstellen in den Blick genommen (vgl. Baustein 3 der wissenschaftlichen Begleitung) und ergänzend hierzu im Baustein 4 aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen. Der Baustein 4 schließt mit seinem Fokus auch an Erkenntnisse der Netzwerkforschung an, denen zufolge eine längerfristige Bindung von Netzwerkakteu-

ren nur dann zu erwarten ist, wenn sich den Beteiligten regelmäßig ein Nutzen für die eigene professionelle Praxis erschließt (vgl. Büttner/Voigt 2015, 9; Reis 2013, 14 u.a.). Vor diesem Hintergrund werden auch Fragestellungen zum Nutzen und zur Nachhaltigkeit der Vernetzungstätigkeit des Fachdialognetzes aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen beantwortet.

In methodischer Hinsicht ist den Bausteinen 3 und 4 gemeinsam, dass diese auf einem qualitativen Forschungsansatz basieren. Die Stärke dieses Ansatzes liegt in der Möglichkeit, Sachverhalte in konkreten Kontexten genau zu beschreiben (vgl. Flick 2006a, 13; Patton 2002). Der diesem Teilbericht folgende Baustein 5 bietet ergänzend hierzu auf der Grundlage eines quantitativen Ansatzes eine statistisch-vergleichende Beschreibung und Analyse der Fachvernetzungsaktivitäten an den acht Standorten.

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Fragestellungen des vorliegenden Evaluationsbausteins dargestellt. Im anschließenden Kapitel wird das methodische Vorgehen erläutert. Hierbei wird auf Aspekte der Datenerhebung und –auswertung eingegangen sowie auf die Untersuchungsgruppe und das zweistufige Verfahren ihrer Zusammenstellung. Im dritten Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse dargestellt. Die Strukturierung dieses Kapitel erfolgt entlang der vier zentralen Analysedimensionen dieser Untersuchung, und zwar Motivationen zur Beteiligung am Fachdialognetz (4.1), die Nutzung der Angebote des Fachdialognetzes (4.2), Nachhaltigkeit (4.3) und Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen (4.4). Im abschließenden fünften Kapitel werden auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse der Untersuchung Empfehlungen formuliert für zukünftige Vernetzungsprojekte.

2 FRAGESTELLUNGEN

Im Mittelpunkt des Bausteins 4 standen insbesondere folgende Fragestellungen:

Motivationen für die Beteiligung am Fachdialognetz:

- Was sind die Beweggründe der Kooperationspartner/innen für die Beteiligung am Fachdialognetz? Welche Erwartungen werden an die Teilnahme geknüpft?

Nutzung der Angebote des Fachdialognetzes:

- Wie wird das Angebot des Fachdialognetzes von den Kooperationspartner/innen genutzt und wie bewerten sie es?
- Wie hilfreich ist das Angebot des Fachdialognetzes für die Arbeit mit schwangeren, geflüchteten Frauen? Was sind Effekte/Wirkungen des Angebotes aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen?
- Inwiefern kommt es durch das Angebot zur Vernetzung und/oder Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften?
- Wie gut funktioniert die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften oder warum funktioniert sie nicht?

Nachhaltigkeit:

- Welche Nachhaltigkeit hat die entstandene Vernetzung und/oder Zusammenarbeit?
- Was wünschen sich die Kooperationspartner/innen für die Zukunft nach Abschluss des Modellprojektes?

Bedarfssituation schwangerer, geflüchteter Frauen

- Was sind – ergänzend zu den Bausteinen 1 und 3 - Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen aus der Perspektive solcher Kooperationspartner/innen, die direkt mit den Frauen zusammenarbeiten?

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Was lässt sich aus den Projekterfahrungen für die Vernetzung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte im Zusammenhang mit Flucht ableiten?
- Was sollten zukünftige Fachvernetzungsprojekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht beachten?

3 METHODISCHES VORGEHEN

Zur Beantwortung der im vorangegangenen Kapitel genannten Fragestellungen wurde ein qualitatives Untersuchungsdesign gewählt. Es wurden insgesamt 24 leitfadengestützte Experteninterviews mit Kooperationspartner/innen aller acht Standorte durchgeführt. Der Fokus der Untersuchung lag auf einer standortübergreifenden Analyse.[1] Der Interviewleitfaden wurde – ganz im Sinne des dialogischen Evaluationsansatzes – in Absprache mit der Projektleitung entwickelt. Mit Rücksicht auf die knappen zeitlichen Ressourcen der Interviewpartner/innen umfasste die Dauer der Interviews nicht mehr als 15 bis 30 Minuten. Der Zugang zu den Interviewpartner/innen wurde durch die lokalen Projektkoordinator/innen angebahnt, indem diese den potenziellen Interviewpartner/innen eine Anfrage von Camino zusammen mit Informationen über die Inhalte der Interviews und zum datenschutzrechtlichen Umgang mit dem gewünschten Datenmaterial weiterleiteten. Die Durchführung der Interviews erfolgte telefonisch. Die Interviews wurden transkribiert und mittels eines Analyserasters, das sich am Leitfaden orientierte, systematisch zusammengefasst. Die Auswertung der Interviews erfolgte inhaltsanalytisch in Anlehnung an das von Gläser und Laudel publizierte Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse von Experteninterviews (vgl. Gläser und Laudel (2010). Hierbei werden die Analysedimensionen einerseits aus dem Interviewleitfaden generiert und andererseits mittels empirisch gewonnener Vergleichshorizonte aus dem Material heraus entwickelt. Der Vorteil dieser Vorgehensweise besteht darin, den Auswertungsprozesses flexibler zu gestalten im Sinne einer Offenheit, die es erlaubt, nicht nur vorab antizipierte, sondern auch neue Aspekte im Datenmaterial zu entdecken.

3.1 DIE UNTERSUCHUNGSGRUPPE (SAMPLE) UND DAS SAMPLINGVERFAHREN

Die Zusammenstellung der Untersuchungsgruppe erfolgte mittels eines zwei Schritte umfassenden Verfahrens, welches im letzten Abschnitt dieses Unterkapitels noch genauer erläutert wird. Entwickelt wurde dieses Verfahren in Abstimmung mit der Projektleitung und den acht Projektkoordinatorinnen. Das Ziel bestand zum einen darin, den Zugang zu den Interviewpartner/innen durch den Einbezug der Koordinator/innen zu erleichtern.[2] Zum anderen sollte vonseiten der wissenschaftlichen Begleitung sichergestellt werden, dass alle Akteursgruppen in dem standortübergreifenden Sample vertreten sind.

Die folgende Auflistung verdeutlicht, dass die Bandbreite an Akteuren, die für das Modellprojekt relevant sind, sehr groß ist, weil es sich bei der Frage der Unterstützung von schwangeren Geflüchteten um ein Querschnittsthema handelt, das viele unterschiedliche Akteursgruppen betrifft (vgl. auch: Abb. 1):

- **Psychosozialer Bereich** (z.B. Schwangerschaftsberatungsstelle, Familienberatungsstelle, Familienzentrum, Familienplanungszentrum, Psychosoziales Zentrum, Nachbarschaftszentrum, Fachberatungsstelle im psychosozialen Bereich, Aufsuchende Familienberatung, Sexuelle Bildung und Beratung)
- **Medizinisch-geburtshilflicher Bereich** (z.B. Geburtsklinik, Arztpraxis, Hebammen/Hebammenverband, Familienhebammen, Medizinisches Zentrum, Medibüro)

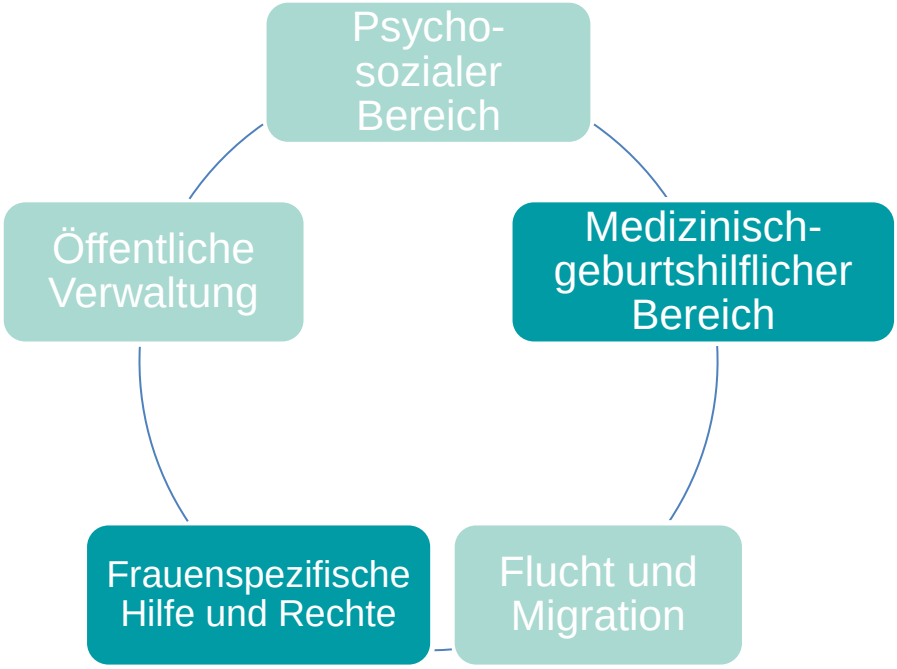
[1] Zwar war vom Auftraggeber auch eine standortbezogene Fallvergleichsstudie gewünscht, jedoch konnte dies nicht realisiert werden, da alle acht Projektstandorte und alle fünf Akteursgruppen (vgl. 1.2) berücksichtigt werden sollten, die maximale Anzahl an Interviews jedoch auf 24 (drei pro Standort) begrenzt war. Aus diesem Grund wurde alternativ ein standortübergreifendes, 24 Einzelfälle umfassende Untersuchungssample zusammengestellt, in dem alle Akteursgruppen vertreten sind.

[2] Hierdurch wurde eine Positivauswahl von Interviewpartner/innen im Sinne gelingender Praxis begünstigt, weil die Koordinatorinnen bevorzugt solche Personen ansprechen konnten, mit denen sie einen guten Kontakt pflegen. Trotzdem ließen sich mit diesem Vorgehen auch kritische Stimmen erfassen, wie die Analyse der Interviewdaten (vgl. Kapitel 4) zeigt.

- **Bereich Flucht und Migration** (z.B. Migrationsberatungsstelle, Flüchtlingsberatungsstelle, Integrationslotsen, Patenschaftsprojekt, Sprach- und Kulturmittler, Gemeindedolmetscherdienst, Internationales Begegnungszentrum, interkulturelles Begegnungsprojekt, Flüchtlingsinitiative, Flüchtlingsrat, Gemeinschaftsunterkunft/Notunterkunft, Zentrum für Integration/Migration, Schutzraum für Geflüchtete, NGO im Bereich Menschenrechte)
- **Bereich mädchen- und frauenspezifische Hilfen und Rechte** (z.B. Frauenzentrum/Fraueninformationszentrum, Mütterzentrum, Mutter-Kind-Einrichtung, Beratungsstelle Gewalt gegen Frauen, Frauenkrisentelefon, Frauenhaus/Kriseneinrichtung, betreutes Wohnen für Mädchen und junge Frauen)
- **Bereich der öffentlichen Verwaltung** (z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt, kommunale Fachstelle Frühe Hilfen, kommunale Flüchtlingskoordination)

Die folgende Grafik (vgl. Abb. 1) stellt noch einmal schematisch dar, welche Akteursgruppen es bei der Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe zu berücksichtigen galt.

Abbildung 1: Akteursgruppen des Fachdialognetzes



Bei der Durchführung der Interviews wurde deutlich, dass die Zuordnung der Kooperationspartner/innen zu einer singulären Akteursgruppe nicht immer trennscharf gelang. In unklaren Fällen wurden die Interviewpartner/innen deshalb gebeten, sich selbst einer bestimmten Gruppe zuzuordnen. Hiervon machten insbesondere Fachkräfte gebrauch, die sich ehrenamtlich für schwangere, geflüchtete Frauen engagieren. Ursprünglich war für diese Gruppe eine eigene Kategorie („Ehrenamtliche“) vorgesehen. Diese Bezeichnung wird den Betroffenen jedoch nicht gerecht, denn sie impliziert, dass es sich um Laienhelfer/innen handelt, die durch Fachkräfte koordiniert und angeleitet werden müssen. Dagegen handelt es sich bei den Kooperationspartner/innen des Fachdialognetzes, die sich ehrenamtlich für schwangere, geflüch-

tete Frauen engagieren, in der Regel um hochqualifizierte Fachkräfte, die insbesondere im medizinisch-geburtshilflichen Bereich unbezahlt Mehrarbeit leisten.[3]

Das Samplingverfahren

In einem ersten Schritt wurden die lokalen Projektkoordinatorinnen gebeten, pro Standort jeweils fünf bis sechs mögliche Interviewpartner/innen zu benennen. Hierbei sollten sie die folgenden Kriterien berücksichtigen: die Kooperationspartner/innen

- kennen die Angebote des Fachdialognetzes und verfügen über möglichst umfangreiche Erfahrungen damit,
- repräsentieren möglichst unterschiedliche Akteursgruppen (vgl. Abb. 1),
- verfügen über die notwendige Zeit und Bereitschaft, um an der Untersuchung teilzunehmen.

Aus den Vorschlägen der acht Standorte entstand ein Pool, der über 40 potenzielle Interviewpartner/innen umfasste. In einem zweiten Schritt erfolgte eine standortübergreifende Zuordnung der Kooperationspartner/innen zu den sechs Akteursgruppen des Fachdialognetzes (vgl. Abb. 1). Anschließend wurde das aus 24 Interviewpartner/innen bestehende Untersuchungssample zusammengestellt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Interviewpartner/innen pro Akteursgruppe.

Tabelle 1: Akteursgruppen und Anzahl der durchgeführten Interviews

Akteursgruppe	Anzahl der Interviews
Öffentliche Verwaltung	4 Interviews
Flucht und Migration	4 Interviews
Frauenspezifische Hilfe und Rechte	4 Interviews
Medizinisch-geburtshilflicher Bereich	6 Interviews
Psychosozialer Bereich	6 Interviews

In methodischer Hinsicht erfolgte die Zusammenstellung der Untersuchungsgruppe gemäß dem Prinzip der Varianzmaximierung.[4] Hierdurch soll die Wahrscheinlichkeit minimiert werden, das für die Untersuchung bedeutsame Informationen nicht erhoben werden (Reinders, 2005, S. 134 ff.). Anders ausgerückt liegt ein Vorteil der Anwendung dieses Prinzips darin, eine möglichst heterogene, maximal kontrastierte und somit informative Gruppe von Personen für die Untersuchung zu gewinnen.

Unter den Interviewpartner/innen waren einige, die direkt mit schwangeren, geflüchteten Frauen arbeiten (z.B. Hebammen, Sozialarbeiterinnen aus Gemeinschaftsunterkünften) und andere, die nur mittelbar mit dieser Zielgruppe in Berührung kommen (z.B. Verwaltungsmitarbeiter/innen). Zur Frage der Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen, wurde eine acht Personen umfassende Untergruppe gebildet, die intensiver auch zu diesem Thema befragt wurde.

[3] Fast immer werden hier strukturelle Mängel (z.B. zu wenig Fachpersonal, erschwerter Zugang zu medizinischen Leistungen) durch das persönliche Engagement von Einzelpersonen ausgeglichen. Unter den Interviewpartner/innen waren zwei Vertreter/innen lokaler Medinetze bzw. Medibüros und eine Ärztin, die sich im Rahmen eines anderen Projektes für Frauen in Gemeinschaftsunterkünften engagiert.

[4] Vgl. zum Prinzip der Varianzmaximierung bzw. dem Prinzip der maximalen und minimalen Kontrastierung: Patton 2002, Kelle/Kluge 1999 u.a.

4 BEFRAGUNGSERGEBNISSE

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Befragung von Kooperationspartner/innen der acht Standorte des pro familia Modellprojektes „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ dargestellt. Die Struktur der Darstellung orientiert sich an den im zweiten Kapitel aufgeführten Erkenntnisdimensionen:

- Teilnahmemotivationen,
- Nutzung der Angebote des Fachdialognetzes,
- Nachhaltigkeit,
- Bedarfe schwangerer geflüchteter Frauen.

Zentrale Ergebnisse werden in jedem Unterkapitel in fett gedruckten Lettern vorangestellt und im anschließenden Fließtext genauer ausgeführt. Abschließend erfolgt jeweils eine resümierende Einschätzung der Ergebnisse aus der Perspektive der Evaluation.

4.1 MOTIVATIONEN ZUR BETEILIGUNG AM FACHDIALOGNETZ

Erkenntnissen der Netzwerkforschung zufolge sind Netzwerke aus der Perspektive der Teilnehmenden kein Selbstzweck. Vielmehr gelingt ihre Etablierung nur, wenn sich den Beteiligten auch Vorteile im Sinne einer Win-win-Situation eröffnen (vgl. Reis 2013, 2 u.a.). Vor diesem Hintergrund war im Rahmen der Evaluation der Fachdialog- und Vernetzungsstellen die Überprüfung der Teilnahmemotivationen der Kooperationspartner/innen ein zentrales Untersuchungsinteresse. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Interesse an regelmäßigem fachlichen Austausch und persönlicher Kontaktpflege stellen die am häufigsten vertretene Teilnahmemotivation dar.

Das Interesse an bzw. der Wunsch nach regelmäßigem fachlichen Austausch und persönlichen Kontakten in Bezug auf Angebote zum Thema Schwangerschaft und Flucht stellt einen mehrheitlich geteilten Beweggrund der befragten Kooperationspartner/innen zur Teilnahme an Angeboten der Fachinformations- und Vernetzungsstellen dar. Zu wissen, welche regionalen Angebote es für schwangere, geflüchtete Frauen gibt und wer jeweils die konkreten Ansprechpartner/innen sind, stellt aus der Perspektive der befragten Kooperationspartner/innen einen Wert an sich dar, da dies für die eigene Arbeit sehr hilfreich sein kann. So erklärt beispielsweise eine Mitarbeiterin einer Migrationsberatungsstelle aus E-Stadt:

> *„Austausch ist halt immer gut. Wenn man die anderen Personen sieht, wer wo arbeitet, das ist vor allem auch sehr hilfreich, dass man sich untereinander kennt“ (E_Int_13).*[5]

Ähnlich äußert sich eine Beraterin einer Schwangerschaftsberatungsstelle aus C-Stadt. Auch sie findet es wichtig, über die Angebote zum Thema Schwangerschaft und Flucht an ihrem Standort auf dem Laufenden zu bleiben und persönliche Kontakte zu pflegen. Sie begründet dies damit, dass sich hierdurch die Kommunikation mit anderen Stellen vereinfacht, wodurch sich subjektiv wahrgenommene Handlungsmöglichkeiten vergrößern:

> *„Wichtig ist, einfach so diesen Überblick zu haben, was läuft denn in dem Bereich. Es macht halt einen riesen Unterschied, wenn man sich mal gesehen hat, dann ist einfach die Hemmschwelle viel kleiner anzurufen, mal nachzufragen“ (C_Int_05).*

[5] Zitate aus den Leitfadeninterviews mit den Kooperationspartner/innen sind mit der Abkürzung „Int“ (= Interview) und einer Nummer für das jeweilige Interview gekennzeichnet. Die Standorte wurden anonymisiert und werden mittels der Großbuchstaben A bis E voneinander unterschieden (Hinweis: um die Anonymisierung zu gewährleisten, stimmen die im Teilbericht zum Baustein 5 für die Standorte verwendeten Großbuchstaben A bis E nicht mit der hier verwendeten Zuordnung überein).

Einige Mitarbeiter/innen aus dem medizinisch-geburtshilflichen Bereich betonen zudem, dass es ihnen auch wichtig sei, über solche Angebote zum Thema Schwangerschaft und Flucht informiert zu sein, die mit ihrer eigenen Arbeit nicht unmittelbare Berührungspunkte aufweisen. Exemplarisch kommt dies in dem folgenden Zitat zum Ausdruck:

> *„Die [vorgestellten Projekte] waren jetzt nicht immer eins zu eins mit uns zu kombinieren, aber ich fand es schon sehr, sehr wissenswert, dass es diese Projekte gibt" (C_Int_01).*

Hierbei geht es den medizinisch-geburtshilflichen Kooperationspartner/innen vor allem darum, die von ihnen betreuten Frauen auch über passende soziale Angebote informieren zu können beispielweise über Möglichkeiten der Kostenübernahmen für Verhütungsmittel oder des Austausches mit Schwangeren, die sich in einer ähnlichen Lage befinden.

Die oben genannten Beispiele sowie weitere Textstellen aus dem analysierten Datenmaterial verweisen insgesamt darauf, dass die befragten Kooperationspartner/innen das dialogische Zusammenwirken unterschiedlicher Akteursgruppen und Professionen häufig als eine Perspektiverweiterung und damit einhergehend als eine Stärkung der eigenen Kompetenzen bzw. der eigenen Fachlichkeit erleben.

Das Fachdialognetz wird als Möglichkeit wahrgenommen, eigene Angebote im Bereich Schwangerschaft und Flucht bekannter und damit für die Zielgruppe zugänglicher zu machen.

Insbesondere bei kleineren und weniger gut vernetzten Kooperationspartner/innen, welche häufig auch ehrenamtlich im medizinisch-geburtshilflichen Bereich tätig sind, besteht eine zentrale Teilnahmemotivation darin, über den persönlichen Kontakt zu anderen Fachakteuren das eigene Angebot bekannter und damit für die Zielgruppe zugänglicher zu machen. Beispielsweise äußert ein Mitarbeiter eines Vereins, der Menschen ohne Krankenschein ehrenamtlich medizinische Behandlung vermittelt:

> *„Das sind Möglichkeiten, uns selber bekannter zu machen, sodass andere Beratungsstellen leichter auf uns zukommen, sollte der Bedarf da sein" (G_Int_02).*

Ähnlich äußert sich eine Gynäkologin aus C-Stadt, die neben ihrer Arbeit in einer Klink ehrenamtlich medizinische Behandlungen für Frauen ohne Krankenschein anbietet. Sie wünscht sich für ihr kleines Projekt eine stärkere Vernetzung mit anderen Akteuren, da geflüchtete Frauen erst einmal von ihrem Angebot erfahren müssten, seitdem es ihr aufgrund von geänderten Bestimmungen nicht mehr möglich sei, direkt in den Unterkünften Sprechstunden anzubieten.

Auch eine freiberuflich arbeitende Hebamme aus D-Stadt, die schwangere und frisch entbundene Frauen in Gemeinschaftsunterkünften betreut, erklärt, dass sie sich am Fachdialognetz beteiligt, um ihr Angebot bei Stellen, die mit schwangeren, geflüchteten Frauen in Kontakt kommen, bekannter zu machen. Zugleich möchte sie sich im Sinne der zuvor genannten Teilnahmemotivation der Perspektiverweiterung auch einen Überblick über lokale soziale Angebote verschaffen, um die von ihr betreuten Frauen bei Bedarf darauf verweisen zu können.

Eine weitere Teilnahmemotivation ist, das Thema Schwangerschaft und Flucht öffentlich sichtbarer zu machen, um es stärker in die eigene politische Arbeit transportieren zu können.

Bei einigen Kooperationspartner/innen spielt auch die politische Dimension des Themas Schwangerschaft und Flucht eine bedeutsame Rolle. So erklärt beispielsweise eine Gleichstellungsbeauftragte aus dem Bereich der Öffentlichen Verwaltung in F-Stadt, dass sie sich von der Teilnahme an Veranstaltungen des Fachdialognetzes keine fachlichen Anregungen verspricht, weil sie weder medizinisch noch sozialpädagogisch tätig sei. Vielmehr sei es ihr wichtig, Einblick in die verschiedenen fachlichen Blickwinkel zum Thema Schwangerschaft und Flucht zu erhalten, um auf dieser Grundlage politische Forderungen ableiten zu können. In

diesem Zusammenhang begrüßt sie es auch, dass die Belange schwangerer, geflüchteter Frauen durch das Fachdialognetz öffentlich sichtbarer werden, was ihr zufolge auch eine politische Signalwirkung hat.

> *„Bisher war dieses Thema in den Köpfen ja ganz hinten. Aber jetzt, wo es da tatsächlich so ein Netzwerk gibt, das sich mit diesem Thema auseinandersetzt und dem Ganzen einen Namen gibt, sodass das Thema eine Wichtigkeit bekommt, das ist doch schon mal ein Signal, nicht?" (F_Int_09).*

Auch eine andere Kooperationspartnerin, die sich im Flüchtlingsrat in E-Stadt engagiert und darüber hinaus in einem Verein, der Menschen ohne Krankenschein ehrenamtlich medizinische Behandlungen organisiert, betont, wie wichtig es ihrer Ansicht nach ist, *„dass ein Fokus auf schwangere, geflüchtete Frauen gelegt wird"* (E_Int_03). Sie sieht eine besondere Bedeutung des Fachdialognetzes auch darin, gemeinsam politische Aktionen zu initiieren, wie beispielsweise offene Briefe zu schreiben, in denen auf konkrete Missstände und notwendige Anpassungen im Bereich der Aufenthaltsgesetzgebung aufmerksam gemacht wird.

Einschätzung der Ergebnisse aus der Perspektive der Evaluation

Aus der Perspektive der Evaluation ist resümierend festzuhalten, dass die oben dargestellten Beweggründe der befragten Kooperationspartner/innen zur Beteiligung am Fachdialognetz eine hohe Vereinbarkeit mit den zentralen Zielstellungen des Modellprojektes aufweisen. Dieser Befund kann anknüpfend an Ergebnisse aus der Netzwerkforschung insbesondere zu Erfolgsfaktoren (vgl. Kiefhaber/Spraul 2016; Büttner/Voigt 2015; Reis 2013 u.a.) als ein Hinweis darauf gedeutet werden, dass es den Projektumsetzenden standortübergreifend gelungen ist, gute Voraussetzungen für eine längerfristige Etablierung der Angebote des Fachdialognetzes zu schaffen.

4.2 NUTZUNG DER ANGEBOTE DES FACHDIALOGNETZES

In diesem Kapitel geht es um die Nutzung der Angebote des Fachidalognetzes aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen. Das Angebot der acht Standorte des Fachdialognetzes umfasste – wie in der Einleitung bereits erwähnt – verschiedene Formate.

Die zentralen Angebote des Fachdialognetzes sind:

- der Aufbau und die Pflege einer **Webseite** als regionales und bundesweites Informations- und Vernetzungstool,
- die Organisation und Durchführung von **Dialog- und Fachveranstaltungen** zur Förderung der lokalen Fachvernetzung sowie des Informations- und Wissenstransfers zum Themenbereich Schwangerschaft und Flucht,
- die standortübergreifende Entwicklung und Bereitstellung von **Fachpublikationen**.

Im Rahmen der Evaluation war es von Interesse zu ermitteln, wie diese Angebote genutzt und bewertet wurden, welche Effekte sie erzielten und welche zukunftsbezogenen Wünsche von den Kooperationspartner/innen geäußert wurden.

4.2.1 Webseite und Fachpublikationen

Die Website des Modellprojektes (http://www.fachdialognetz.de) ist ein Angebot für Fachakteure im Bereich Schwangerschaft und Flucht. Sie dient zum einen der Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojektes, indem sie über die Projekthintergründe und -ziele sowie die acht Projektstandorte informiert. Zum anderen ist die Webseite als ein regional und/oder bundesweit zu nutzendes Fachinformations- und Vernetzungstool konzipiert. Hierfür verfügt die Webseite über eine umfangreiche Datenbank, die während der Projektlaufzeit laufend erweitert und

aktualisiert wurde. Recherchieren kann man in den Rubriken „Angebote“, „Expert/innen“, „Termine“ und „Mediathek“.

Unter der Rubrik „Angebote“ sind zum Zeitpunkt der Berichtslegung (4/2019) rund 330 Angebote zur Unterstützung schwangerer, geflüchteter Frauen eingestellt. Es stehen mehrere Filterfunktionen zur Verfügung. Mittels dieser Funktionen kann gezielt nach bestimmten Angebotsarten (z.B. Medizinische Hilfe, Psychosoziale Hilfe, Übersetzungshilfen) gesucht werden, und zwar bundesweit und/oder an einem bestimmten Standort.

Die Rubrik „Expert/innen“ umfasst einen Pool aus Personen, die über Fachwissen im Bereich Schwangerschaft und Flucht verfügen und bereit sind, dieses an andere Fachakteure weiterzugeben. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung können 39 Expert/innen mit unterschiedlichen Kompetenzen (z.B. Juristin, Referentin, psychologische Beraterin) mittels verschiedener Filterfunktionen recherchiert werden. Neben den Kompetenzen und Kontaktdaten befinden sich auch kurze Texte mit Selbstbeschreibungen der Expert/innen.

In der Rubrik „Termine“ finden sich über 340 bundesweite Hinweise zu Fachveranstaltungen, Fortbildungen, Kongressen, Workshops u.a., die für Fachkräfte aus dem Bereich von Schwangerschaft und Flucht relevant sind.

Während die drei oben genannten Rubriken vor allem die Fachvernetzung unterstützen, dient die „Mediathek“ der Sammlung und Bereitstellung fachlich relevanten Wissens zum Oberthema Schwangerschaft und Flucht. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung können rund 280 Dokumente mit Fachinformationen (z.B. wissenschaftliche Publikationen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Stellungnahmen von Fachverbänden, Kongressdokumentationen) recherchiert und runtergeladen werden. Darunter sind auch eigene Publikationen, die im Rahmen der Projektumsetzung erstellt und veröffentlicht wurden.[6]

Die Webseite wird überwiegend als gut strukturiert und umfangreich wahrgenommen. Nur in Ausnahmefällen findet sich jemand mit dem Aufbau nicht gut zurecht. Die eingestellten Materialien werden durchgängig als hilfreich und informativ bewertet. Der Umfang an Angeboten und Expert/innen wird von den befragten Kooperationspartner/innen unterschiedlich eingeschätzt.

Die Gestaltung (Design, Layout) und Sortierung der Webseite wird von den befragten Kooperationspartner/innenüberwiegend positiv bewertet. Beispielsweise erklärt eine Kooperationspartnerin aus B-Stadt, die als Gynäkologin arbeitet und im Internet nach einer Möglichkeit gesucht hatte, sich ehrenamtlich für schwangere, geflüchtete Frauen zu engagieren, dass sie sich auf Anhieb gut auf der Webseite zurechtgefunden hat, *„das war gut strukturiert dort auf jeden Fall“ (B_Int_04).*

Dieser Kooperationspartnerin zufolge bietet die Webseite einen guten Überblick über die Angebotslandschaft. Hierdurch hat sie auch eine für sich passende Organisation gefunden, bei der sie sich nun ehrenamtlich engagiert. Vorher fand sie es nicht so einfach, in ihrer Region etwas zum Thema schwangere, geflüchtete Frauen zu finden. Aber das Auffinden der Webseite des Modellprojektes sei nicht ganz einfach gewesen, weil die Bezeichnung „Fachdialognetz“ etwas zu speziell sei, „*also das ist jetzt auch so ein Begriff, der ein bisschen schwach ist natürlich. Also so würde ich sagen, der halt nicht so im Kopf bleibt. Ein bisschen sperrig irgendwie“ (B_Int_04).*

Eine andere Kooperationspartnerin aus dem medizinisch-geburtshilflichen Bereich hebt hervor, dass sie vor allem die Arbeitsmaterialien zum Download als hilfreich empfindet. Zudem sei die Webseite „*sehr schön gemacht, von der Ästhetik*“ (A_Int_21). Kritisch merkt sie an, dass sie in

[6] Hierzu zählen u.a. die Bausteine 1 und 2 der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes (Expertise 1: Forschung zu Schwangerschaft und Flucht; Expertise 2: Bestandsaufnahme zu medizinischen und psychosozialen Angeboten) sowie eine von den Projektkoordinatorinnen entwickelte zweisprachige „Checkliste für schwangere Migrantinnen für die Zeit vor, während und nach der Geburt“ (vgl. https://www.fachdialognetz.de/start/).

Bezug auf ihre Region zu wenig Veranstaltungen und Expert/innen findet, „*im Prinzip ist die (Webseite) schön gemacht, aber wenn natürlich das nicht gefüllt ist mit Veranstaltungen oder Fachexperten oder was auch immer, dann nützt es natürlich nicht ganz so viel*“ (A_Int_21).

Ähnlich äußern sich auch zwei Mitarbeiterinnen aus der öffentlichen Verwaltung aus F-Stadt. Sie wünschen sich für ihren Standort deutlich mehr Eintragungen in der Rubrik Expert/innen.[7] Hiervon abgesehen fällt ihre Einschätzung der Webseite jedoch sehr positiv aus. Die eine Mitarbeiterin findet die Sammlung von Angeboten sinnvoll, übersichtlich und aktuell, „*das Angebot ist ganz gut ausgewählt und auch wie man das suchen kann und so weiter. Also alles ist mit einem Denkmuster schon* unterlegt*. Das gefällt mir*“ (F_Int_10). Die andere Mitarbeiterin betont zudem, wie hilfreich die in der Mediathek eingestellten Materialien für ihre Arbeit sind:

> *„Also die Sammlung von Informationen, das ist eine sehr große Erleichterung, muss ich ehrlich sagen. … Wirklich hilfreich finde ich auch, dass da wirklich alles so gebündelt ist und ich nicht in meinen Unterlagen suchen muss, wenn ich mal unterwegs bin und meine Unterlagen gerade nicht zur Hand habe“ (F_Int_11).*

Eine der wenigen kritischen Stimmen in Bezug auf den Aufbau, die Aufmachung und den Nutzen der Webseite stammt von einer Kooperationspartnerin aus einer psychosozialen Fachberatungsstelle in C-Stadt. Diese Kooperationspartnerin stellt den Sinn der Webseite in Frage, weil es ihrer Auffassung zufolge schon ähnliche Angebote in ihrer Stadt gibt.[8] Zudem berichtet sie über Probleme, sich auf der Seite zurechtzufinden. Beispielsweise findet sie es schwierig, ihr Angebot einem der vorgegebenen Schlagworte auf der Webseite zuzuordnen, weil ihr Projekt sehr spezifisch ist, „*also wir mussten uns auch zum Beispiel immer irgendwie so zuordnen und so. Und ich glaube meine Kollegin hat mich gesucht und hat mich unter dieser Zuordnung gar nicht gefunden“ (C_Int_05).*

Sie wünscht sich, dass die Zuordnung auf der Webseite viel ausdifferenzierter gestaltet wird, damit sie auch unter dem speziellen Stichwort gefunden werden kann, für das sie regional und bundesweit als Expertin und Ansprechpartnerin gilt, und auch, um selbst beispielsweise gezielt nach Hebammen in Unterkünften suchen zu können.

> *„Ich brauche zum Beispiel Hebammen in Unterkünften oder Familienhebammen oder, also ich brauche es ausdifferenzierter. Auch das Stichwort psychosoziale Beratung ist viel zu umfassend und unkonkret, da muss einfach mehr Futter dahinter. Sonst ist das zu allgemein, finde ich“ (C_Int_05).*

Die oben dargestellte Kritik der Interviewpartnerin fungiert an dieser Stelle nicht als eine Bewertungsgrundlage für die Evaluation, da es sich um eine Einzelmeinung handelt, die weder repräsentativ für die Nutzer/innen der Webseite ist noch an objektiven Maßstäben überprüft werden kann. Vielmehr sollen die Äußerungen der Interviewpartnerin als Anregung für eine mögliche Weiterentwicklung der Webseite dienen, um den Kreis der (potenziellen) Nutzer/innen zu erweitern.

Intensiv genutzt wird die Webseite insbesondere von Fachkräften, die sich neu in das fachliche Feld Schwangerschaft und Flucht einarbeiten. Für Akteure, die im Feld bereits länger aktiv sind, hat die Webseite eher eine andere Funktion, nämlich über eigene Angebote zu informieren.

---

[7] Da die Webseite während der Projektlaufzeit laufend aktualisiert wird, ist es möglich, dass die Einschätzung der genannten Interviewpartner/innen zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr zutrifft. Zugleich bleibt der Umstand bestehen, dass die Wünsche, Erwartungen und Wahrnehmungen der befragten Kooperationspartner/innen subjektiv gefärbt sind, sodass eine objektive Überprüfung ihrer Aussagen aus der Perspektive der Evaluation weder notwendig noch sinnvoll erscheint. Vielmehr ist in Bezug auf die geäußerte Kritik der Interviewpartner/innen vonseiten der Evaluation festzustellen, dass der laufenden Aktualisierung und Pflege der Webseite offenbar eine hohe Bedeutung zukommt, weil das Angebot andernfalls als wenig nützlich einzustufen ist. Dies wiederum kann als Anregung für die Weiterentwicklung des Angebotes dienen.

[8] Vgl. sinngemäß Anmerkung 7.

Obwohl die Bewertungen der Webseite insgesamt recht positiv sind fällt auf, dass nur wenige der befragten Kooperationspartner/innen angeben, die Webseite im Rahmen ihrer Arbeit regelmäßig zu nutzen. Bei den wenigen Viel-Nutzer/innen handelt es sich vorwiegend um Fachkräfte, die entweder erst seit kurzem mit dem Themengebiert Schwangerschaft und Flucht befasst sind oder die neu in einer Region sind und sich aktiv um den Aufbau eines eigenen professionellen Netzwerkes bemühen, wobei sie schon über berufliche Vorerfahrungen zum Thema Schwangerschaft und Flucht verfügen.

Zu der zuletzt genannten Gruppe gehört eine aus dem Ausland stammende, freiberuflich arbeitende Hebamme, die erst seit kurzem in D-Stadt wohnt. In dem auf Englisch geführten Interview bewertet sie die Webseite als „*very useful*". Sie nutzt diese, um Informationen für ihre Arbeit mit geflüchteten Frauen zu finden. Allerdings würde sie es sehr begrüßen, wenn auf der Webseite mehr fremdsprachige Hinweise zu finden seien. Insbesondere wünscht sie sich durch Symbole leicht aufzufindende Angaben zu den Sprachkompetenzen von Kontaktpersonen. Dies würde ihr und anderen Fachakteuren, die am Telefon oder per E-Mail unsicher im Gebrauch der deutschen Sprache sind, die Kontaktaufnahme sehr erleichtern.

Zu der anderen Gruppe von Viel-Nutzerinnen gehört eine Mitarbeiterin der öffentlichen Verwaltung. Sie hat erst seit kurzem eine Stelle als Geflüchteten-Koordinatorin inne. Das Thema Schwangerschaft und Flucht betrifft somit einen Teilbereich ihrer Arbeit und ist für sie inhaltlich völlig neu. Die befragte Kooperationspartnerin gibt an, die Webseite regelmäßig aufzurufen, um sich einen Überblick über lokale Angebote zu verschaffen, welche sie gegebenenfalls an verschiedene Stellen weiterempfiehlt. Zudem informiert sie sich mithilfe der Mediathek über verschiedene Aspekte des Themengebietes. Vor allem die „*Forschungsarbeiten zu Schwangerschaft und Flucht*" sowie die „*Checkliste"* werden von ihr als sehr hilfreich für die eigene Arbeit hervorgehoben.[9]

Etablierte und gut vernetzte Fachakteure geben häufig an, dass sie die Webseite aus verschiedenen Gründen selten oder gar nicht nutzen, obgleich sie das Angebot überwiegend als nützlich bewerten und teilweise sogar weiterempfehlen.

Zu den Wenig- und Nicht-Nutzer/innen gehören vor allem lokal und fachlich etablierte Fachkateure, die bereits gut vernetzt sind. Diese begründen ihr gering ausgeprägtes Nutzungsverhalten häufig damit, dass sie keine Zeit fänden, sich intensiver mit der Webseite zu befassen, wie exemplarisch das folgende Zitat belegt: „*da hab ich ehrlich gesagt auch nicht so die Zeit dazu, mich da intensiver mit zu befassen. Ich fand sie (die Webseite) aber sehr, sehr informativ, als ich mal einen Blick reingeworfen hatte" (F_Int_11).*

Zum Teil erklären Wenig- und Nicht-Nutzer/innen auch, dass ihnen die auf der Webseite aufgeführten regionalen Angebote schon bekannt und überregionale Angebote für die eigene Arbeit nicht relevant seien, „*ich war ganz am Anfang sogar mal drauf (auf der Webseite) und fand dann einen ganz guten Überblick, aber wir sind hier ja auch ziemlich gut vernetzt, so kannte ich das alles schon und so bundesweite Angebote brauche ich hier nicht " (F_Int_06).*

Andere Kooperationspartner/innen erklären, dass sie die Webseite im Rahmen ihrer Arbeit nutzen würden, sobald es hierfür einen konkreten Bedarf gäbe. So äußert beispielsweise eine Mitarbeiterin einer Migrationsberatungsstelle, „*ich denke, wenn ich jetzt eine schwangere Frau in der Beratung habe, wo es bestimmte Fragen gibt, dann weiß ich, dass ich da auch noch mal nachschauen könnte, aber da gab es jetzt noch keinen Bedarf*" (E_Int_07). Ähnlich geht es einer Hebamme aus E-Stadt. Sie hat die Webseite zwar schon anderen weiterempfohlen, selbst hat sie diese bisher jedoch noch nicht genutzt: „*da hab ich jetzt wirklich derzeit auch noch keinen Anlass gehabt, weil ich gerade selbst keine Frau in der Betreuung be"* (E_Int_21).

[9] Vgl. Anmerkung 6, vgl. auch im Quellenverzeichnis die Literaturangaben zu den „Expertisen".

Eine Kooperationspartnerin erzählt, dass sie die Webseite deshalb nicht nutzt, weil sie sich lieber persönlich an die Projektkoordinatorin wendet, wenn sie Informationen benötigt. Dennoch wünscht sie sich, dass die Webseite nach dem Ende des Modellprojektes weitergeführt wird, weil sie es schade fände, wenn *„dann auf einmal alles einschläft“* (E_Int_23). Diese Episode kann als Hinweis auf die Tatsache gedeutet werden, dass es unabhängig von der Qualität eines webbasierten Angebotes unterschiedliche Neigungen, Vorlieben und Fachkulturen gibt, wenn es darum geht, Fachinformationen auszutauschen. Zugleich verweist das Zitat der Interviewpartnerin darauf, dass die Funktion der Webseite, das Thema Schwangerschaft und Flucht in der (Fach-)Öffentlichkeit präsenter zu machen, auch als ein Mehrwert geltend gemacht werden kann, der sich nicht (ausschließlich) an den Zugriffszahlen der Webseite ablesen lässt. So nutzt die Interviewpartnerin persönlich das Angebot zwar nicht, jedoch ist es ihr aus fachpolitischen Gründen wichtig, dass es für andere Personen weiterhin verfügbar bleibt.

Für einige der befragten Kooperationspartner/innen ist es weniger wichtig, selbst über die Webseite nach Angeboten zu recherchieren als vielmehr mit dem eigenen Angebot auf der Webseite vertreten zu sein.

Einige der befragten Kooperationspartner/innen nutzen die Webseite primär zum Bekanntmachen ihrer eigenen Angebote und weniger, um selbst damit zu arbeiten. So erklärt beispielsweise eine Mitarbeiterin einer Schwangerschaftsberatungsstelle aus C-Stadt, dass sie die Webseite selten nutzt, weil sie kaum in der direkten Beratung tätig ist, sondern vor allem „*übergeordnete Aufgaben*“ hat (C_Int_22). Sie stellt jedoch ihre Angebote ein, *„um andere, die auch in dem Bereich arbeiten, darauf aufmerksam“* zu machen (C_Int_22).

Auch eine Kooperationspartnerin aus E-Stadt, die als Referentin für Bildungsarbeit arbeitet, nimmt die Webseite vor allem als Möglichkeit war, ihre eigenen Angebote bekannter zu machen, wobei sie bisher noch nicht davon profitieren konnte: *„bisher wurde ich aber, glaube ich, über diese Homepage noch nicht angefragt“* (E_Int_08).

Einschätzung der Ergebnisse aus der Perspektive der Evaluation

Die Webseite wird von den Kooperationspartner/innen überwiegend positiv bewertet. Dies steht nur scheinbar im Widerspruch dazu, dass mehr als die Hälfte der Kooperationspartner/innen angibt, die Webseite selten oder gar nicht aktiv zu nutzen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass von den befragten Kooperationspartner/innen vor allem jene zu den aktiven Nutzer/innen der Webseite gehören, die sich entweder neu in das Thema Schwangerschaft und Flucht einarbeiten oder die sich in einer Region neu vernetzen müssen. Dagegen nutzt die Mehrheit der fachlich etablierten und persönlich gut vernetzen Fachakteure die Webseite selten bis gar nicht in aktiver Weise. Allerdings nimmt ein Großteil von ihnen die Möglichkeit wahr, eigene Angebote über die Webseite bekannter und hierdurch auch das Thema Schwangerschaft und Flucht in der (Fach-)Öffentlichkeit präsenter zu machen. Diese Form der passiven Nutzung kann als Erklärung dienen, warum sich vor allem auch die zuletzt genannten Fachakteure dafür aussprechen, dass die Webseite über die Projektlaufzeit hinaus weiter gepflegt wird.

4.2.2 Dialog- und Fachveranstaltungen

In dem vorliegenden Unterkapitel geht es um die Einschätzung des Nutzens der Dialog- und Fachveranstaltungen des Fachdialognetzes an den regionalen Standorten aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen.

Konzeptionell haben Dialogveranstaltungen einen auf fachlichen Austausch und Vernetzung abzielenden Charakter, während Fachveranstaltungen dem Informations- und Wissenstransfer dienen. In der praktischen Umsetzung wurden – teilweise in Kooperation mit anderen lokalen

Fachakteuren – auch hybride Veranstaltungsmodelle (z.B. Fachtage) entwickelt, in denen beide Aspekte mehr oder weniger gleichberechtigt nebeneinanderstanden.

Die meisten Kooperationspartner/innen bewerten die Veranstaltungen des Fachdialognetzes als nützlich und hilfreich. Insbesondere hybride Angebotsformate mit einer Mischung aus fachlichem Input und Raum für Austausch/Vernetzung erweisen sich hierbei als Erfolgsmodell.

Standortübergreifend berichten die Kooperationspartner/innen durchgängig positiv über ihre Teilnahme an unterschiedlichen Veranstaltungen des Fachdialognetzes: Die Fachveranstaltungen haben zu einer guten Zusammenarbeit, neunen Vernetzungsstrukturen und bei Zweiflern zur Akzeptanz der Arbeit des Fachdialognetzes geführt. Fast allen positiven Berichten ist gemeinsam, dass es sich bei den besuchten Angeboten um Formate mit einer Mischung aus fachlichem Input und Gelegenheit zu Austausch/Vernetzung handelt.

Beispielsweise resümiert eine Kooperationspartner/in aus C-Stadt in Bezug auf die von ihr besuchten Veranstaltungen des Fachdialognetzes, *„das ist einmal inhaltlich nützlich und es ist natürlich auch für den Austausch nützlich, also einfach die Begegnung und das Gespräch“* (C_Int_22). Ähnliches berichtet eine Kooperationspartnerin aus F-Stadt, *„da bekommt man eine Info, aber gleichzeitig hat man immer diese Möglichkeit auch etwas weiterzugeben, also dieser Austausch auch und das bringt wieder ein bisschen mehr Vernetzung“* (F_Int_10).

Nur vereinzelt wünschen sich Kooperationspartner/innen auch reine Dialogrunden zum Thema Schwangerschaft und Flucht, bei denen es regelmäßig um das *„Kennenlernen neuer Kolleginnen, neuer Angebote in den einzelnen Beratungsstellen und Veränderungen in den Kliniken“* (F_Int_11) geht ohne einen zusätzlichen fachlichen Input. Hierbei handelt es sich allerdings ausschließlich um Fachakteure, die selbst im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Vernetzungsaufgaben wahrnehmen und aus diesem Grund über die hierfür notwendigen zeitlichen Ressourcen verfügen. Im Umkehrschluss könnte dies bedeuten, dass sich das gemischte Veranstaltungsformat deshalb standortübergreifend als Erfolgsmodell erwiesen hat, weil es eine höhere Diversität an Teilnehmer/innen ermöglicht, indem es auch solche Fachakteure zur Teilnahme motiviert, die einer reinen Dialogrunde aus Kapazitätsgründen fern geblieben wären.

Anfänglich gab es vielfach die Befürchtung, dass es durch das Fachdialognetz zur Bildung von Doppelstrukturen ohne Mehrwert kommen würde. Es gelang den Koordinatorinnen jedoch gut, ihre Angebote an die bestehenden Strukturen anzupassen.

Nicht alle Kooperationspartner/innen sind sofort von dem Sinn und Nutzen des Fachdialognetzes überzeugt, weil es an den Standorten bereits Vernetzung zu den Themen Flucht und Migration, Frauen, Frühe Hilfen und ähnliches gab, *„also das hat sich mir nicht gleich erschlossen, was eigentlich der Sinn oder der Hintergrund von dem Fachdialognetzwerk ist. Das fand ich am Anfang so ein bisschen holprig.“* (F_Int_06).

Eine Jugendamtsmitarbeiterin aus G-Stadt deutet die Angebote des Fachdialognetzes als eine Doppelung der Strukturen, weil die gleichen Teilnehmer/innen schon Teil des Netzwerkes Frühe Hilfen des Jugendamtes sind, dessen Aufgabe auch die Vernetzung der Akteure ist:

> *„Und das ist für mich halt so das Problem, dass es für mich einfach Doppelstrukturen sind, die der Bund hier auferlegt hat. Weil, mir hat das nicht so richtig eingeleuchtet, warum es das Fachdialognetzwerk noch gibt, da es ja bundesweit die Frühen Hilfen gibt. Also diese Frühen Hilfen sind ja eh für alle Schwangeren und Mütter von Kindern von null bis drei da. … Wir haben dann (mit der Koordinatorin) zwei Veranstaltungen zusammen gemacht und da haben dann halt auch wieder die gleichen Leute mehr oder weniger zusammengesessen, die auch bei mir im Netzwerk Frühe Hilfen sitzen“ (G_Int_24).*

Im Fall der Jugendamtsmitarbeiterin aus G-Stadt wurde gemeinsam mit der Koordinatorin eine einvernehmliche Lösung gefunden: Die Koordinatorin nimmt an Veranstaltungen der Frühen Hilfen als Zuhörerin teil und bietet selbst Veranstaltungen im Ressort Gesundheit an.

Auch an anderen Standorten stehen die Koordinatorinnen vor der Herausforderung, ihre Angebote sinnvoll an die jeweils vorhandenen Strukturen anzupassen. Dies gelingt ihnen offenbar sehr gut. Beispielsweise berichtet eine Kooperationspartner/in aus A-Stadt: *„ich fand die Art und Weise, wie die (Koordinatorin) das gemacht hat und ihr Auftreten, sehr angenehm und hatte eben das Gefühl, dass sie erkannt hat auch, dass es hier schon Strukturen gibt und dann geguckt haben, das Beste daraus zu machen“ (A_Int_21).*

Ähnlich positiv äußern auch Kooperationspartner/innen an anderen Standorten über die Zusammenarbeit mit dem Fachdialognetz. Ihnen zufolge sind die Koordinatorinnen offen, engagiert und gehen auf Vorschläge ein, wie exemplarisch das folgende Zitat belegt.

„Ich finde das sehr angenehm mit pro familia, also mit dem Fachdialognetz. Es ist sehr transparent, wie die arbeiten und man hat so das Gefühl, die wollen das auch und sind sehr engagiert und haben Interesse an der Zusammenarbeit und sind offen auch für Vorschläge. Also das finde ich schon besonders, das finde ich nicht überall mit allen Kooperationspartnern so“ (E_Int_19).

Einschätzung der Ergebnisse aus der Perspektive der Evaluation

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es den Koordinatorinnen des Fachdialognetzes gut gelungen ist, eine Passung herzustellen zwischen dem eigenen Fachinformations- und Vernetzungsauftrag einerseits und den lokal bereits existierenden Vernetzungsstrukturen andererseits. Ein zentraler Erfolgsfaktor hierbei war die offene, transparente und bedarfsorientierte Haltung der Koordinatorinnen im Umgang mit den Fachakteuren vor Ort. Hierdurch entstanden häufig auch gemeinsam angebotene, hybride Angebotsformen mit einer Mischung aus fachlichem Input einerseits und viel Raum für Austausch und Vernetzung andererseits. Diese haben sich aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen als Erfolgsmodell für Angebote zum Thema Schwangerschaft und Flucht erwiesen, weil sie eine breite Gruppe von Fachkateuren zur Teilnahme motivieren, wodurch auch eine Fachvernetzung ansonsten schwerer zu erreichen Fachakteuren ermöglicht wird.

4.2.3 Effekte des Fachinformations- und Vernetzungsangebotes

In diesem Unterkapitel geht es um Effekte des Fachinformations- und Vernetzungsangebotes aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen. Insgesamt lassen sich die Aussagen der Kooperationspartner/innen zu zwei Hauptkategorien zusammenfassen. Dies sind a) positive Effekte auf existente, lokale Netzwerke, die sich durch die Arbeit des Fachdialognetzes vergrößern, verdichten und/oder diversifizieren und b) Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen. Die Auswertungsergebnisse werden im Folgenden näher ausgeführt.

Positive Effekte auf bestehende lokale Netzwerke

Die Kooperationspartner/innen berichten über die Zunahme von Kontakten, die Vergrößerung der eigenen beruflichen Netzwerke und die Intensivierung des fachlichen Austausches mit einigen Fachakteuren.

Viele Kooperationspartner/innen berichten, dass sie im Zuge der Nutzung der Angebote des Fachdialognetzes ihre beruflichen Netzwerke durch Zugewinn neuer Kontakte vergrößern

konnten.[10] Des Weiteren stellen sie eine Intensivierung des fachlichen Austausches mit einzelnen Fachakteuren fest. Diese beiden Effekte werden von den Betroffenen als Mehrwert wahrgenommen, wie das folgende Zitat exemplarisch belegt:

> *„Wir haben auch immer wieder Kontakte und Informationen ausgetauscht. Also die Zusammenarbeit (mit der Projektkoordinatorin) hat einfach den Kontakt vertieft würde ich sagen. Deswegen habe ich da auch schon sehr profitiert davon, weil ich jetzt diese Kontakte auch weitergeben kann, an Beraterinnen und Berater, die mich da fragen zu dem Thema und außerdem habe ich auch noch mal ein bisschen unser Netzwerk vergrößern können. Das war also für mich auf jeden Fall sinnvoll" (E_Int_08).*

Aus der Perspektive der befragten Kooperationspartner/innen sind die von ihnen beobachteten Zugewinne[11] in Bezug auf den Umfang und die Intensität von Netzwerkkontakten ein bemerkenswertes Ergebnis. Denn viele von ihnen empfanden sich auch schon vor dem Modellprojekt als relativ gut vernetzt. Aus diesem Grund waren anfänglich auch nicht alle von dem Sinn einer weiteren „*Überstruktur*" – gemeint ist das Fachdialognetz - überzeugt.[12] Wie aus den Äußerungen der Kooperationspartner/innen hervorgeht, gelang es den Koordinatorinnen jedoch, durch einen sehr wertschätzenden und bedarfsorientierten Umgang mit den Fachakteuren vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen und auf dieser Basis passgenaue Angebote zu unterbreiten. So betont eine Reihe von Kooperationspartner/innen, dass sie sehr gerne mit den Koordinatorinnen zusammengearbeitet haben, weil diese *„sehr engagiert und offen für Vorschläge"* waren. Auch hätten die Koordinatorinnen sich immer „*ernsthaft bemüht, einen Bedarf zu ermitteln"* und auch *„adäquat*" darauf reagiert.[13]

Einige Kooperationspartner/innen kommen über die Angebote des Fachdialognetzes insbesondere auch mit solchen Fachakteuren besser in Kontakt, die bisher schwer für sie zu erreichen waren.

Eine Kooperationspartnerin aus der öffentlichen Verwaltung, die in ihrer Funktion als Gleichstellungsbeauftragte auch lokale Vernetzungsaufgaben übernimmt, berichtet beispielsweise, dass sie über Veranstaltungen des lokalen Fachdialognetzes Fachakteure kennenlernen und zusammenbringen konnte, die für sie über ihre eigenen Netzwerkkontakte bisher schlecht zu erreichen waren, wie z.B. eine Hebamme und eine Sozialarbeiterin einer Frauengemeinschaftsunterkunft (F_Int_11).

Auch eine andere Kooperationspartner/in, die in einer Schwangerschaftsberatungsstelle arbeitet, berichtet darüber, dass sie bestimmte Fachakteure nun besser erreicht, *„das sind Berufsgruppen die ich vorher immer als sehr schwer erreichbar empfunden habe, weil die einfach wahrscheinlich auch viel zu tun haben. Und dadurch, dass ich die Frau jetzt kenne, ist das leichter, auf jeden Fall. Das hat sich positiv entwickelt, genau."* (F_Int_06).

Aus der Perspektive der Evaluation sind die hier festzustellenden Effekte der Arbeit des Fachdialognetzes erstens, die Unterstützung lokaler Fachvernetzungsaktivitäten und zweitens, die Förderung multidisziplinärer Kooperation.

Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen

Durch die verbesserte Fachvernetzung können punktuell passgenauere Angebote für die Zielgruppe entwickelt und bestehende Angebotslücken geschlossen werden (kein flächendeckender Befund).

---

[10] Dieser Befund entspricht auch den quantitativen Analyseergebnissen aus Baustein 5: Das Netzwerk ist dichter geworden (= die Akteure haben Kontakte hinzugewonnen).
[11] Diesen Befund belegt auch der Baustein 5 (vgl. Teilbericht 5 der wissenschaftlichen Begleitung).
[12] Vgl. hierzu auch die Kapitel 4.3 und 6.1 im Teilbericht 3 der wissenschaftlichen Begleitung.
[13] Die bedarfsorientierte Vorgehensweise wird auch in Baustein 3 aus der Perspektive der Koordinatorinnen beschrieben (vgl. Teilbericht 3 der wissenschaftlichen Begleitung).

Die im vorangegangenen Abschnitt zitierte Mitarbeiterin einer Schwangerschaftsberatungsstelle berichtet, der verbesserte Fachaustausch habe in ihrem Fall dazu geführt hat, dass sie ihr Gruppenangebot besser an die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen anpassen konnte, „*die Gespräche und dieser Austausch mit den anderen Professionen hat mir persönlich geholfen, dieses Angebot genau an den Bedarf anzupassen*“ (F_Int_06).

Über den Kontakt zu der Projektkoordinatorin haben sich im Fall der oben genannten Mitarbeiterin auch neue Kooperationen ergeben, die ihrer Ansicht nach auch zur Schließung von Angebotslücken beitragen konnten. So konnte ein Gruppenangebot für geflüchtete Frauen zugänglicher bedarfsgerechter gestaltet werden, indem es durch Kooperationen mit Kinderbetreuung kombiniert und in räumlicher Nähe zu einer Erstaufnahmeeinrichtung durchgeführt wurde. Darüber hinaus ist eine Kooperation mit einer anderen Schwangerschaftsberatungsstelle entstanden. Diese informiert schwangere, geflüchtete Frauen über das Gruppenangebot, im Gegenzug werden Frauen an diese Beratungsstelle weitervermittelt, wenn sie Gelder aus einem von dieser Stelle verwalteten Verhütungsmittelfonds in Anspruch nehmen wollen.

Das Fachdialognetz trägt zur Überwindung von Trägerkonkurrenzen bei. Dies ermöglicht einen effektiveren Einsatz lokaler fachlicher Ressourcen.

Den Kooperationspartner/innen zufolge entstehen durch die Arbeit des Fachdialognetzes auch Kooperationen zwischen ehemals konkurrierenden Angeboten. Dieser Effekt kann als eine Bündelung fachlicher Ressourcen durch Überwinden von Trägerkonkurrenzen interpretiert werden. Die hieraus resultierende Verbesserung der Versorgungsituation schwangerer, geflüchteter Frauen wäre dann ein Sekundär-Effekt der Arbeit des Fachdialognetzes. Im Datenmaterial findet sich eine Reihe von Hinweisen, die diese Lesart stützen.

So berichtet beispielsweise eine freiberuflich tätige Hebamme, dass es im Rahmen ihrer Arbeit sehr wichtig sei, mit unterschiedlichen Trägerorganisationen und Professionen zusammenzuarbeiten. An ihrem Standort in D-Stadt habe sie jedoch häufiger die Erfahrung machen müssen, dass Frauen nicht an Angebote weitervermittelt wurden aufgrund einer Konkurrenzsituation zwischen bestimmten Trägerorganisationen. Dagegen erlebt sie im Rahmen der Veranstaltungen des Fachdialognetzes erstmals auch fachlichen Austausch und Kooperation zwischen Fachkräften der betroffenen Einrichtungen. Dies trägt ihrer Einschätzung zufolge deutlich zur Verbesserung der Versorgungsituation schwangerer, geflüchteter Frauen bei.

Diese Einschätzung teilt auch eine Angestellte der öffentlichen Verwaltung in F-Stadt, die als Koordinatorin für die Belange geflüchteter Menschen arbeitet. Der Erfolg des Fachdialognetzes ist ihrer Ansicht nach darin begründet, dass die Angebote des Fachdialognetzes gezielt die fachliche Ebene adressieren, sodass Trägerzugehörigkeiten in den Hintergrund treten. Zudem sind die Angebote für alle Fachakteure gleichermaßen offen: „*Es können ja alle das Angebot nutzen und jeder gibt dann einen Input, weil er das in so einem Rahmen nicht als Konkurrenz sieht. Und das ist sehr clever, würde ich sagen*“ (F_Int_10).

Ein Effekt des Fachdialognetzes besteht darin, das Thema schwangere, geflüchtete Frauen öffentlich sichtbarer zu machen, was politischen Forderungen zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation mehr Gewicht verleiht.

Einige Kooperationspartner/innen sehen in der fachlich begründeten Formulierung von politischen Forderungen im Sinne einer Lobby-Arbeit für schwangere, geflüchtete Frauen eine wichtige Funktion des Fachdialognetzes, *„weil das ist ja auch die Stärke davon, dass man sich da vernetzt und Synergien entwickelt und dann auch durch diese Vernetzung stark ist, um nach außen aufzutreten“* (E_Int_08).

Die meisten Kooperationspartner/innen stimmen darin überein, dass das Thema schwangere, geflüchtete Frauen durch die Arbeit des Fachdialognetzes in der Öffentlichkeit präsenter geworden ist und hierdurch auch mehr politisches Gewicht erlangt hat. Dieser Effekt kann diesen

Kooperationspartner/innen zufolge zur Durchsetzung von Forderungen für die Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen beitragen.

Einschätzung der Ergebnisse aus der Perspektive der Evaluation

Durch das Modellprojekt konnte vielfältige Effekte erzielt werden, die mittelbar oder unmittelbar zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen beitragen. Hierzu gehört die qualitative und quantitative Verbesserung des fachlichen Austausches in bestehenden Netzwerken, ein effektiverer Einsatz fachlicher Ressourcen durch die Überwindung von Trägerkonkurrenzen und die Unterstützung politischer Lobbyarbeit für die Zielgruppe. All dies ist gemessen an den Projektzielen des Fachdialognetzes als ein Erfolg zu bewerten.

4.3 NACHHALTIGKEIT

In diesem Unterkapitel wird dargestellt, wie die Kooperationspartner/innen die Nachhaltigkeit der durch das Fachdialognetz geförderten Vernetzung und/oder Zusammenarbeit einschätzen und was sie sich in diesem Zusammenhang für die Zukunft nach Abschluss des Modellprojekts wünschen.

Die Projektlaufzeit war zu kurz, um an allen Standorten nachhaltige Strukturen bilden zu können. In wenigen Fällen gelang es, das Thema Schwangerschaft und Flucht längerfristig verankern zu können.

Die meisten Kooperationspartner/innen befürchten, dass die durch das Fachdialognetz erzielten positiven Effekte, wie die Intensivierung des Fachaustausches und die Einbindung schwer erreichbarer Fachakteure, nach dem Ende des Modellprojektes *„einfach wieder einschlafen“* (E_Int_8). Denn die Projektlaufzeit ist ihrer Einschätzung zufolge viel zu kurz, um nachhaltige Strukturen aufbauen zu können, *„also die Aufbauphase ist geschafft und jetzt, wo die Ernte ansteht, wird das Projekt geschossen“* (E_Int_23). Es wird geschätzt, dass das Projekt noch etwa zwei Jahre weitergeführt werden müsste, um dauerhaft strukturelle Veränderungen zu erzielen.

In wenigen Fällen berichten Kooperationspartner/innen davon, dass es an ihrem Standort gelungen ist, das Thema Schwangerschaft und Flucht längerfristig zu verankern. Hierzu gehört beispielsweise eine Mitarbeiterin der öffentlichen Verwaltung, die aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Fachdialognetz den Schwerpunkt ihrer eigenen Arbeit im kommenden Jahr auf die gesundheitliche Versorgungssituation geflüchteter Frauen legen wird. Das Thema Schwangerschaft und Flucht soll hierbei besondere Aufmerksamkeit erhalten. An einem anderen Standort berichtet eine Kooperationspartnerin, die als Lehrkraft in einer Ausbildungsstätte für Hebammen arbeitet, dass das Thema Schwangerschaft und Flucht dauerhaft im Ausbildungscurriculum verankert werden soll. Hierzu entwickelt sie gemeinsam mit anderen Lehrkräften und einer Projektkoordinatorin des Fachdialognetzes ein Modul zum Thema Interkulturalität im Kontext von Schwangerschaft und Geburt.

Für die Zukunft wünschen sich die Kooperationspartner/innen, dass das Modellprojekt zumindest in Teilaspekten weitergeführt wird. Hierbei sollen nach Ansicht der Kooperationspartner/innen neue Schwerpunkte gesetzt werden, wie beispielsweise eine Erweiterung der Zielgruppe und/oder des Fokus auch auf die nachgeburtliche Phase.

Fast alle Kooperationspartner/innen bedauern das Ende des Modellprojektes und wünschen sich, dass es zumindest in Teilaspekten weitergeführt wird. So sprechen sich einige dafür aus, dass die Webseite weitergepflegt werden sollte. Andere wollen sich weiter mit dem Thema Schwangerschaft und Flucht befassen. In diesem Zusammenhang plädiert eine Kooperationspartnerin, die als Hebamme tätig ist, dafür, den Fokus auch auf die nachgeburtliche Phase zu erweitern. Zudem sollte die Zielgruppe ihrer Ansicht nach erweitert werden, damit allen sozio-

strukturell benachteiligten Frauen eine bessere Versorgungssituation zuteilwird, „*ich finde den Fokus so eng zu legen, nur auf geflüchtete Schwangere, finde ich dann persönlich auch irgendwann nicht mehr angemessen … weiter zu machen und zu sagen, ja wir gucken grundsätzlich, dass es eine gute medizinische Versorgung in der Schwangerschaft und der Zeit danach gibt, fände ich eigentlich glücklicher auf Dauer“ (A_Int_21).*

Eine andere Kooperationspartner/in, die ebenfalls als Hebamme arbeitet, spricht sich dafür aus, die Perspektive der betroffenen Frauen in Zukunft stärker einzubeziehen, beispielsweise durch Befragungen, „*das wäre auch mal spannend, zu gucken, ob denn ihre Bedarfe dann auch tatsächlich gedeckt wurden im Nachhinein. Oder ob sie sagen, eigentlich hätte ich ganz was anderes gebraucht“ (E_Int_21)*.

Einschätzung der Ergebnisse aus der Perspektive der Evaluation

Die Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit kann im Hinblick auf unterschiedliche Dimensionen betrachtet werden (Behn et al. 2013, 123). Strukturelle Nachhaltigkeit besteht dann, wenn z.B. Arbeitsstrukturen, die im Rahmen des Modellprojekts entwickelt worden sind, auch nach Ende der Projektfinanzierung bestehen bleiben. Die Dimension Relevanzerhalt bezieht sich auf Inhalte bzw. Themen, die in andere Kontexte übernommen werden, also beispielsweise innerhalb von Organisationen weiterbearbeitet werden. Die Interviewdaten verweisen darauf, dass beide Aspekte punktuell zwar durch die Umsetzung des Modellprojektes erreicht werden konnten, zugleich wurde aber auch deutlich, weiterhin vielfältiger Handlungsbedarf besteht, an den in künftigen Projekten angeknüpft werden kann.

4.4 BEDARFE SCHWANGERER, GEFLÜCHTETER FRAUEN

Wie in der Einleitung bereits angekündigt wurde, soll in diesem Unterkapitel das in den Teilberichten 1 und 3 der wissenschaftlichen Begleitung zusammengetragene Wissen über Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen durch die Praxiserfahrungen ausgewählter Kooperationspartner/innen ergänzt und präzisiert werden. Das Ziel ist es, eine multiperspektivisch fundierte Wissensgrundlage bereitzustellen, auf die zukünftige (Vernetzungs-)Projekte zum Thema Schwangerschaft und Flucht zurückgreifen können, um passgenaue Angebote, Konzepte und Maßnahmen für die Zielgruppe entwickeln zu können. Im folgenden Abschnitt sollen zunächst die verschiedenen Perspektiven mit ihren dazugehörigen Wissensquellen näher erläutert werden, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes berücksichtigt werden konnten, um die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen zu erheben.[14]

Im Baustein 1 der wissenschaftlichen Begleitung werden aktuelles wissenschaftliches Wissen und insbesondere auch Forschungslücken zum Thema Schwangerschaft und Flucht systematisch aufgearbeitet.[15] Die Frage der Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen wird darin aus der Perspektive wissenschaftlicher Forschung betrachtet.

Im Baustein 3 der wissenschaftlichen Begleitung werden Wissensbestände über die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen aus der Perspektive der lokalen Projektkoordinatorinnen des Fachdialognetzes dargestellt. Ihr Wissen basiert auf Bestandsaufnahmen, die diese zu Beginn ihrer Arbeit an den acht Projektstandorten als Ausgangsbasis für ihre Fachinformations- und Vernetzungstätigkeit durchgeführt hatten, auf eigenen Recherchen zum Thema Schwangerschaft und Flucht sowie auf Fachinformationen, die im Rahmen eigener oder fremder Fachveranstaltungen aufgenommen wurden.

[14] Aufgrund des konzeptionellen Zuschnitts des Modellprojektes, das sich gezielt an Fachkräfte im Bereich Schwangerschaft und Flucht richtet, konnte die Perspektive betroffener Frauen nicht berücksichtigt werden. Diese Lücke müsste im Rahmen eines anderen Projektes geschlossen werden.

[15] Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, wurde der Baustein 1 bereits veröffentlicht. Die Literaturangaben hierzu finden sich im Quellenverzeichnis unter dem Stichwort „Expertisen“.

Im vorliegenden Baustein 4 der wissenschaftlichen Begleitung wird Erfahrungswissen zu Bedarfen schwangerer, geflüchteter Frauen aus der Perspektive ausgewählter Kooperationspartner/innen des Fachdialognetzes dargestellt. Das Wissen der Kooperationspartner/innen um die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen resultiert aus der direkten Arbeit mit betroffenen Frauen.

Auf der Inhaltsebene bestätigen und ergänzen sich die Informationen und qualitativen Daten zu den Bedarfen schwangerer, geflüchteter Frauen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung aus verschieden Perspektiven zusammengetragen wurden. Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Problembereiche, die bereits in den Bausteinen 1 und 3 thematisiert und zum Teil auch wieder in der vorliegenden Untersuchung von den Kooperationspartner/innen benannt wurden, zusammenfassend in einer perspektivenübergreifenden, generalisierenden Form dargestellt. Im Anschluss daran folgen ergänzende Aspekte, die ausschließlich im Rahmen des Bausteins 4 erhoben wurden, aus der Perspektive der befragten Kooperationspartner/innen.

Zentrale Problembereiche sind jeweils in Fettdruck vorangestellt und werden nachfolgend näher erläutert.

Ein diskriminierungsfreier Zugang zur Regelversorgung ist häufig nicht gegeben.

Nicht immer verfügen schwangere, geflüchtete Frauen über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz oder dieser ist sehr umständlich geregelt, sodass de facto viele Regelleistungen nicht in Anspruch genommen werden können. Problematisch ist auch, dass sich Frauen teilweise erst sehr spät in Einrichtungen der Regelversorgung melden, weil sie Angst vor einer Abschiebung haben. Häufig verfügen diese Frauen nicht über gültige Aufenthaltspapiere.

Eine weitere Barriere besteht für schwangere, geflüchtete Frauen darin, dass die Angebote der Regelversorgung in vielen Bereichen bereits überlastet sind. Hieraus ergibt sich das folgende Dilemma: Einerseits ist es ein zentrales Ziel der Sozialleistungsträger, dass die Frauen die Regelversorgung nutzen und keine Parallelstrukturen durch Extraangebote geschaffen werden. Andererseits braucht es aber niedrigschwellige, speziell auf die Zielgruppe zugeschnittene Angebote, damit die Frauen überhaupt in der Regelversorgung ankommen. Auch im Bereich Frühe Hilfen werden schwangere, geflüchtete Frauen durch die üblichen Komm-Strukturen kaum erreicht.[16] Es fehlt an speziellen Angeboten, da sprachlich bedingte Verständigungsschwierigkeiten und zu wenig Orientierungswissen darüber bestehen, welche Unterstützungsangebote es gibt und wie das Gesundheitssystem funktioniert. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass sich die an einigen Standorten ohnehin schon schwierige Versorgungssituation dadurch verschärft, dass Projekte im Bereich Flucht, die den Zugang in die Regelversorgung erleichtern, stark gekürzt werden.

Die Begleitung durch Hebammen ist aus Sprach- und Abrechnungsgründen erschwert.

In vielen Regionen gibt es aufgrund von Sprach- und Abrechnungsproblemen nicht genügend Hebammen für schwangere, geflüchtete Frauen oder die Zusammenarbeit ist aus diesen Gründen erschwert. Beispielsweise besteht für freiberuflich arbeitende Hebammen das Problem, dass diese von den Krankenkassen keine Dolmetscherleistungen im Rahmen ihrer Hebammentätigkeit finanziert bekommen. Die wenigen mehrsprachigen Hebammen sind aus diesem Grund stark nachgefragt und müssen deshalb zum Teil auch längere Anfahrtswege auf sich nehmen. Die höheren Wegekosten werden ihnen von den Krankenkassen jedoch nicht ohne Weiteres zurückerstattet.

Der Zugang zu ärztlicher Versorgung ist regional sehr unterschiedlich.

[16] Vgl. hierzu verschiedene Studien, die auf der Webseite des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) veröffentlicht wurden: https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/erreichbarkeit-und-effektivitaet-der-angebote-in-den-fruehen-hilfen/?count=5.

Die medizinische Versorgung schwangerer, geflüchteter Frauen ist regional sehr unterschiedlich. Es gibt Städte, in denen die Versorgungssituation als gut eingeschätzt wird. In anderen Städten und Regionen kann es hingegen vorkommen, dass Frauen Schwierigkeiten haben, überhaupt einen Termin in einer Frauenarztpraxis zu erhalten. Ebenso wird die Versorgung mit Kinderärzt/innen als regional sehr unterschiedlich eingeschätzt. So kann es vorkommen, dass in einem Stadtteil oder Landkreis genügend Frauenärzt/innen, aber keine Kinderärzt/innen zur Verfügung stehen, während sich die Situation in einem anderen Stadtteil oder Landkreis genau andersherum darstellt: Hier gibt es ausreichend Kinderärzt/innen, aber zu wenig Frauenärzt/innen, die die Versorgung übernehmen können.

Die oben geschilderte Problematik betrifft zwar prinzipiell alle Frauen. Sie stellt sich jedoch für schwangere, geflüchtete Frauen als besonders gravierend dar, da diese in der Regel über weniger Ressourcen und Bewegungsmöglichkeiten verfügen als einheimische Frauen. Gleiches gilt auch für den erschwerten Zugang zu Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Frauen, die in diesem Bundesland wohnen und einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, müssen häufig in ein benachbartes Bundesland reisen, um den Abbruch durchführen zu lassen. Dies kann im Fall von geflüchteten Frauen mit komplexen aufenthaltsrechtlichen und abrechnungstechnischen Problemen einhergehen.

Ein weiteres Problem sind Unterbrechungen und Versorgungslücken in der medizinischen Betreuung schwangerer, geflüchteter Frauen aufgrund von Zwangsumzügen. Neben der fehlenden Kontinuität in Bezug auf das Arzt- bzw. Ärztin-Patientin-Verhältnis kann es in einigen Regionen zudem vorkommen, dass die betroffenen Frauen nach dem Umzug Schwierigkeiten haben, eine neue Frauenarztpraxis zu finden, die die medizinische Betreuung fortführt. Des Weiteren kann es auch durch einen Umzug in eine eigene Wohnung zu Versorgungsproblemen schwangerer, geflüchteter Frauen kommen, denn ihre Wohnungen und Unterkünfte sind häufig am Standrand gelegen bzw. verfügen über keine gute Infrastruktur. Für Frauen mit mehreren kleinen Kindern ist es häufig schwer, Angebote in der Innenstadt in Anspruch zu nehmen.

Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist nicht immer gegeben.

Insbesondere junge Frauen und Mädchen sind häufig nur unzureichend über das Thema Schwangerschaftsverhütung informiert. Die Möglichkeiten für geflüchtete Frauen, Verhütungsmittel kostenfrei zu erhalten, sind regional sehr unterschiedlich verteilt. Dort, wo Frauen Zugang zu Verhütungsmitteln haben, nehmen sie diese auch in Anspruch.

Die Finanzierung von Sprachmittlung ist oft unzureichend geregelt und reicht kaum aus.

Notwendige Sprachmittlung bzw. Dolmetschen während der medizinischen Behandlung, Aufklärung und Information sind häufig nicht gegeben, sodass unklar bleibt, ob die Frauen wichtige Informationen und Zusammenhänge verstanden haben. Zum Teil benötigen die Frauen auch Begleitung von den Unterkünften zu sozialen und medizinischen Einrichtungen sowie Behörden und Sozialdiensten. Obwohl einige Einrichtungen mittlerweile Sprachmittlung organisieren, ist die Finanzierung oft unzureichend geregelt und reicht kaum aus.

Die Unterbringung schwangerer, geflüchteter Frauen ist im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte häufig unzureichend.

Es besteht ein Bedarf an Erstunterkünften, die extra für Frauen bereitgestellt werden, insbesondere für Schwangere und alleinerziehende Mütter mit kleinen Kindern. Eine Unterbringung in herkömmlichen Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften ist für schwangere, geflüchtete Frauen und Mütter mit Neugeborenen häufig sehr belastend und für die Betroffenen zum Teil auch gesundheitsgefährdend. Ein häufig beschriebenes Defizit sind unzureichende hygienische Bedingungen für diese vulnerable Zielgruppe. So müssen sich schwangere Frauen und Mütter mit Neugeborenen an manchen Orten mit einer großen Anzahl fremder Menschen, von denen viele die verschiedensten Erkrankungen aufweisen, sanitäre Anlagen, Essensausgabe-

stellen und Aufenthaltsräume teilen. Aufgrund von Einrichtungsregularien und Vorschriften sowie den räumlichen Gegebenheiten können die Frauen in der Regel keinen Wasserkocher auf das Zimmer nehmen, sich und den Kindern nichts zum Essen zubereiten und häufig auch die Raumtemperatur nicht regulieren. Es wird von Fällen berichtet, in denen sich bei defekter Lüftungsanlage nicht einmal die Fenster öffnen lassen. Auch haben nicht alle Räume Wände, die bis zur Decke hochgehen. Dadurch können sich im Winter rasch Atemwegsinfekte verbreiten.

Auch der Transport zum Krankenhaus und der Rücktransport entbundener Frauen mit ihren Neugeborenen von der Geburtsklinik in die Gemeinschaftsunterkunft sind gar nicht oder nur sehr umständlich geregelt. So kommt es vor, dass eine Taxifahrt zur Geburtsklinik vor der Entbindung bei der Krankenkasse beantragt werden muss. Auch ist nach einer Entbindung für die Klinikmitarbeiter/innen nicht immer klar, wohin die Frau entlassen werden muss, weil z.B. auf bestimmten Papieren einfach nur die Adresse vom Amt für soziale Dienste steht, aber nicht von der Unterkunft; oft ist ebenfalls nicht geklärt, wer die Frau abholt. Die Taxis nehmen auch nicht immer die Babys mit, weil sie keinen Kindersitz haben. Ein weiteres Problem betrifft unklare Regelungen in Bezug auf die Kinderbetreuung, wenn eine allein erziehende Mutter ein weiteres Kind bekommt.

Ein Grund für die oft unzureichenden Bedingungen im Hinblick auf die Wahrung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in den Unterkünften wird darin gesehen, dass die Angestellten in der Regel selbst unter prekären Verhältnissen arbeiten. So sind die Arbeitsverträge häufig nur befristet. Nicht selten werden anstelle von ausgebildeten Sozialpädagog/innen sogenannte Sozialbetreuer/innen eingestellt, dabei liegt der Betreuungs-schlüssel in den Unterkünften oft viel zu hoch. Nicht selten muss eine sozialpädagogische Fachkraft 50 oder mehr Geflüchtete betreuen.

Ressourcen und Beispiele für gute Praxis

Trotz der geschilderten Schwierigkeiten kann die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften auch eine Ressource für schwangere, geflüchtete Frauen sein, weil sie dort relativ gut mithilfe zugehender Angebote und die vorhandenen Versorgungsstrukturen erreicht werden. Mit dem Umzug in eine eigene Wohnung bricht diese gute Erreichbarkeit meistens weg.

Insbesondere in speziellen Einrichtungen nur für Frauen und Mütter mit kleinen Kindern wird auch gut auf die Bedarfe der Frauen eingegangen. So haben einige Unterkünfte Sprachmittler/innen eingestellt. Es gibt zum Teil angeleitete Frauengruppen, die sich regelmäßig treffen. Dort werden auch Infoveranstaltungen und Frauencafés z.B. zum Thema Verhütung angeboten.

In Regionen, in denen die elektronische Gesundheitskarte eingeführt wurde (z.B. Hamburg, Bremen, Mainz) wird über eine qualitative Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen berichtet.

Es folgen ergänzende Aspekte aus der Perspektive der Kooperationspartner/innen:

Der Bedarf an niedrigschwelliger, alltagspraktischer Unterstützung ist hoch.

Den Kooperationspartner/innen zufolge sind die Problemlagen und damit auch die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen oft viel komplexer als bei Nichtgeflüchteten, *„es gibt unwahrscheinlich viele praktische Probleme. Und wenn man dann noch schwanger ist und vielleicht sogar noch alleinerziehend oder alleine ist und noch ein kleines Kind hat, das sind unüberwindliche Schwierigkeiten“* (G_Int_19).

Den Erfahrungen der Kooperationspartner/innen zufolge gibt es kaum Angebote, die der Komplexität im Kontext von Schwangerschaft und Flucht in ausreichender Weise gerecht werden. Benötigt werde eine niedrigschwellige, alltagspraktische Unterstützung, und zwar sowohl für

die Regelung sämtlicher existenzieller Angelegenheiten (Aufenthaltsstatus, Grundsicherung, Wohnraum, u.a.) als auch für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen (z.B. Schwangerenvorsorge). Bei alleinerziehenden Müttern mit Kindern im schulpflichtigen Alter sei zudem Unterstützung und Begleitung bei der Suche nach und der Kommunikation mit Bildungseinrichtungen wichtig.

Viele Frauen sind von sozialer Isolation bedroht. Es besteht Bedarf an der Förderung sozialer Unterstützung sowie muttersprachlicher Aufklärung und Information.

Einige Kooperationspartner/innen haben die Erfahrung gemacht, dass schwangere, geflüchtete Frauen häufig von sozialer Isolation bedroht sind. Ihnen zufolge werden mehrsprachige soziale Angebote benötigt, wie Frauen-Cafés, Gesprächskreise, Mutter-Kind-Gruppen, um den Frauen damit Gelegenheiten für Austausch und gegenseitige soziale Unterstützung zu eröffnen. Zudem könnten solche Angebote auch für Informationsveranstaltungen rund um das Thema Geburt genutzt werden: *„also wie laufen Geburten ab? Welche Eingriffe gibt es? Damit sie nicht so passiv sein müssen oder so opferartig, wenn sie dann in so einer Institution sind."* (E_Int_20).

Einige Kooperationspartner/innen betonen, dass die betroffenen Frauen in die Konzeption passender Angebote für sie einbezogen werden sollten, *„und das allerwichtigste dabei ist, die Frauen zu fragen, was sie sich wünschen. Dies sollte systematisch gemacht werden, die Frauen müssen systematisch befragt werden und nicht immer nur Expertinnen, die über die Frauen sprechen" (E_Int_20)*.

Schwangere, geflüchtete Frauen brauchen Aufenthaltssicherheit, damit die elementaren Bedürfnisse für sie und ihr Kind gesichert sind.

Was alle geflüchteten Frauen dringend benötigen, ist die Klärung ihres Asylstatus darüber hinaus auch finanzielle Hilfen und eine eigene Wohnung, *„also eigentlich Grundbedürfnisse, also die Sicherung des Bleiberechts, die Sicherung der Wohnung, das sind so, finde ich, die Fragen, die hier eigentlich immer kommen, also die jede Frau hat, die schwanger ist und geflüchtet."* (F_Int_06).

Schwangere, geflüchtete Frauen ohne Aufenthaltspapiere brauchen Zugang zu Regelangeboten der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe sowie die Möglichkeit, eine Geburtsurkunde für ihr Neugeborenes zu erhalten, ohne das Risiko einer drohenden Abschiebung eingehen zu müssen. Eine Kooperationspartnerin aus der öffentlichen Verwaltung erklärt, wie schwierig die Situation für geflüchtete, schwangere Frauen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ist, *„das ist nämlich ein riesen Problem, dass die Babys nämlich nicht angemeldet werden, wenn der Status der Eltern nicht klar ist" (G_Int_24).* Werden die Kinder nicht gemeldet, hat dies laut der Verwaltungsmitarbeiterin zur Folge, dass die Eltern und Kinder keine Leistungen (z.B. Gesundheitsleistungen) beziehen können.

5 EMPFEHLUNGEN AUF DER GRUNDLAGE DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die empirischen Befunde der Evaluation zusammenfassend im Hinblick auf die Frage betrachtet, welche Empfehlungen sich hieraus für zukünftige Vernetzungsprojekte zum Thema Schwangerschaft und Flucht ableiten lassen. Die zentralen Aussagen sind jeweils fettgedruckt vorangestellt und werden nachfolgend genauer erläutert.

Fachvernetzung stärker für die Lösung konkreter Probleme nutzen

Durch die Umsetzung des Modellprojektes wurden Effekte erzielt, die zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen beitragen können. So konnten zumindest punktuell passgenauere Angebote für die Zielgruppe entwickelt und bestehende Angebotslücken geschlossen werden. Des Weiteren trug das Fachdialognetz zur Überwindung bestehender Trägerkonkurrenzen bei. Dies ermöglichte einen effektiveren Einsatz lokaler fachlicher Ressourcen. Zudem wurde das Thema schwangere, geflüchtete Frauen durch die Arbeit des Fachdialognetzes öffentlich sichtbarer, was politischen Forderungen zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation mehr Gewicht verleiht.

Die genannten Effekte stellen erste Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen dar. Künftige Projekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht können hieran anknüpfen bzw. hierauf aufbauen. So sollte künftige Fachvernetzung noch stärker darauf ausgerichtet werden, gemeinsam konkrete Probleme zu lösen beispielsweise könnten Dienstleistungsketten in Bezug auf bestimmte Fallkonstellationen entwickelt werden. Zudem sollte zur Verbesserung bestehender Angebote systematisch auch die Perspektive schwangerer, geflüchteten Frauen erhoben und im Rahmen von Vernetzungsangeboten berücksichtigt werden.

Das Thema Schwangerschaft und Flucht in der (Fach-)Öffentlichkeit langfristig präsenter machen: die Webseite pflegen und weiterentwickeln

Wie die Evaluation des Modellprojektes gezeigt hat, erfüllt die Webseite des Modellprojektes „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ für die Kooperationspartner/innen verschiedene Funktionen, die aus der Perspektive der Evaluation gleichermaßen sinnvoll sind: Zum einen unterstützt die Webseite Fachakteure dabei, sich inhaltlich in das Thema Schwangerschaft und Flucht einzuarbeiten, sich mit lokalen sowie bundesweiten Fachakturen zu vernetzten und eigene Angebote in der Fachöffentlichkeit bekannter zu machen. Zum anderen dient sie dazu, das Thema Schwangerschaft und Flucht in der (Fach-)Öffentlichkeit präsenter zu machen. Insbesondere letzteres ist dringend notwendig. Dies wird u.a. daran deutlich, dass die Arbeit mit schwangeren, geflüchteten Frauen und geflüchteten Familien häufig unter äußert prekären Bedingungen stattfindet. Dies belegen verschiedene Forschungsarbeiten zum Thema Schwangerschaft und Flucht sowie die Ergebnisse zweier Expertenworkshops die das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in Kooperation mit dem Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) durchgeführt hat (vgl. Paulus/Kühner 2018, 14).

Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, die durch das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ aufgebaute Webseite zu pflegen und weiterzuentwickeln. Bei einer Weiterführung sollte die Webseite durch Berücksichtigung der Rückmeldungen der Nutzer/innen optimiert werden. So könnte beispielsweise der Name der Seite (Fachdialognetz.de) durch einen eingängigeren Begriff ersetzt werden. Auch könnten die Filterfunktionen verfeinert und die Kontaktdaten um Angaben zu fremdsprachigen Mitarbeiter/innen erweitert werden. Darüber hinaus könnte die Webseite um Rubriken erweitert werden, die schwangere, geflüchtete Frauen auch direkt adressieren und informieren. Bei der Entwicklung entsprechender Inhalte sollte die Zielgruppe einbezogen werden, um sicherzustellen, dass diese den Bedarfen der betroffenen Frauen entsprechen. Darüber hinaus ist zu empfehlen, die Nutzung der Web-

seite laufend zu evaluieren, um ihre Nutzerfreundlichkeit und Relevanz auch langfristig zu gewährleisten. Hierzu könnten in regelmäßigen Abständen online-Feedbackbefragungen über die Webseite durchgeführt werden.

Fachvernetzung im Bereich Schwangerschaft und Flucht verstetigen und ausbauen

Durch das Modellprojekt konnte eine qualitative und quantitative Verbesserung des fachlichen Austausches in bestehenden Netzwerken erreicht werden. Erzielte Effekte waren insbesondere die Zunahme von Kontakten, die Vergrößerung der eigenen beruflichen Netzwerke und die Intensivierung des fachlichen Austausches mit einigen Fachakteuren. Zudem konnten auch solche Fachakteure für die Beteiligung am Fachdialognetz interessiert werden, die bisher für andere nur schwer zu erreichen waren. Erzielt wurden diese Effekte insbesondere durch bedarfsorientierte, zum Teil auch gemeinsam mit lokalen Fachakteuren umgesetzte Veranstaltungen. Insbesondere hybride Angebotsformen mit einer Mischung aus fachlichem Input und viel Zeit für Austausch/Vernetzung erwiesen sich aus der Perspektive der Evaluation als ein Erfolgsmodell, um multidisziplinäre Fachakteure zu erreichen. Diese Befunde lassen insgesamt darauf schließen, dass gute Voraussetzungen für eine längerfristige Etablierung der Angebote des Fachdialognetzes geschaffen wurden. Die erprobte gute Praxis des Modellprojektes sollte deshalb verstetigt und ausgebaut werden. So wäre zu empfehlen, das Modellprojekt an den acht Standorten zu verstetigen und/oder die guten Erfahrungen aus dem Modellprojekt auf andere Standorte zu übertragen.

Die Zusammenarbeit mit den trägerübergreifenden Fachkreisen von der operativen Ebene auf die Strukturebene ausweiten

Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zeigen, dass der enge Fokus auf die Zielgruppe der schwangeren, geflüchteten Frauen die Gefahr der Herausbildung von Doppel- und Mehrfachstrukturen in sich birgt. Zwar gelang es den lokalen Projektkoordinatorinnen gut, ihre Angebote in die bestehenden Strukturen anzupassen, jedoch sollte insbesondere im Hinblick auf eine mögliche Verstetigung und Ausweitung des Projektes noch einmal grundsätzlich überlegt werden, wie in diesem Bereich Doppelstrukturen vermieden und Synergien gefördert werden können. Eine Möglichkeit besteht darin, entweder die Zielgruppe zu erweitern beispielsweise auf geflüchtete Frauen mit Kindern oder auf migrantische schwangere Frauen mit geringer Ressourcenausstattung, sodass in einem zukünftigen Projekt entweder die Versorgungssituation geflüchteter Frauen im Fokus steht oder die von vulnerablen schwangeren Frauen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwiefern eine engere und systematischere Zusammenarbeit mit trägerübergreifenden Fachkreisen, wie beispielsweise den Netzwerken Frühe Hilfen auch auf einer strategisch-konzeptionellen Ebene möglich ist, um Doppelstrukturen zu vermeiden und Synergien zu fördern.

QUELLENVERZEICHNIS

Behn, Sabine/Bohn, Irina/Karliczek, Kari-Maria/Lüter, Albrecht/Sträter, Till (2013): Lokale Aktionspläne für Demokratie. Zivilgesellschaft und Kommune in der Auseinandersetzung mit Rechtsextremismus. Weinheim/Basel

Büttner, Mareike; Voigt, Jana (2015): Theoretische Grundlagen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit. https://www.stiftung-toleranz.de/wp-content/uploads/2016/08/Flick-Stiftung-Netzwerke-end.pdf (18.03.2019)

Flick, Uwe (2006a): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg

Flick, Uwe (2006b): Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik – Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe (Hgg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden

Kelle, Udo; Kluge, Susann (1999) Vom Einzelfall zum Typus. Opladen

Kiefhaber, Eva; Spraul Katharina (2016): Erfolgsfaktoren von Nachhaltigkeitsnetzwerken: Eine Sondierungsstudie für zukünftige Netzwerkforschung – Zusammenfassung der Ergebnisse für Studienteilnehmer. pdf-Dokument online verfügbar unter: https://kurzelinks.de/yw2d (21.06.2019)

Reis, Claus (2013): Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zugänge. Vortragsmanuskript anlässlich der DGCC-Tagung in Münster: Vernetzt versorgen. Case Management in und mit Netzwerken. https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/intern_2013_Reis.pdf (18.03.2019)

Reinders, Heinz (2005) Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. München

Paulus, Mareike; Kühner, Angela (2018): Frühe Hilfen für geflüchtete Familien. Impulse für Fachkräfte. (Hrg.) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Fruehe-Hilfen-fuer-gefluechtete-Familien-Impulse-fuer-Fachkraefte.pdf (21.06.2019)

Patton, Michael Quinn (2002). Qualitative Research and Evaluation Methods. Integrating Theory and Practice. Thousand Oaks, USA

Petrucci, Marco; Wirtz, Markus (2007): https://quasus.ph-freiburg.de/sampling-und-stichprobe/ (29.04.2019)

Expertisen im Auftrag des pro familia Bundesverbandes

(Veröffentlichung der Bausteine 1 und 2 der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts "Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen")

Khan-Zvorničanin, Meggi (2018): Forschung zu Schwangerschaft und Flucht. Aktuelle Befunde und Forschungslücken. (Hrg.) pro familia Bundesverband: Frankfurt am Main. https://www.fachdialognetz.de/index.php?id=179#c423 (21.06. 2019)

Schwenzer, Victoria (2018): Medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen. Eine Bestandsaufnahme. (Hrg.) pro familia Bundesverband: Frankfurt am Main. https://www.fachdialognetz.de/index.php?id=179#c423 (21.06. 2019)

Teil

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

TEILBERICHT BAUSTEIN 5
DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

ERGEBNISSE DER NETZWERKANALYSE

MODELLPROJEKT „FACHDIALOGNETZ FÜR SCHWANGERE, GEFLÜCHTETE FRAUEN“

VICTORIA SCHWENZER

BERLIN 2019

CAMINO

Erstellt im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ des Bundesverbands pro familia e.V.

Der Teilbericht wurde unter Mitarbeit von Carlotta Peters erstellt.

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

EXECUTIVE SUMMARY 5

1 EINLEITUNG 7

2 METHODISCHES VORGEHEN 8
2.1 Bestimmung des Netzwerks 8
2.2 Fragestellungen 9

3 BESCHREIBUNG DES SAMPLE 11

4 NUTZUNG DER ANGEBOTE DES MODELLPROJEKTS 13
4.1 Webseite/Datenbank 13
4.2 Veranstaltungen 15
4.3 Zwischenfazit 16

5 ERGEBNISSE DER NETZWERKANALYSE 17
5.1 Schließung struktureller Lücken 17
5.2 Zugewinn und Effekte 20
5.3 Mehrwert und Leistungen des Modellprojekts 29
5.4 Diversität der Netzwerke 30
5.5 Zentralität der Fachinformations- und Vernetzungsstellen und Nachhaltigkeit 30

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN 33

QUELLENVERZEICHNIS 36

ANHANG 37
Kontaktnetzwerke 37
Kontaktnetzwerk an Standort A in der Ausgangssituation 37
Kontaktnetzwerk an Standort A inklusive der Veränderungen durch das Projekt 37
Kontaktnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation 38
Kontaktnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt 38
Kontaktnetzwerk an Standort C in der Ausgangssituation 39
Kontaktnetzwerk an Standort C inklusive der Veränderungen durch das Projekt 39
Kontaktnetzwerk an Standort D in der Ausgangssituation 40
Kontaktnetzwerk an Standort D inklusive der Veränderungen durch das Projekt 40
Austauschnetzwerke 41
Austauschnetzwerk an Standort A in der Ausgangssituation 42
Austauschnetzwerk an Standort A inklusive der Veränderungen durch das Projekt 42
Austauschnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation 43
Austauschnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt 43
Austauschnetzwerk an Standort C in der Ausgangssituation 44
Austauschnetzwerk an Standort C inklusive der Veränderungen durch das Projekt 44
Austauschnetzwerk an Standort D in der Ausgangssituation 45
Austauschnetzwerk an Standort D inklusive der Veränderungen durch das Projekt 45

Aktivitätsnetzwerke **46**
Aktivitätsnetzwerk an Standort A in der Ausgangssituation 46
Aktivitätsnetzwerk an Standort A inklusive der Veränderungen durch das Projekt 46
Aktivitätsnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation 47
Aktivitätsnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt 47
Aktivitätsnetzwerk an Standort C in der Ausgangssituation 48
Aktivitätsnetzwerk an Standort C inklusive der Veränderungen durch das Projekt 48
Aktivitätsnetzwerk an Standort D in der Ausgangssituation 49
Aktivitätsnetzwerk an Standort D inklusive der Veränderungen durch das Projekt 49
Fragebogen **50**

EXECUTIVE SUMMARY

Zielstellung des Teilberichts

Das übergeordnete Ziel der Netzwerkanalyse im Rahmen von Baustein 5 ist es, die Netzwerkstrukturen der Fachinformations- und Vernetzungsstellen in ihrer Beschaffenheit hinsichtlich ausgewählter Beziehungskategorien abzubilden und zu bewerten. Dabei zielt die Analyse vor allem darauf ab, Veränderungen, die aus Sicht der befragten Netzwerkpartner/innen durch das Modellprojekt entstanden sind, aufzuzeigen. Darüber hinaus geht es darum, Schlussfolgerungen hinsichtlich idealtypischer Netzwerkstrukturen im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu ziehen.

Nutzung der Angebote durch die befragten Akteure

Die vorliegende Befragung der Netzwerkpartner/innen hat gezeigt, dass die Angebote des Modellprojekts (Webseite/Datenbank und Veranstaltungen) von der Mehrzahl der befragten Akteure genutzt werden. Eine besonders hohe Nutzung der Angebote zeigt dabei der psychosoziale Bereich. Insbesondere die Kategorie „Angebote“ in der webbasierten Datenbank, bei der Kontaktdaten und Angebotsbeschreibungen eingestellt sind, wird von vielen Organisationen verwendet.

Entstandene Zugewinne durch das Modellprojekt

Die Netzwerke wurden anhand von drei zentralen Beziehungsdimensionen analysiert: Kontakte zwischen den Netzwerkpartner/innen, fachlicher Austausch und gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen. Anhand der Netzwerkanalyse konnte aufgezeigt werden, dass es in den untersuchten Netzwerken durch das Modellprojekt zu einem Zugewinn an Kontakten, an fachlichem Austausch und an Aktivitäten gekommen ist. Bei den Austauschnetzwerken kam es dabei durchschnittlich zu den höchsten Zugewinnen. Es ist plausibel anzunehmen, dass sich eine Schwerpunktsetzung auf Dialogveranstaltungen und eine Schwerpunktsetzung auf Fachveranstaltungen mit viel Raum für fachlichen Austausch als gute Praxis bewährt und zu entsprechend hohen Zugewinnen geführt haben.

Neue Verbindungen zwischen den Netzwerkpartner/innen

Grundsätzlich basiert der Zugewinn an Dichte in den Netzwerken nicht nur auf den neu entstandenen Kontakten, dem Fachaustausch oder den Aktivitäten, an denen die Fachinformationsstellen direkt beteiligt sind, sondern an drei der untersuchten Standorte auch auf neu entstandenen Verbindungen zwischen den Netzwerkpartner/innen. Damit lässt sich der doppelte Mehrwert des Projekts beschreiben.

Potentiale für Nachhaltigkeit

Die Zentralität der Fachinformations- und Vernetzungsstellen verweist auf die wichtige Rolle, die diese im Netzwerk innehaben. Hinweise auf eine mögliche Nachhaltigkeit des Projekts ergeben sich daraus, dass auch andere Netzwerkpartner/innen durch das Modellprojekt ihre Zen-tralität steigern konnten. Damit ist zumindest die Basis dafür geschaffen, die thematische Schnittstelle Schwangerschaft und Flucht auch nach Projektabschluss weiter zu bearbeiten.

Hinweise auf Charakteristika leistungsfähiger Netzwerke

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse sowie weiteren Erkenntnissen aus der Netzwerkforschung können wir schlussfolgern, dass es sich bei den untersuchten Kontakt- und Austauschnetzwerken hinsichtlich ihrer Dichte mehrheitlich um Netzwerke handelt, die potenziell in der Lage sind, die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen zu verbessern. Leistungsfähige Netzwerke im Bereich Schwangerschaft und Flucht sollten eine gewisse Dichte aufweisen und die unterschiedlichen relevanten Arbeitsbereiche, also auch den medizinisch-geburtshilflichen Bereich, in das Netzwerk einbeziehen. Die Zentralität von Netzwerkpartner/innen, die in der Lage sind, zu diversen Netzwerkpartner/innen dichte Beziehungen zu pflegen und damit die Relevanz des Themas zu erhalten, können förderlich für die Leistungsfähigkeit des Netzwerks sein.

Schließung struktureller Lücken durch den Vernetzungsansatz

Aus netzwerkanalytischer Perspektive lässt sich schließen, dass das Modellprojekt mit seinem Ansatz der Vernetzung von Fachkräften im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht eine strukturelle Lücke schließt. Insbesondere im Hinblick auf einen Zugewinn an Fachaustausch konnte das Modellprojekt gute Ergebnisse erzielen, während das Potenzial an Verbindungen über gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation noch nicht ausgeschöpft erscheint.

1 EINLEITUNG

Das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ des pro familia Bundesverbandes hat sich zum Ziel gesetzt, durch Fachvernetzung, Fachaustausch und die Förderung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachakteure die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen an acht Modellstandorten zu verbessern.

Das Modellprojekt wurde durch Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung evaluiert. Die Evaluation wurde als prozessbegleitende formative Evaluation geplant, die sich an den Bedarfen und Wünschen der Projektbeteiligten orientiert. Diese partizipativ ausgerichtete Evaluation diente der Unterstützung und Beratung der Projektleitung im Sinne der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Projekts im Laufe des Umsetzungsprozesses. Weiterhin zielte die Evaluation des Modellprojekts darauf ab, erfolgreiche Vernetzungsansätze im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu identifizieren und darauf aufbauend Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Vernetzungsarbeit im Themenbereich zu ziehen. Damit steht die Dialog-/Lernfunktion von Evaluation im Mittelpunkt, die beinhaltet, den Stakeholdern, d.h. den unterschiedlichen Projektbeteiligten, „Informationen zu liefern, um zu einer angemessenen Einschätzung des evaluierten Prozesses zu kommen“ (Flick 2006b,14). Die Gesamtevaluation besteht aus insgesamt fünf Bausteinen, die in einzelnen Teilberichten veröffentlicht wurden und sich gegenseitig ergänzen.

Die Vernetzung von Akteuren im Bereich Schwangerschaft und Flucht stellt ein zentrales Ziel der Arbeit des Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ dar. Dabei werden unterschiedliche Vernetzungsformate erprobt, wie z.B. Fachveranstaltungen, Dialogveranstaltungen und eine Webseite mit integrierter Datenbank als Vernetzungstool. Wie die Netzwerkstrukturen ausgestaltet sind, die durch das Modellprojekt (weiter-)entwickelt werden, soll nicht nur aus individueller Perspektive der Koordinatorinnen erhoben werden (Baustein 3), sondern im Rahmen des vorliegenden Bausteins auch aus der Perspektive des Netzwerks selbst analysiert werden. Damit werden die qualitativen Daten aus den Bausteinen 3 (s.o.) und 4 (Perspektive Kooperationspartner/innen) durch eine strukturelle Perspektive ergänzt, die auf einer standardisierten Befragung basiert. Wo es sich im vorliegenden Bericht anbietet, wird auf Ergebnisse der anderen Bausteine verwiesen.

Das übergeordnete Ziel der Netzwerkanalyse im Rahmen von Baustein 5 ist es, die Netzwerkstrukturen der Fachinformations- und Vernetzungsstellen in ihrer Beschaffenheit hinsichtlich ausgewählter Beziehungskategorien abzubilden und zu bewerten. Dabei zielt die Analyse vor allem darauf ab, Veränderungen, die aus Sicht der befragten Netzwerkpartner/innen durch das Modellprojekt entstanden sind, aufzuzeigen. Darüber hinaus geht es darum, Schlussfolgerungen hinsichtlich idealtypischer Netzwerkstrukturen im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu ziehen. Neben Daten zum Netzwerk selbst wurden im vorliegenden Baustein auch Daten erhoben, die sich auf die Arbeit des Modellprojekts beziehen. Konkret wurde dabei die Nutzung der Projektangebote und -maßnahmen evaluiert.

Im Folgenden werden zunächst das methodische Vorgehen und die genauen Fragestellungen dieses Bausteins ausführlich erläutert (Kapitel 2). Daran anschließend wird das Sample beschrieben (Kapitel 3). Im darauffolgenden Kapitel werden dann Daten zur Nutzung der Angebote des Modellprojekts präsentiert (Kapitel 4). Daran anschließend werden die Befunde der eigentlichen Netzwerkanalyse präsentiert (Kapitel 5). Die Analyse wird anhand zentraler Strukturelemente von Netzwerken durchgeführt, nämlich Dichte, Zentralität und Diversität. Um die Befunde besser einordnen zu können, wird sowohl auf netzwerktheoretische Überlegungen als auch auf empirische Befunde aus vergleichbaren Untersuchungen zurückgegriffen; außerdem wird der Standortvergleich genutzt, um Erkenntnisse zu generieren. Der vorliegende Baustein endet mit Schlussfolgerungen hinsichtlich idealtypischer Netzwerkstrukturen (Kapitel 6).

2 METHODISCHES VORGEHEN

Die empirisch orientierte Netzwerkforschung in den Sozialwissenschaften möchte soziale Strukturen empirisch untersuchen, und zwar mit Blick auf die Beziehungsgeflechte zwischen den beteiligten Akteuren (Fuhse 2016, 14). Dahinter steht die Annahme, dass ein Netzwerk als Ganzes untersucht werden muss, um das Verhalten der einzelnen Netzwerkelemente (z.B. Individuen oder Organisationen) verstehen oder erklären zu können (Jansen 2006, 13). Die Netzwerkanalyse ist damit zwischen einer mikroanalytischen Perspektive, die den Blick auf einzelne Individuen richtet, und einer makroanalytischen Perspektive, die gesellschaftliche Prozesse analysiert, angesiedelt und verbindet die empirische Forschung zu Strukturen mit der zu individuellem Handeln.

Netzwerke werden von der formalen Netzwerkforschung zunächst rein strukturell verstanden (vgl. Weyer 2011, 52ff.). Es handelt sich dabei um ein System aus Knoten und Verbindungen, wobei die Knoten für die einzelnen Akteure stehen und die Verbindungen für die Sozialbeziehungen zwischen den Akteuren. Netzwerkforschung macht das Muster an Sozialbeziehungen zwischen einer bestimmten Menge von Akteuren sichtbar. Unter Sozialbeziehungen werden „beobachtbare Regelmäßigkeiten der Interaktion zwischen Akteuren“ (Fuhse 2016, 16) verstanden.

Im Rahmen der Untersuchung der Netzwerkstrukturen in Baustein 5 bestand das methodische Vorgehen aus mehreren Schritten: einer standardisierten Befragung der Netzwerkakteure[1] entlang von ausgewählten Beziehungskategorien, einer Visualisierung des jeweiligen Netzwerks pro Standort und einer darauf aufbauenden Analyse der Netzwerkstrukturen sowie einer Präsentation und Diskussion der Ergebnisse mit den Koordinatorinnen der Fachinformations- und Vernetzungsstellen.

Die Analyse geschieht im Hinblick auf die Effekte, die das Modellprojekt am Standort auf das jeweilige Beziehungsgeflecht hat. Unter Effekten werden die Veränderungen verstanden, die nach Einschätzung der befragten Netzwerkpartner/innen durch das Modellprojekt entstanden sind.

Die Befragung der relevanten Netzwerkakteure erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, der online ausgefüllt wurde; dafür wurde das Programm LimeSurvey genutzt. Der Link zu der Fragebogenerhebung wurde – soweit möglich – personalisiert verschickt. Die Befragung wurde anonymisiert ausgewertet; die Akteure hatten die Möglichkeit, sich den in Baustein 3 identifizierten Arbeitsbereichen[2] zuzuordnen. Die Bestimmungen des Datenschutzes wurden eingehalten; dafür wurde zuvor ein Datenschutzkonzept entwickelt und an die Akteure verschickt.

Die Befragung wurde den relevanten Akteuren durch ein erläuterndes Anschreiben angekündigt. Die regionalen Projektkoordinatorinnen wurden gebeten, dieses Anschreiben per E-Mail an die relevanten Akteure zu schicken. Die Verschickung des jeweiligen Links zur Teilnahme an der Befragung erfolgte durch Camino per E-Mail. Am Standort Berlin wurde ein Pretest durchgeführt.

2.1 BESTIMMUNG DES NETZWERKS

Die Abgrenzung des Netzwerks ist eine zentrale Frage in der Analyse von Gesamtnetzwerken. Im Falle des hier beschriebenen Vorhabens wird von einer festen Gruppe ausgegangen, die jeweils standortspezifisch variiert. Dabei liegt folgende empirische Setzung zugrunde: Als

[1] Wie die für die Befragung relevanten Netzwerkpartner/innen definiert wurden, wird im folgenden Abschnitt „Bestimmung des Netzwerks“ ausführlich erläutert.
[2] Diese werden im Folgenden noch näher erläutert.

relevante Netzwerkpartner/innen werden diejenigen Akteure angesehen, die als Kooperationspartner/innen des Modellprojekts an dem jeweiligen Standort gewonnen wurden und in der Online-Datenbank des Modellprojekts vorgestellt werden. Darüber hinaus wurden weitere Akteure, die für die Vernetzungsarbeit des Modellprojekts relevant sind, aber nicht in der Datenbank verzeichnet sind, miteinbezogen. Aus den Befragungsergebnissen von Baustein 3 und Baustein 4 ist bekannt, dass es unterschiedliche Gründe gab, nicht in der Datenbank verzeichnet zu werden, z.B. weil Akteure sich scheuen, noch mehr „Werbung" für ihre Organisation zu machen. Jede Koordinatorin konnte also noch weitere Akteure nennen, die an der Befragung teilnehmen sollten, weil sie wichtige Kooperationspartner/innen des Modellprojekts Fachdialognetz darstellen, obwohl diese (noch) nicht auf der Datenbank verzeichnet sind.

Die Fachinformations- und Vernetzungsstellen des Modellprojekts am jeweiligen Standort werden als potenzielle Vernetzungspartner/innen miteingeschlossen. Nicht berücksichtigt wurden potenzielle Netzwerkpartner/innen, die vom Fachdialognetz noch nicht erreicht wurden.

Akteure werden dabei nicht als individuelle Personen verstanden. Vielmehr handelt es sich um Einrichtungen, Initiativen, Projekte, Organisationen oder Teile von Organisationen, die von bestimmten Personen (Ansprechpartner/innen) repräsentiert werden. Die Zahl dieser Akteure variiert von Standort zu Standort und umfasst zwischen 17 und 39.[3]

2.2 FRAGESTELLUNGEN

Die Analyseeinheit für die Netzwerkanalyse ist die Beziehung zwischen den Akteuren. Aus Rücksicht auf die Zeitressourcen der befragten Akteure und im Hinblick auf eine möglichst hohe Beteiligung an der Befragung sollten nicht mehr als drei Beziehungskategorien erhoben werden.

Die erhobenen Beziehungen orientierten sich an den folgenden Dimensionen („Beziehungskategorien"), die eine ansteigende Intensität der Beziehungen implizieren:

- Kontakt (Wissen voneinander und Kontaktaufnahme),
- Fachaustausch (Austausch von fachlichem Wissen),
- Kooperation (gemeinsames Handeln durch Umsetzung von Aktivitäten).

Die Auswahl der Beziehungskategorien erfolgte zusammen mit dem Auftraggeber. Dabei wurde berücksichtigt, dass sich in Baustein 3 insbesondere der Wissenstransfer und die austauschorientierte Vernetzung als wichtige Ziele der Fachinformationsstellen herauskristallisiert hatten.

Um die Effekte des Modellprojekts auf das Beziehungsgefüge zu erfassen, wurden im ersten Schritt jeweils die bereits bestehenden Beziehungsstrukturen erfasst, im zweiten Schritt dann die Beziehungsstrukturen, die durch das Modellprojekt entstanden sind.

Die Netzwerkpartner/innen wurden also danach gefragt, mit welchen Akteuren sie im Bereich Schwangerschaft und/oder Flucht in den vergangenen zwei Jahren im Kontakt waren und welche Organisationen sie durch das Modellprojekt Fachdialognetz neu kennengelernt haben.[4] Weiterhin wurden sie gefragt, mit welchen Organisationen sie sich fachlich austauschen und mit welchen Organisationen sie sich nun durch das Modellprojekt vermehrt oder verstärkt fachlich austauschen. Und schließlich sollten sie darüber Auskunft geben, mit welchen Organisationen sie gemeinsame Aktivitäten umsetzen und mit welchen Organisationen sie nun

[3] Die Datenbank umfasst Angebote von Organisationen. Akteure wurden dann doppelt erfasst, wenn sie mehrere deutlich unterschiedliche Angebote umsetzen. Die Anzahl der Angebote in der Datenbank ist deshalb nicht identisch mit der Anzahl der Akteure im Netzwerk. So umfasst die maximale Anzahl der Angebote in der Datenbank 56 Angebote, die minimale Anzahl 17 Angebote (7/2018).
[4] Der Fragebogen befindet sich im Anhang.

durch die Unterstützung des Modellprojekts vermehrt oder verstärkt Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen umsetzen.

Durch diese Fragestellungen war es möglich, in Bezug auf die drei Beziehungsdimensionen Kontakt, Fachaustausch und Kooperation sowohl die Ausgangslage der Netzwerke abzubilden als auch die Veränderungen, die durch das Modellprojekt in Bezug auf die Netzwerkbeziehungen entstanden sind.

Hierbei ist jedoch der Zeitpunkt der Befragung zu berücksichtigen: Die Befragung der Netzwerkpartner/innen fand nicht zum Ende des Modellprojekts statt, sondern im Zeitraum Mitte September bis Ende Oktober 2018. Die Arbeit an den Standorten des Modellprojekts wurde zum 30. April 2019[5] beendet und wichtige Fachveranstaltungen fanden noch während bzw. nach Abschluss der Befragung statt. Vernetzungseffekte die durch diese Aktivitäten entstanden sind, konnten also durch unsere Netzwerkanalyse nur bedingt oder nicht mehr erfasst werden. Die Netzwerkanalyse bildet die Situation ab, wie sie sich ca. ein halbes Jahr vor Projektende darstellt. Es ist davon auszugehen, dass gerade aufgrund der Aktivitäten, die zwischen Herbst 2018 und Frühling 2019 noch stattfanden, weitere Vernetzungsgewinne im Hinblick auf die genannten drei Beziehungsdimensionen erzielt wurden.

Neben der Netzwerkanalyse wurden auch Daten erhoben, die Aufschluss über den jeweiligen Organisationstyp geben (z.B. Größe der Organisation, Zielgruppe, Reichweite). Weiterhin wurden wichtige Angebote und Maßnahmen des Modellprojekts, nämlich zum einen die Veranstaltungen und zum anderen die Webseite/Datenbank, im Hinblick auf ihre Nutzung evaluiert. Auch dies ergänzt die Befunde, die im Rahmen der qualitativen Befragung der Kooperationspartner/innen erhoben wurden (Baustein 4).

Die Ergebnisse der Erhebungen wurden standortbezogen ausgewertet, in Form von Netzwerkkarten visualisiert und den Mitarbeiterinnen an den Standorten vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Es fanden zwei regionale Workshops mit jeweils vier Koordinatorinnen (südliche und nördliche Standorte) sowie dem Auftraggeber statt. Zusätzlich wurden die Geschäftsführerinnen der beteiligten Landes- und Ortsverbände zu den Workshops eingeladen. Die Workshops lieferten wichtige Hinweise für die qualitative Auswertung der Netzwerkdaten. In den Auswertungstreffen wurden standortübergreifende Schlussfolgerungen in Bezug auf die Netzwerkarbeit und die Arbeit der Akteure entlang der Visualisierungen diskutiert. Die Workshops waren Teil der Erhebung. Ihre Ergebnisse flossen sowohl in die inhaltliche Analyse als auch in die Berichtsstruktur mit ein.

Die Standorte wurden für die Berichtslegung anonymisiert. Gemäß dem Datenschutzkonzept wurden auch die Netzwerkpartner/innen anonymisiert, und zwar bereits im Rahmen der internen Auswertung.

[5] Formales Ende des Projekts ist der 31.10.2019.

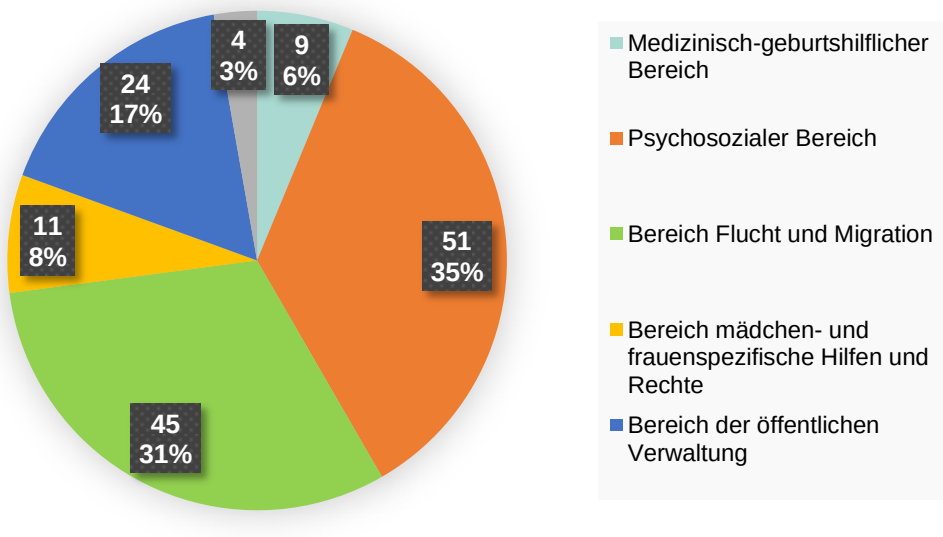
3 BESCHREIBUNG DES SAMPLE

An den acht Standorten wurden insgesamt 244 Netzwerkpartner/innen identifiziert und zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Angesprochen waren Einzelpersonen als Repräsentanten von Organisationen. Von diesen 244 Netzwerkpartner/innen haben sich 144 Partner/innen an der Befragung beteiligt. Die Befragten konnten sich selbst dem Arbeitsbereich zuordnen, dem sie sich zugehörig fühlen (bzw. am ehesten zugehörig fühlen). Die Auswahl der Arbeitsbereiche orientierte sich dabei an der Systematik der Bereiche, die in Baustein 3 aufgrund der Befragungen der Koordinatorinnen entwickelt wurde.

Im Rahmen von Baustein 3 hatte sich bereits gezeigt, dass die Bandbreite an Akteuren, die für das Modellprojekt relevant sind, sehr groß ist, da es sich bei der Unterstützung von schwangeren, geflüchteten Frauen um ein Querschnittsthema handelt, dass viele unterschiedliche Akteursgruppen betrifft. Im Folgenden werden die Bereiche noch einmal dargestellt:

- **Medizinisch-geburtshilflicher Bereich** (z.B. Geburtsklinik, Arztpraxis, Hebammen/Hebammenverband, Familienhebammen, medizinisches Zentrum, Medibüro),
- **Psychosozialer Bereich** (z.B. Schwangerschaftsberatungsstelle, Familienberatungsstelle, Familienzentrum, Familienplanungszentrum, psychosoziales Zentrum, Nachbarschaftszentrum, Fachberatungsstelle im psychosozialen Bereich, aufsuchende Familienberatung, Sexuelle Bildung und Beratung),
- **Bereich Flucht und Migration** (z.B. Migrationsberatungsstelle, Flüchtlingsberatungsstelle, Integrationslotsen, Patenschaftsprojekt, Sprach- und Kulturmittler, Gemeindedolmetscherdienst, internationales Begegnungszentrum, interkulturelles Begegnungsprojekt, Flüchtlingsinitiative, Flüchtlingsrat, Gemeinschaftsunterkunft/Notunterkunft, Zentrum für Integration/Migration, Schutzraum für Geflüchtete, NGO im Bereich Menschenrechte),
- **Bereich mädchen- und frauenspezifische Hilfen und Rechte** (z.B. Frauenzentrum/Fraueninformationszentrum, Mütterzentrum, Mutter-Kind-Einrichtung, Beratungsstelle Gewalt gegen Frauen, Frauenkrisentelefon, Frauenhaus/Kriseneinrichtung, betreutes Wohnen für Mädchen und junge Frauen),
- **Bereich der öffentlichen Verwaltung** (z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt, kommunale Fachstelle Frühe Hilfen, kommunale Flüchtlingskoordination).

Abbildung 1: Arbeitsbereiche der Akteure, die an der Befragung teilgenommen haben



n=144

Über ein Drittel aller Netzwerkpartner/innen (51 Akteure, 35%), die an der Befragung teilgenommen haben, fühlten sich dem psychosozialen Bereich zugehörig und mit 45 Akteuren kommt ein weiteres Drittel der Befragten (31%) aus dem Bereich Flucht und Migration (vgl. Abb.1). An dritter Stelle erscheint der Bereich der öffentlichen Verwaltung, dem sich 24 befragte Akteure (17%) zuordneten. Elf Akteure (8%) stammten aus dem Bereich der mädchen- und frauenspezifischen Hilfen und Rechte und nur neun Akteure (6%) aus dem medizinisch-geburtshilflichen Bereich. In der Befragung der Koordinatorinnen im Rahmen von Baustein 3 ist bereits deutlich geworden, dass das Modellprojekt Schwierigkeiten hatte, den medizinisch-geburtshilflichen Bereich in die Vernetzungsstrukturen einzubinden.

Wird die Grundgesamtheit der 244 Netzwerkpartner/innen betrachtet, die zu der Befragung eingeladen wurden, zeigt sich ein sehr ähnliches Bild hinsichtlich der Verteilung auf die einzelnen Arbeitsbereiche.[6] Dies bedeutet, dass die Netzwerkpartner/innen sich pro Arbeitsbereich in etwa gleichermaßen an der Befragung beteiligt haben. In der Grundgesamtheit aller Netzwerkpartner/innen ist der medizinisch-geburtshilfliche Bereich mit 9% (21 Akteure) etwas besser vertreten als im Sample derjenigen, die an der Befragung teilgenommen haben.

Die Organisationen, die sich an der Befragung beteiligt haben, nannten Migrant/innen und Geflüchtete (58 Nennungen) sowie schwangere Frauen (55 Nennungen) am häufigsten als vorrangige Zielgruppe ihrer Arbeit, gefolgt von Familien.[7] Die eigentliche Zielgruppe des Modellprojekts, schwangere, geflüchtete bzw. migrantische Frauen, wird immerhin mit 29 Nennungen an fünfter Stelle genannt, d.h. 29 von 144 Organisationen betrachten die eigentliche Zielgruppe des Modellprojekts als vorrangig für ihre eigene Arbeit. Fachkräfte spielen dagegen als Zielgruppe der Kooperationspartner/innen eine untergeordnete Rolle.

Von den Netzwerkpartner/innen, die den Fragebogen beantwortet haben, gaben nur elf Akteure (8%) an, eine Migrantenorganisation zu sein. Die restlichen 133 Netzwerkpartner/innen (92%) verstehen sich nicht als Migrantenorganisationen. An zwei von acht Standorten gibt es keine Migrantenorganisationen unter den antwortenden Netzwerkpartner/innen. Die Mehrheit der Migrantenorganisationen, sieben von elf, ordnete sich dem Bereich Flucht und Migration zu.

Bei 35 der 144 Organisationen (24%), die an der Befragung teilnahmen, arbeiten überwiegend Ehrenamtliche. Damit ist der Anteil der überwiegend ehrenamtlich arbeitenden Organisationen erstaunlich hoch. Befunde aus Baustein 4 lassen den Schluss zu, dass es sich dabei insbesondere um Fachkräfte handelt, die sich ehrenamtlich engagieren. Proportional am höchsten ist der Anteil der überwiegend ehrenamtlich arbeitenden Organisationen im medizinisch-geburtshilflichen Bereich (wobei dieser Bereich – wie bereits beschrieben – mit neun Organisationen sehr klein ist). Dabei handelt es sich z.B. um Medi-Netze, in denen sich medizinische Fachkräfte ehrenamtlich engagieren. Im Bereich Flucht und Migration sowie im Bereich mädchen- und frauenspezifische Hilfen und Rechte sind es knapp über ein Drittel der Organisationen, in denen mehrheitlich Ehrenamtliche arbeiten, während der Anteil von mehrheitlich ehrenamtlich arbeitenden Organisationen im psychosozialen Bereich eine geringe Rolle spielt.

[6] Um diesen Vergleich herstellen zu können, wurden die Netzwerkpartner/innen, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, aufgrund des Eigennamens der Organisation und ggfs. zusätzlicher Internetrecherche den Akteursgruppen zugeordnet.
[7] Hier waren Mehrfachnennungen möglich.

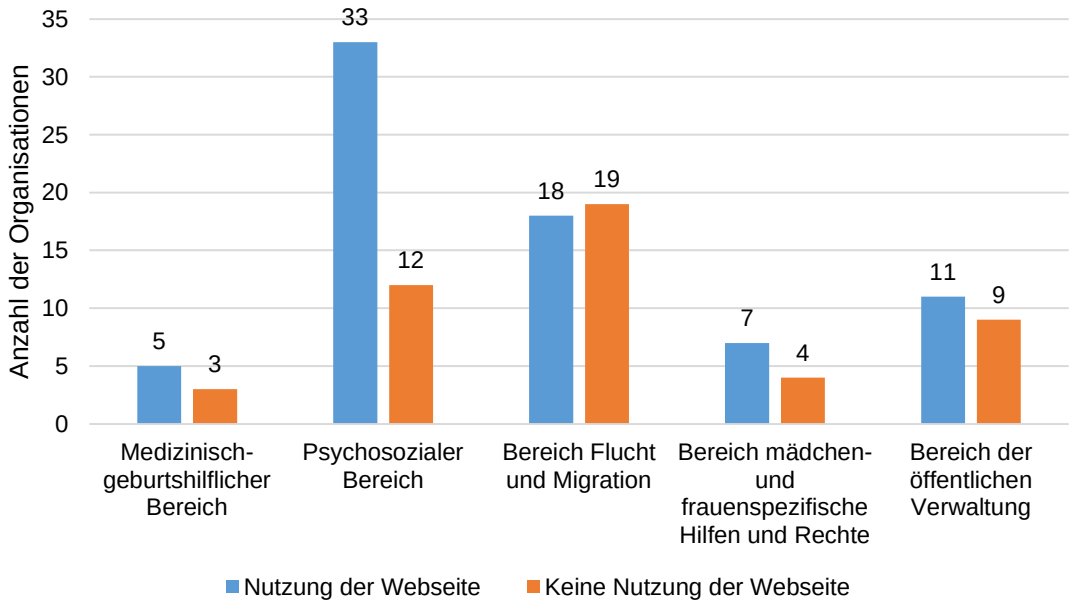
4 NUTZUNG DER ANGEBOTE DES MODELLPROJEKTS

Bevor auf die Ergebnisse der eigentlichen Netzwerkanalyse eingegangen wird, soll die Evaluation der Nutzung der Angebote des Modellprojekts anhand der quantitativen Befragung dargestellt werden, die mit der Befragung zu den Netzwerkdaten verbunden war. Diese Daten ergänzen sowohl die qualitativen Ergebnisse aus Baustein 4 als auch die Daten zu den Vernetzungsstrukturen, denn bei den untersuchten Angeboten handelt es sich um wichtige Strategien, um die Vernetzung der Organisationen im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht zu fördern. Im Einzelnen geht es bei den untersuchten Angeboten um die Nutzung der Webseite mit integrierter Datenbank und die Teilnahme an Veranstaltungen des Modellprojekts. Einschränkend muss hier allerdings angemerkt werden, dass nur diejenigen befragt wurden, die – wie im methodischen Vorgehen beschrieben – im engeren Sinn Kooperationspartner/innen des Modellprojekts sind.[8]

4.1 WEBSEITE/DATENBANK

Die Mehrzahl der Akteure (74 Organisationen, 61%) gibt an, dass ein/e Vertreter/in ihrer Organisation die Webseite bereits genutzt hat. 39% der Akteure (47 Organisationen) geben an, die Webseite nicht zu nutzen, obwohl sie selbst zum großen Teil auf der Webseite vertreten sind. Aus den qualitativen Untersuchungen in Baustein 3 und 4 ist jedoch bekannt, dass es vielen Akteuren wichtig ist, auf der Webseite des Modellprojekts als Organisation vertreten zu sein, auch wenn sie diese nicht aktiv für Recherche und Information nutzen.

Abbildung 2: Nutzung der Webseite durch die Netzwerkpartner/innen nach Arbeitsbereichen



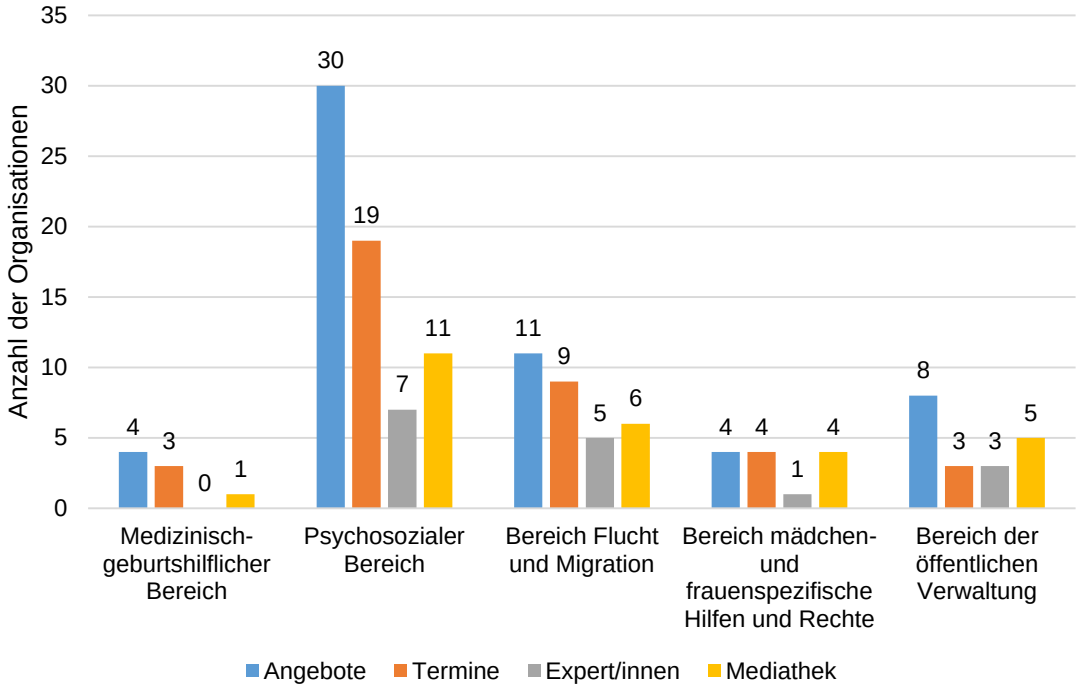
n=121

Die Befunde ergeben, dass die Anzahl der Nutzer/innen und Nicht-Nutzer/innen der Webseite in den einzelnen Arbeitsbereichen etwa gleich ist – nur nicht im psychosozialen Bereich (vgl. Abb. 2). Hier gibt es deutlich mehr Organisationen (33), die die Webseite nutzen, als welche, die sie nicht nutzen (zwölf). D.h., dass die Webseite möglicherweise für Organisationen aus

[8] Die Datenbasis bezieht sich auf alle acht Standorte des Modellprojekts.

dem psychosozialen Bereich besonders attraktiv ist. Eine plausible Erklärung dafür ist, dass der psychosoziale Bereich viel Verweisberatung, d.h. bedarfsorientierte Weitervermittlung von Klient/innen an andere Träger, durchführt und deswegen besonders gut über die lokale Angebotsstruktur Bescheid wissen muss. In dieser Hinsicht stellt die Webseite ein hilfreiches Unterstützungsinstrument dar.

Abbildung 3: Nutzung der verschiedenen Kategorien der Webseite nach Arbeitsbereichen der Netzwerkpartner/innen



n=121, Mehrfachnennungen möglich

Diese Hypothese wird dadurch gestützt, dass es insbesondere die Kategorie Angebote ist, die von Akteuren aus dem psychosozialen Bereich überproportional genutzt wird (vgl. Abb. 3). Diese Kategorie enthält Kontaktdaten und eine Kurzbeschreibung des jeweiligen lokalen Angebots im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht. Insgesamt ist die Kategorie Angebote die meist genutzte Kategorie auf der Webseite, gefolgt von der Kategorie Termine. Diese verweist auf aktuelle Veranstaltungen, Workshops, Schulungen etc. im Themenbereich. Die Kategorie Mediathek wird von 27 Organisationen genutzt, also von etwa einem Drittel der gesamten Akteure, die die Webseite nutzen. Die Mediathek enthält umfangreiche Materialien und Dokumentationen zum Themenbereich Schwangerschaft und Flucht, wie z.B. wissenschaftliche Publikationen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Stellungnahmen von Fachverbänden und Einrichtungen der Flüchtlingshilfe, Erfahrungsberichte und Dokumentationen von Veranstaltungen.

Neben der Attraktivität der Webseite und ihrer einzelnen Kategorien können auch Zeitressourcen sowie die Ausgestaltung des Arbeitsplatzes (Zugang zu Computer/Internet) für die Frage der Nutzung und Nicht-Nutzung eine Rolle spielen. Auch wenn die Webseite grundsätzlich attraktiv für die Akteure ist, kann sie möglicherweise aus zeitlichen oder arbeitsorganisatorischen Gründen nicht genutzt werden. Detaillierteren Aufschluss über die Gründe der Nutzung oder Nicht-Nutzung lieferten die qualitativen Befragungen im Rahmen von Baustein 4.

Darüber hinaus sollten die Befragten angeben, inwiefern die Webseite eine Unterstützung für ihre Organisation darstellt. Diese Frage richtete sich ausschließlich an die Akteure, die die

Webseite nutzen. Hier geht die überwiegende Mehrheit, 54 von 74 Akteuren, von einem mittleren Unterstützungsgrad aus, die die Webseite für die Arbeit der eigenen Organisation darstellt. 15 Akteure sind sogar der Ansicht, dass die Webseite einen hohen Unterstützungsgrad darstellt und nur vier Akteure gehen von einem niedrigen, ein Akteur von keinem Unterstützungsgrad aus.

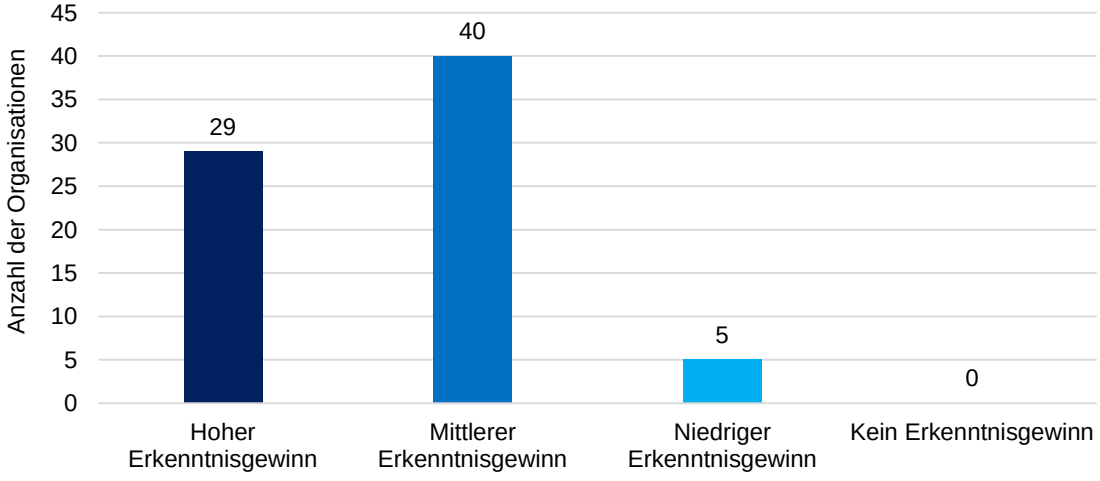
4.2 VERANSTALTUNGEN

Betrachtet man die Teilnahme an Veranstaltungen, zeigt sich das gleiche Bild wie bei der Nutzung der Webseite/Datenbank: Hier geben ebenfalls 61% der Akteure an, dass ein/e Vertreter/in ihrer Organisation schon einmal an einer Veranstaltung des Modellprojekts teilgenommen hat.

Den proportional größten Anteil an Veranstaltungsbesucher/innen kann der medizinisch-geburtshilfliche Bereich vorzeigen. Drei Viertel der Befragten aus diesem – allerdings relativ kleinen – Bereich haben an mindestens einer Veranstaltung teilgenommen. Außerdem zeigt sich wie zuvor bei der Webseite/Datenbank, dass Organisationen aus dem psychosozialen Bereich bei Veranstaltungen überproportional präsent waren: Etwa zwei Drittel aller Organisationen aus dem psychosozialen Bereich, die sich an der Befragung beteiligt haben, haben schon einmal eine Veranstaltung des Modellprojekts besucht. Eine proportional ebenfalls höhere Besuchsrate, wenn auch etwas weniger stark ausgeprägt, zeigt sich im Bereich Flucht und Migration. Im Bereich der öffentlichen Verwaltung gibt es dagegen mehr Nicht-Teilnehmer/innen als Teilnehmer/innen.

Die Akteure wurden außerdem danach gefragt, inwiefern die besuchte(n) Veranstaltung(en) in der eigenen Organisation zu einem Zuwachs an fachlichem Wissen geführt hat bzw. haben. Ausnahmslos alle Akteure gehen von einem Erkenntnisgewinn aus (vgl. Abb. 4). 40 von 74 Akteuren geben einen mittleren Erkenntnisgewinn an und 29 Akteure einen hohen Erkenntnisgewinn. Mehr als ein Drittel der Akteure haben also in besonders hohen Maße von dem fachlichen Wissen profitiert, das die Veranstaltungen des Modellprojekts vermittelt haben.

Abbildung 4: Erkenntnisgewinne der Akteure durch besuchte Veranstaltungen des Projekts



n=74

4.3 ZWISCHENFAZIT

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Angebote und Maßnahmen des Modellprojekts (Webseite/Datenbank und Veranstaltungen) von der Mehrzahl der befragten Akteure genutzt werden. Diejenigen Akteure, die die Angebote nutzen, gehen überwiegend von einem mittleren Erkenntnisgewinn durch die Veranstaltungen und einem mittleren Unterstützungsgrad durch die Webseite/Datenbank aus, wobei mehr als ein Drittel den Erkenntnisgewinn für die Organisation durch den Besuch der Veranstaltungen als hoch einschätzen. Eine besonders hohe Nutzung der Angebote zeigt dabei der psychosoziale Bereich. Insbesondere die Kategorie Angebote, bei der Kontaktdaten und Angebotsbeschreibungen eingestellt sind, wird von vielen Organisationen genutzt.

5 ERGEBNISSE DER NETZWERKANALYSE

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Netzwerkanalyse dargestellt. Zentrale Ergebnisse werden dabei fettgedruckt vorangestellt und im jeweils folgenden Absatz näher ausgeführt.

Wir bezeichnen die untersuchten Netzwerke jeweils bezogen auf die ihnen zugrunde liegende, Beziehungsdimension als Kontaktnetzwerke (diese umfassen die Netzwerkpartner/innen, die im Themenbereich Schwangerschaft und/oder Flucht miteinander im Kontakt stehen), als Austauschnetzwerke (diejenigen Netzwerkpartner/innen, die sich miteinander fachlich austauschen) und Aktivitätsnetzwerke (diejenigen Netzwerkpartner/innen, die gemeinsame Aktivitäten umsetzen).

Die Netzwerkanalyse, also die Befunde zum Netzwerk und den Netzwerkbeziehungen, bezieht alle genannten Kooperationspartner/innen des Fachdialognetzes mit ein, auch wenn sie nicht an der Befragung teilgenommen haben. Wir nutzen dabei die Angaben der anderen Partner/innen. Die Frage der Reziprozität der Netzwerkbeziehungen, also die Frage inwiefern beide Partner/innen eine Beziehung angeben oder nur eine/r der beiden Partner/innen, wurde bei der Untersuchung nicht berücksichtigt. Eine solche Unterscheidung erscheint für die vorliegende Fragestellung als nicht bedeutsam.[9]

Um eine annähernd verlässliche Strukturanalyse durchführen zu können, wird ein Rücklauf von mindestens 50% der befragten Organisationen benötigt. Die Netzwerkpartner/innen wurden im Rahmen eines mehrstufigen Verfahrens kontaktiert (Information über die Befragung, Versendung des Online-Links, zweifache Erinnerung per E-Mail, randomisierte telefonische Erinnerung). Ein ausreichender Rücklauf zwischen 50 und 60% wurde an vier Standorten erzielt. Dabei handelt es sich um zwei kleinere Netzwerke mit 17 und 21 Organisationen und um zwei größere Netzwerke mit 33 und 39 Partner/innen. Die Standorte wurden anonymisiert und im Folgenden mit A bis D bezeichnet.

Dass die Größe des Netzwerks nicht zwangsläufig nur von der Größe der jeweiligen Stadt abhängig ist, zeigt die Tatsache, dass es sich bei den vier Standorten um drei Großstädte und eine Mittelstadt handelt und eines der Netzwerke trotz Großstadt-Standort klein ist.[10] Vielmehr spielt die Dichte der Infrastruktur vor Ort, aber auch die Frage, in welchem Umfang es dem Modellprojekt gelang, die relevanten Akteure im Bereich Schwangerschaft und/oder Flucht einzubinden, eine Rolle.

Die Befragung stellt wie beschrieben eine Abbildung der Netzwerkstrukturen zu einem bestimmten Zeitpunkt dar und hat sich nach Einschätzung der Projektumsetzenden im weiteren Verlauf des Projekts noch verändert bzw. intensiviert, da einige Vernetzungsmaßnahmen erst nach dem Befragungszeitraum stattfanden. Dies ist bei der Beurteilung der nun folgenden Ergebnisse unbedingt zu beachten.

5.1 SCHLIEßUNG STRUKTURELLER LÜCKEN

Die untersuchten Kontaktnetzwerke verfügten in der Ausgangssituation bereits über eine relativ hohe Dichte, die Austausch- und Aktivitätsnetzwerke über eine deutlich geringere Dichte. Dies liefert Hinweise darauf, dass das Modellprojekt mit seiner Vernetzungsarbeit eine strukturelle Lücke füllt.

[9] Die Frage der Reziprozität ist bei Netzwerkanalysen bedeutsam, bei denen die Einschätzung der Sozialbeziehung aus beidseitiger Perspektive für die Analyse der Beziehung relevant ist (vgl. zu Reziprozität auch Fuhse 2016, 167f.). Dies gilt z.B. für Freundschaftsbeziehungen oder Ratgeberbeziehungen. So ist es z.B. für die Analyse einer Freundschaft relevant, ob beide Partner/innen die Beziehung als Freundschaft beschreiben oder nicht.

[10] Eine Großstadt ist definiert als eine Stadt ab 100.000 Einwohner/innen; eine Mittelstadt hat mindestens 20.000 Einwohner/innen.

Das Vorhandensein von Beziehungen zwischen Akteuren an einem Standort kann im Rahmen der Netzwerkanalyse quantifiziert werden; dafür wird der Wert der Dichte verwendet. Der Wert der Dichte beschreibt den Anteil der tatsächlichen Verbindungen an den möglichen Verbindung-en. Ein Netzwerk mit maximaler Dichte hat den Wert von 1. Allerdings ist angesichts der Größe unserer vorliegenden Netzwerke eine maximale Dichte nicht unbedingt erstrebenswert, da dies bedeuten würde, dass sehr viele Ressourcen in die Aufrechterhaltung der Netzwerkbeziehungen fließen würden.

Grundsätzlich ist die Dichte eines Netzwerks stark abhängig von der Größe des Netzwerks, der Art der gemessenen Beziehung sowie der Art der Messung (vgl. Fuhse 2016, 55). Dichtemessungen lassen sich daher insbesondere durch den Vergleich mit annähernd gleich großen Netzwerken interpretieren, bei denen eine ähnliche Beziehung gemessen wurde. Erfahrungswerte aus vorliegenden Untersuchungen im Bereich der Rechtsextremismusforschung sowie der Familienforschung gehen von einer idealtypischen, im Sinne einer als leistungsfähig bzw. effektiv zu bewertenden Netzwerkdichte zwischen 0,2 und 0,5 aus; eine Netzwerkdichte von 0,5 wird dabei als relativ hoch bewertet (vgl. Strobl 2013). Die große Spannbreite dieser idealtypischen Werte zeigt aber bereits, dass dazu allgemeingültige Aussagen nur bedingt getroffen werden können. Andere Autoren gehen ab einem Wert von 0,67 von einer hohen Dichte aus, weil hier zwei Drittel aller möglichen Netzwerkverbindungen ausgeschöpft sind (vgl. Sakschewski 2018). Ein solcher Wert erscheint jedoch im Kontext der hier untersuchten Netzwerke als sehr hoch und aus Effektivitätsgründen nicht unbedingt erstrebenswert.

An den untersuchten Standorten liegt die Dichte der Kontaktnetzwerke in der Ausgangssituation, d.h. abzüglich der Verbindungen, die durch das Fachdialognetz neu entstanden sind, durchschnittlich bei 0,35[11] (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Dichte der Kontaktnetzwerke in der Ausgangssituation

Standort	Anzahl der Kooperationspartner/innen	Kontakt: Dichte in der Ausgangssituation
A	33	0,387
B	39	0,186
C	17	0,458
D	21	0,379
Gesamt Ø		**0,353**

Gefragt wurden die Netzwerkpartner/innen nach den Organisationen, mit denen sie in den vergangenen zwei Jahren telefonisch, per E-Mail oder persönlich Kontakt hatten bzw. haben. Lässt man den deutlich niedrigeren Wert an dem Standort B außer Acht[12], liegen die Dichtewerte zwischen 0,39 und 0,46. Kontaktmöglichkeiten zwischen den Netzwerkpartner/innen, die im Themenbereich Schwangerschaft und/oder Flucht arbeiten, sind also zwischen 39 und 46%

[11] Die Dichtewerte wurden aus Gründen der Lesbarkeit auf die zweite Kommastelle gerundet; die Tabelle enthält die Dichtewerte, die auf die dritte Kommastelle gerundet wurden. Geringfügige Abweichungen in den Summen bzw. den Differenzen sind auf Rundungen zurückzuführen

[12] Beim Standort B handelt es sich im Unterschied zu den anderen Standorten um einen Stadtstaat. Es ist anzunehmen, dass die geringeren Dichtewerte sich aus der Stadtstaat-Situation erklären, bei der Partner/innen unterschiedlicher Reichweite eingebunden sind und die räumliche Ausdehnung des Netzwerks sehr groß ist. Denn während sich über die Standorte hinweg zeigte, dass der Aktionsradius der Netzwerkpartner/innen zumeist die jeweilige Stadt und zum Teil noch die umliegenden Landkreise einschloss, gaben am Standort B fast die Hälfte der Akteure (elf) in diesem Netzwerk als Aktionsradius Stadtteile oder Bezirke an.

ausgeschöpft. Diese Kontaktnetzwerke bewegen sich auf einem relativ hohen Niveau und im Rahmen dessen, was in anderen vergleichbaren Untersuchungen als idealtypisch im Sinne einer leistungsfähigen Netzwerkdichte angesehen wird.

Die Austauschnetzwerke in der Ausgangssituation, also ohne die Verbindungen, die durch das Modellprojekt neu entstanden sind, liegen dagegen mit einer durchschnittlichen Dichte von 0,22 deutlich niedriger (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Dichte der Austauschnetzwerke in der Ausgangssituation

Standort	Anzahl der Kooperationspartner/innen	Austausch: Dichte in der Ausgangssituation
A	33	0,270
B	39	0,057
C	17	0,291
D	21	0,258
Gesamt Ø		**0,219**

Hier ist es wieder der Standort B, der erheblich geringere Dichtezahlen aufweist und den Durchschnittswert senkt. Die anderen drei Austauschnetzwerke weisen eine Dichte zwischen 0,26 und 0,29 auf, was bedeutet dass ca. zwischen einem Viertel und einem Drittel aller möglichen Verbindungen ausgeschöpft werden.[13]

Die Aktivitätsnetzwerke weisen eine noch deutlich geringere Dichte auf, nämlich zwischen 0,08 und 0,19 (wieder ohne Standort B). Das bedeutet, dass insbesondere gemeinsame Aktivitäten im Themenbereich zwischen relativ wenigen Netzwerkpartner/innen stattfinden, denn die durchschnittliche Dichte aller Aktivitätsnetzwerke beträgt nur 0,10 (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Dichte der Aktivitätsnetzwerke in der Ausgangssituation

Standort	Anzahl der Kooperationspartner/innen	Aktivitäten: Dichte in der Ausgangssituation
A	33	0,097
B	39	0,030
C	17	0,191
D	21	0,084
Gesamt Ø		**0,101**

Zum Vergleich: In einer Untersuchung von kommunalen Kooperationsnetzwerken gegen Rechtsextremismus, also Netzwerken, die bei Projekten und Veranstaltungen zusammenarbeiten, zeigte sich eine durchschnittliche Dichte von 0,32 (vgl. Camino/ISS 2018, 138f). Hierbei handelt es sich ebenfalls um Aktivitätsnetzwerke, die aber eine deutlich höhere Dichte aufwei-

[13] Die drei Netzwerke liegen dabei auf einem Niveau, die im Sinne der oben genannten Untersuchungen noch als „gut“ bezeichnet werden kann.

sen, was zumindest Anhaltspunkte dafür liefert, dass der Grad der Vernetzung in den Aktivitätsnetzwerken hier durchaus ausbaufähig ist.

Sowohl in den Austauschnetzwerken als auch in den Aktivitätsnetzwerken sind also im Durchschnitt weniger als ein Drittel aller möglichen Netzwerkverbindungen ausgeschöpft. Wenn man davon ausgeht, dass bei dem Themenbereich, der hier von den Netzwerkpartner/innen bearbeitet wird, ein fachlicher Austausch und die Umsetzung von gemeinsamen Aktivitäten sinnvoll und notwendig ist, um die Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen zu verbessern, dann liefert die untersuchte Ausgangssituation Hinweise darauf, dass es noch ein erhebliches Steigerungspotential gibt. Insofern bearbeitet das Modellprojekt „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ eine strukturelle Lücke, die sich aufgrund der vorliegenden Netzwerkdaten zeigt: Kontakte zwischen den Netzwerkpartner/innen sind zwar in relativ hohem Maße vorhanden, aber es kommt im vergleichsweise geringerem Maße zu fachlichem Austausch oder gar zu gemeinsamen Aktivitäten.

5.2 ZUGEWINN UND EFFEKTE

Die Arbeit des Modellprojekts hat zu einem Zugewinn an Kontakten, Fachaustausch und gemeinsamen Aktivitäten geführt.

Anhand der Netzwerkanalyse lässt sich aufzeigen, dass die Arbeit des Modellprojekts aus Sicht der befragten Netzwerkakteure zu einem Zugewinn an Netzwerkbeziehungen geführt hat, und zwar in Bezug auf alle drei erfragten Beziehungsdimensionen. Mit anderen Worten: Die Netzwerkpartner/innen konnten durch das Modellprojekt neue Kontakte zu Netzwerkpartner/innen, die im Themenbereich Schwangerschaft und/oder Flucht tätig sind, knüpfen, sie konnten ihren fachlichen Austausch im Themenbereich intensivieren, mit neu kontaktierten Netzwerkpartner/innen in fachlichen Austausch treten sowie dank der Unterstützung des Modellprojekts verstärkt gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen umsetzen. Wir werten diesen Zugewinn an Vernetzungen, die auf der subjektiven Einschätzung der Netzwerkpartner/innen basieren, als Effekt des Modellprojekts.

Zur Veranschaulichung der durch das Projekt entstandenen neuen Verbindungen wird hier das Kontaktnetzwerk am Standort A abgebildet (vgl. Abb. 5a und 5b).

Zur Erläuterung: Die Netzwerkbeziehungen wurden in Form von Netzwerkkarten visualisiert.[14] Akteure werden als Punkte dargestellt und bestehende Beziehungen als Linien zwischen diesen Punkten. Die Akteure wurden den unterschiedlichen Akteursgruppen zugeordnet und entsprechend farblich markiert (siehe Legende Abb. 5b). Die Netzwerkkarten werden mittels eines Programms[15] erstellt, dass diejenigen Akteure, die über mehr Netzwerkverbindungen verfügen, eher im Zentrum platziert, während Akteure mit weniger Verbindungen außen dargestellt werden. Dabei werden die Akteure nach Zufallsprinzip und möglichst übersichtlich auf der Karte angeordnet, wobei die Verbindungslinien zwischen den Akteuren sich möglichst wenig überschneiden sollen.

[14] Die Netzwerkkarten aller vier Standorte befinden sich im Anhang.
[15] Die Netzwerkkarten wurden mit dem Statistikprogramm R erstellt.

Abbildung 5a: Kontaktnetzwerk an Standort A in der Ausgangssituation

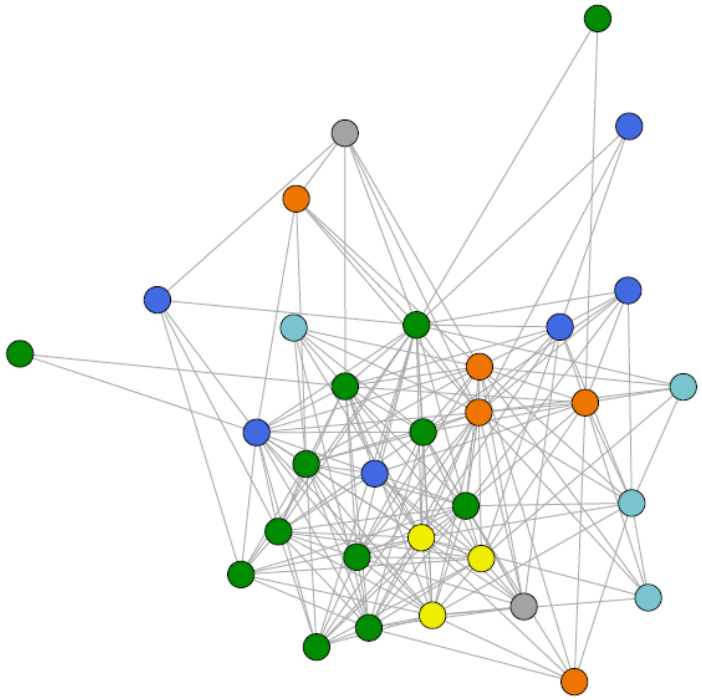
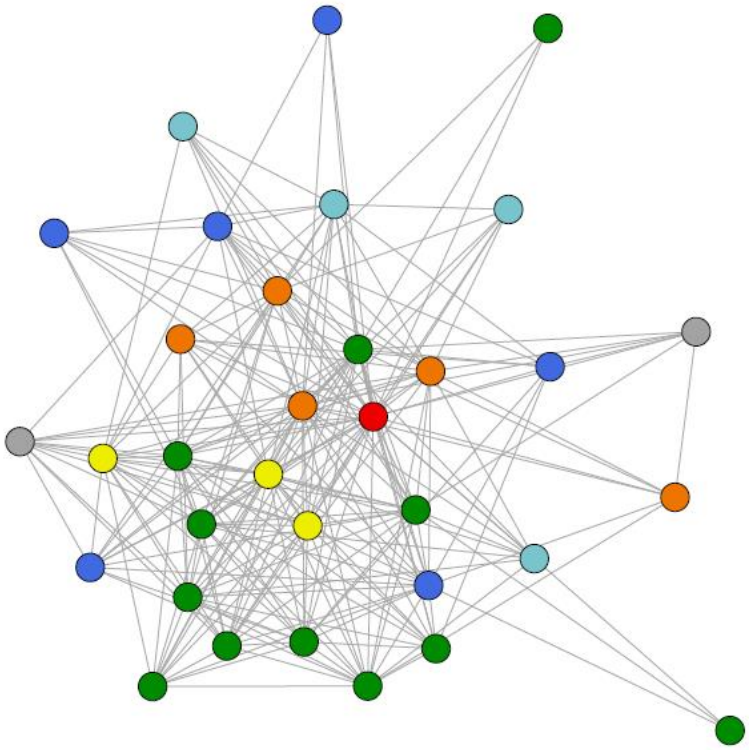


Abbildung 5b: Kontaktnetzwerk an Standort A inklusive der Veränderungen durch das Projekt



Die zweite Netzwerkkarte zeigt eine Zunahme der Verbindungen zwischen den Akteuren im Vergleich zur Ausgangssituation (Abb. 5a). Die zweite Netzwerkkarte beinhaltet auch die Fachinformationsstelle als weiteren Akteur im Netzwerk (roter Punkt), die aufgrund der großen Anzahl der Verbindungen mit anderen Akteuren im Zentrum platziert ist. Die Zunahme der Verbindungen im Netzwerk ist u.a. dadurch erkennbar, dass auch weiter außen platzierte Akteure Verbindungen hinzugewonnen haben.

Die Netzwerkkarten am Standort A visualisieren das, was sich präziser anhand der Zahlen beschreiben lässt. So verfügt das Kontaktnetzwerk am Standort A bereits in der Ausgangssituation mit einem Wert von 0,39 über eine vergleichsweise hohe Dichte, bei der 39% aller möglichen Verbindungen ausgeschöpft sind. Durch das Projekt Fachdialognetz hat sich trotz dieser hohen Dichte in der Ausgangssituation die Dichte des Gesamtnetzes um sechs Prozentpunkte erhöht. Ausgeschöpft sind nun 45% aller möglichen Kontakte. Auch an den anderen Standorten lässt sich eine Zunahme der Dichte erkennen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Dichte der Kontaktnetzwerke

Standort	Anzahl der Kooperationspartner/innen	Kontakt: Dichte in der Ausgangssituation	Kontakt: Dichte inklusive der Veränderungen durch das Modellprojekt	**Zugewinn durch das Modellprojekt**
A	33	0,387	0,451	**0,063**
B	39	0,186	0,251	**0,065**
C	17	0,458	0,522	**0,064**
D	21	0,379	0,457	**0,078**
Gesamt Ø		**0,353**	**0,420**	**0,068**

Die Netzwerkdaten zeigen, dass innerhalb der Austauschnetzwerke durch das Projekt durchschnittlich etwas mehr bzw. intensivere Austauschbeziehungen entstanden sind als neue Beziehungen innerhalb der Kontakt- und Aktivitätsnetzwerke. Einzelne Standorte stechen dabei hervor.

Wie schon beschrieben, gibt es an allen Standorten einen Zuwachs an Dichte, der gemäß den Aussagen der befragten Kooperationspartner/innen auf das Projekt zurückzuführen ist. Bei den Kontaktnetzwerken hat sich die durchschnittliche Dichte des Gesamtnetzes um 6,8 Prozentpunkte erhöht, bei den Aktivitätsnetzwerken um sechs Prozentpunkte. Ein wenig mehr neue Beziehungen entstanden bei den Austauschnetzwerken: Hier beträgt der Zugewinn nämlich durchschnittlich 7,5 Prozentpunkte.

Tabelle 5: Durchschnittlicher Dichtezuwachs in den drei Beziehungsdimensionen

	Dichte in der Ausgangssituation	Dichte inklusive der Veränderungen durch das Modellprojekt	**Zugewinn durch das Modellprojekt**
Kontaktnetzwerke	0,353	0,420	**0,068**
Austauschnetzwerke	0,219	0,294	**0,075**
Aktivitätsnetzwerke	0,101	0,161	**0,060**

Betrachtet man die Möglichkeiten und die Angebote des Fachdialognetzes, liegt das besondere Potenzial des Modellprojekts tatsächlich auch in der Intensivierung des Fachaustauschs. Bei den Austauschnetzwerken fallen insbesondere zwei Standorte auf (vgl. Tabelle 6): Am Standort D entstand durch das Projekt insgesamt ein Zugewinn an Dichte von 0,26 auf 0,36; das stellt den höchsten Zugewinn im Standortvergleich dar (Zugewinn von 0,10). Das bedeutet, dass durch das Modellprojekt nun 36% aller möglichen Austauschverbindungen realisiert sind, während es zuvor nur 26% der Verbindungen waren. Damit konnte der Ausgangswert um 38,5% gesteigert werden (dabei handelt es sich um die prozentuale Steigerung im Vergleich zum Ausgangswert).

Betrachtet man die Steigerung am Standort B, an dem das Austauschnetzwerk in der Ausgangssituation mit einem Wert von 0,06 eine sehr niedrige Dichte aufweist, so ist auffällig, dass es dem Modellprojekt dort gelang, die realisierten Verbindungen auf einen Wert von 0,12 zu verdoppeln. Damit konnte der Ausgangswert sogar um 100% gesteigert werden (prozentuale Steigerung im Vergleich zum Ausgangswert). An den anderen beiden Standorten konnten Steigerungen von 20,7% und 25,9% im Vergleich zum Ausgangswert erreicht werden.

Tabelle 6: Dichte der Austauschnetzwerke

Standort	Anzahl der Kooperationspartner/innen	Austausch: Dichte in der Ausgangssituation	Austausch: Dichte inklusive der Veränderungen durch das Modellprojekt	**Zugewinn durch das Modellprojekt**
A	33	0,270	0,345	**0,075**
B	39	0,057	0,121	**0,065**
C	17	0,291	0,352	**0,061**
D	21	0,258	0,357	**0,099**
Gesamt Ø		**0,219**	**0,294**	**0,075**

Welche Erklärungen lassen sich für diese auffälligen Ergebnisse an den beiden genannten Standorten D und B finden? Es ist plausibel, diese Steigerungen in den Dichtewerten auf besondere Aktivitäten an diesen Standorten zurückzuführen.

Die Daten liefern Hinweise darauf, dass die Umsetzung der Dialogveranstaltungen an Standort D in besonderem Maße zu einer Intensivierung des fachlichen Austauschs der Netzwerkpartner/innen beigetragen hat.

Im Rahmen der Befragung der Koordinatorinnen (Baustein 3) und durch die Gespräche bei den beiden Auswertungsworkshops (Baustein 5) wurde deutlich, dass der Standort D der einzige Standort ist, an dem verstärkt Dialogveranstaltungen durchgeführt wurden. Dialogveranstaltungen sind Veranstaltungen des Modellprojekts, bei denen die Vernetzung im Vordergrund steht, während bei den Fachveranstaltungen der Wissenstransfer durch einen fachlichen Input entsprechenden Raum einnimmt. Diese gab es ansonsten nur, in geringerem Umfang, an Standort A.

Im Rahmen der Analyse von Baustein 3 konnten drei verschiedene Vernetzungstypen aus den empirischen Daten generiert werden. Standort D steht dabei für den (idealtypischen) Vernet-

zungstyp 1, bei dem neue, anlassbezogene Vernetzungsstrukturen im Sinne neuer Gremien, Arbeitskreise oder Austauschtreffen entstehen, bei denen eine professionsübergreifende Bestandsaufnahme oder Problembearbeitung im Mittelpunkt steht (vgl. Baustein 3, Kapitel „Entwickelte Unterstützungsformate: Vernetzungstypen“). Zu den Zielen dieses Vernetzungstyps gehört zunächst vor allem der Fachaustausch, aber auch die Verbesserung der Versorgungssituation durch verbesserte Zusammenarbeit und gemeinsam abgestimmtes Handeln.

Die zuständige Koordinatorin am Standort D berichtete, dass die Netzwerkpartner/innen im Rahmen der Dialogveranstaltungen die Möglichkeit hatten, sich und ihre Organisation gegenseitig ausführlich zu präsentieren. Die Netzwerkpartner/innen nutzen die Dialogveranstaltungen, um sich gegenseitig fachlich zu beraten, z.B. um sich eine fachliche Einschätzung zu aktuellen Vorhaben der eigenen Organisation zum Themenbereich Schwangerschaft und Flucht einzuholen.

Es ist plausibel anzunehmen, dass die Umsetzung der Dialogveranstaltungen an Standort D in besonderem Maße zu einer Intensivierung des fachlichen Austauschs beigetragen hat. Die Dialogveranstaltungen am Standort D scheinen sich damit als Vernetzungsformat nicht nur unter Berücksichtigung der qualitativen Befunde, sondern auch unter Berücksichtigung der Befunde der Netzwerkanalyse bewährt zu haben.

Das Netzwerk am Standort D wird in den beiden Abbildungen 6a und 6b visualisiert. In Abbildung 6b lässt sich der Zuwachs an fachlichem Austausch zwischen den Akteuren im Vergleich zur Ausgangssituation (vgl. Abb. 6a) erkennen. Deutlich wird, dass im Vergleich zur Ausgangssituation mehr Verbindungen zwischen den Akteuren im Netzwerk entstanden sind. Auffällig ist weiterhin, dass der Bereich der öffentlichen Verwaltung sehr gut vertreten ist (blaue Punkte), aber der Bereich mädchen- und frauenspezifische Hilfen und der medizinisch-geburtshilfliche Bereich im Netzwerk fehlen.

Abbildung 6a: Austauschnetzwerk an Standort D in der Ausgangssituation

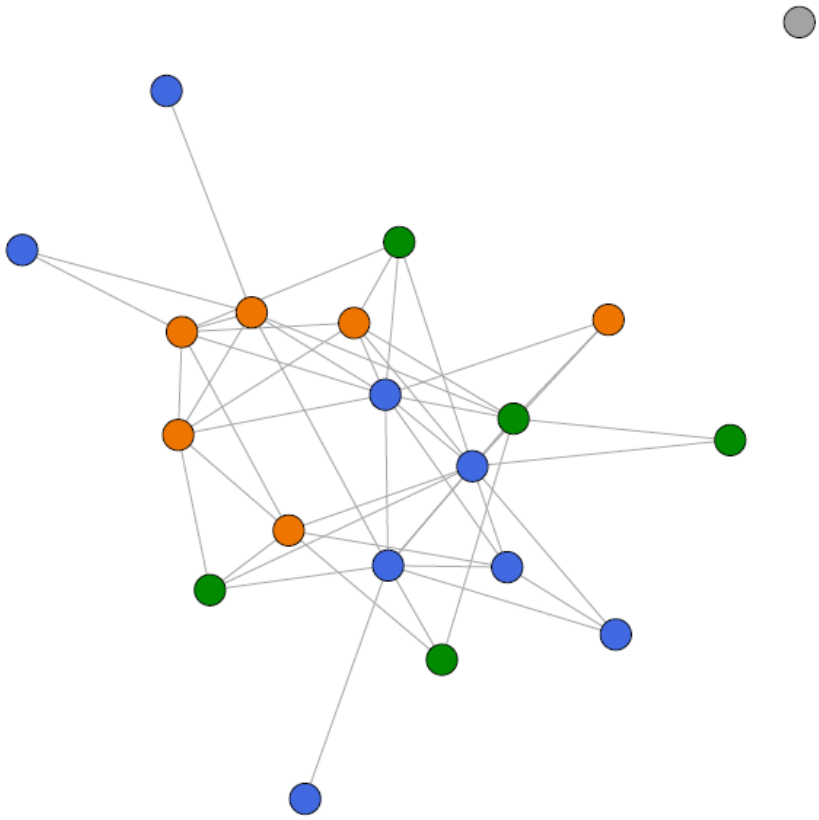
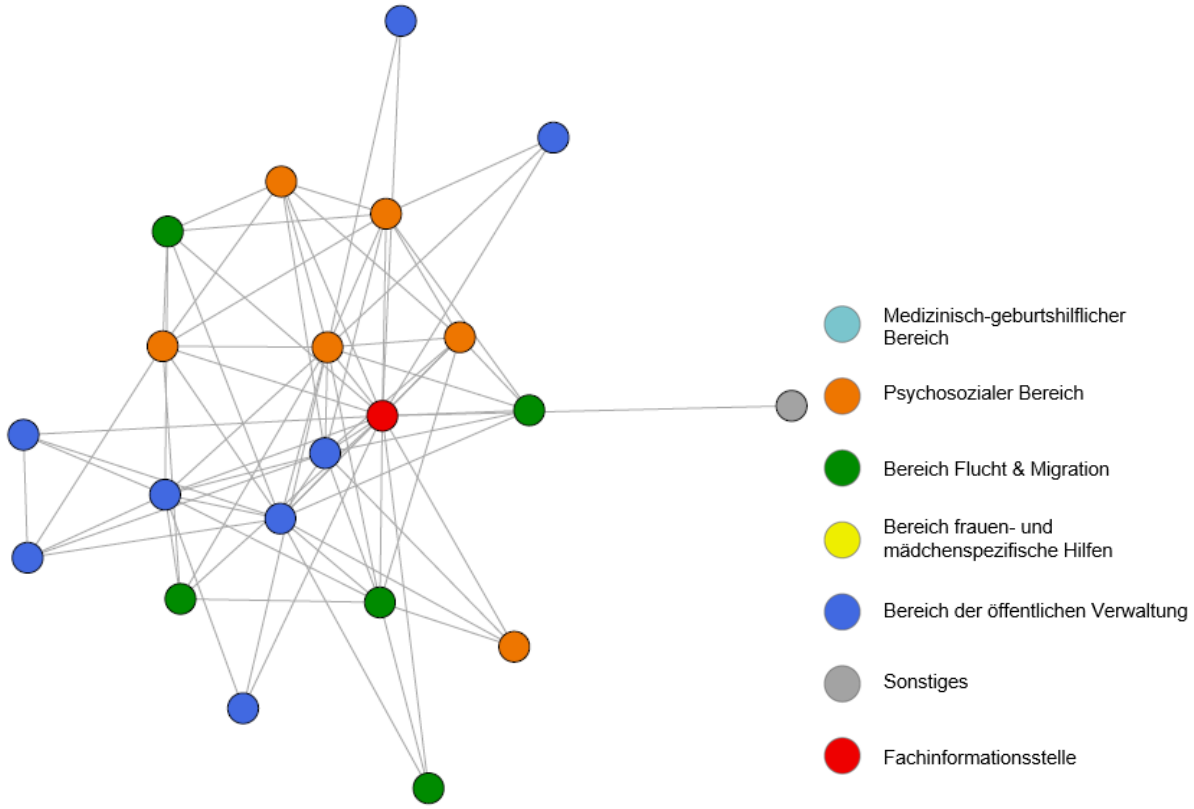


Abbildung 6b: Austauschnetzwerk an Standort D inklusive der Veränderungen durch das Projekt



Die Daten liefern Hinweise darauf, dass die besondere Schwerpunksetzung auf Fachveranstaltungen am Standort B zu dem – relativ gesehen – großen Zuwachs an fachlichem Austausch im Netzwerk geführt hat.

Im Rahmen der Befragung der Koordinatorinnen (Baustein 3) wurde deutlich, dass der Standort B, bei dem es durch das Fachdialognetz zu einer Verdoppelung der Verbindungen im Austauschnetzwerk kam (vgl. Tabelle 6), den Fachaustausch in besonderem Maße durch Fachveranstaltungen gefördert hat. Bei niedriger Netzwerkdichte in der Ausgangssituation konnten hier hohe Steigerungswerte erzielt werden. Gleichwohl existiert hier noch viel Spielraum zum Ausbau des Fachaustauschs, was die Bedeutung des Modellprojekts unterstreicht.

Das Netzwerk am Standort B wird in Abbildung 7a und 7b visualisiert. Die Abbildung 7b zeigt eine deutliche Zunahme an Verbindungen zwischen Akteuren im Netzwerk im Vergleich zur Ausgangssituation und eine Einbeziehung mehrerer Akteure, die im Vorfeld außerhalb des Netzwerks standen und keinen fachlichen Austausch mit anderen Akteuren hatten. Deutlich wird außerdem, dass die Fachinformationsstelle (roter Punkt) eine zentrale Rolle beim Fachaustausch einnimmt, da sie über eine große Anzahl an Verbindungen zu anderen Netzwerkpartner/innen verfügt.

Wie bereits erwähnt, konnten im Rahmen der Analyse von Baustein 3 drei verschiedene Vernetzungstypen aus den empirischen Daten generiert werden. Standort B steht dabei für den (idealtypischen) Vernetzungstyp 3, der als „Vernetzung in Kombination mit Wissenstransfer“ bezeichnet wurde. Zu den Zielen dieses Vernetzungstyps gehört neben dem Wissenstransfer vor allem der fachliche Austausch.

Bis einschließlich August 2018 wurden am Standort B insgesamt fünf Fachveranstaltungen durchgeführt. Die zuständige Koordinatorin am Standort B erläuterte zudem, dass sie die

Fachveranstaltungen methodisch so umsetzt, dass möglichst viel Raum für fachlichen Austausch zwischen den einzelnen Netzwerkpartner/innen bleibt. Interaktive Methoden wie Aufstellungen, Kleingruppen-Arbeit, Pause als Methode etc. werden dabei in der Planung und Durchführung der Veranstaltungen berücksichtigt.

Es ist also plausibel anzunehmen, dass die Umsetzung von interaktiven, austauschorientierten Fachveranstaltungen an Standort B in besonderem Maße zu einer Intensivierung des fachlichen Austauschs beigetragen hat.

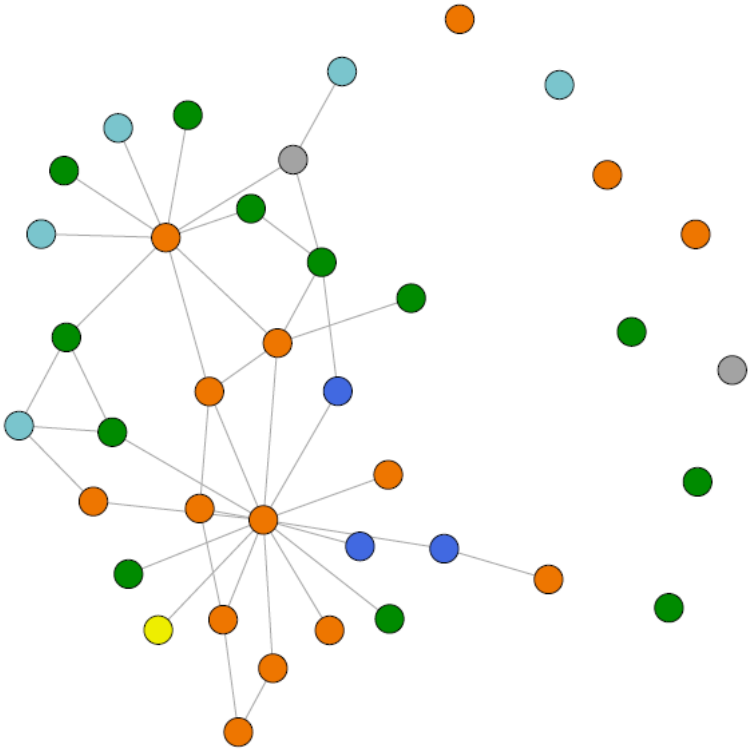
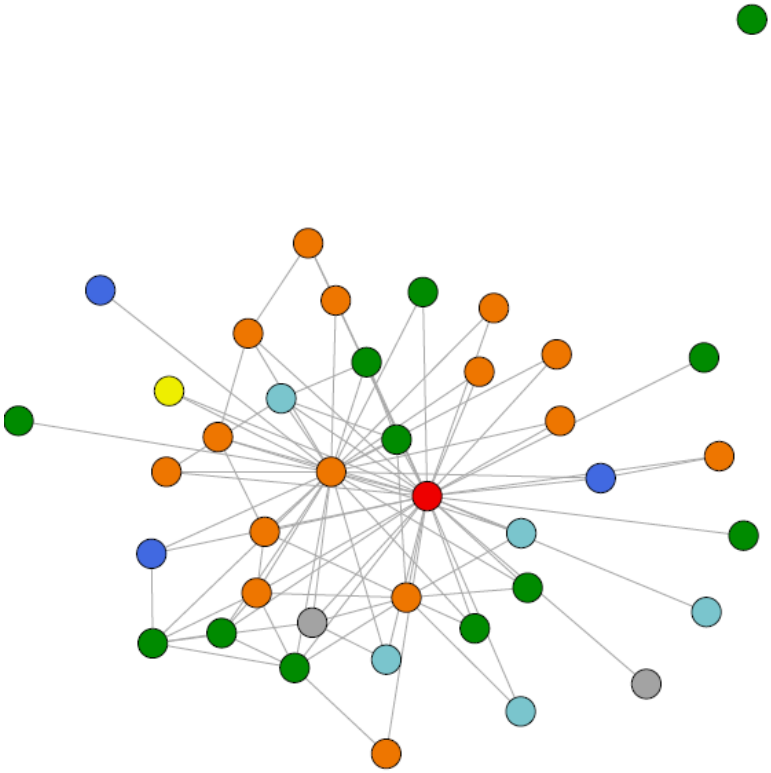


Abbildung 7a: Austauschnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation

Abbildung 7b: Austauschnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt



Einzelne Standorte konnten durch das Fachdialognetz die Dichte ihrer Aktivitätsnetzwerke nahezu verdoppeln oder gar verdreifachen. Gleichwohl sind die Aktivitätsnetzwerke durchaus ausbaufähig, da die Dichte der Netzwerke insgesamt relativ gering ist.

In den Aktivitätsnetzwerken konnten an einzelnen Standorten erstaunliche relative Steigerungen durch das Fachdialognetz erzielt werden, auch wenn sich die Dichtewerte hier zuzüglich der neu entstandenen Verbindungen durch das Fachdialognetz immer noch auf einem weitgehend niedrigen Niveau bewegen, nämlich zwischen 0,10 und 0,23 (vgl. Tabelle 7). Das bedeutet, dass relativ zur Ausgangssituation, bei der sehr wenige gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation umgesetzt wurden, sich die Verbindungen zwischen den Netzwerkpartner/innen durch das Fachdialognetz deutlich erhöht haben. Hier fallen wieder die bereits erwähnten Standorte D und B auf: An diesen beiden Standorten konnten sich die Verbindungen nahezu verdoppeln (Standort D), und zwar von 0,08 auf 0,15 oder sogar mehr als verdreifachen (Standort B), und zwar von 0,03 auf 0,10.

Tabelle 7: Dichte der Aktivitätsnetzwerke

Standort	Anzahl der Kooperationspartner/innen	Aktivitäten: Dichte in der Ausgangssituation	Aktivitäten: Dichte inklusive der Veränderungen durch das Modellprojekt	**Zugewinn durch das Modellprojekt**
A	33	0,097	0,161	**0,064**
B	39	0,030	0,096	**0,066**
C	17	0,191	0,234	**0,043**
D	21	0,084	0,152	**0,068**
Gesamt Ø		**0,101**	**0,161**	**0,060**

Zur visuellen Verdeutlichung der Zugewinne werden hier die Netzwerkkarten von Standort B dargestellt (vgl. Abb.8a und 8b). In Abbildung 8b zeigt sich ein großer Gewinn an Verbindungen zwischen Netzwerkakteuren im Vergleich zur Ausgangssituation. Es ist deutlich zu sehen, dass neue Verbindungen entstanden sind und insbesondere auch diejenigen Akteure, die bislang noch nicht in die Umsetzung gemeinsamer Aktivitäten einbezogen waren, durch das Modellprojekt gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation umgesetzt haben.

Um welche Aktivitäten handelt es sich hier? Im Gespräch mit den Koordinatorinnen an den Standorten wurde deutlich, dass die Spannbreite dessen, was unter Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen gefasst werden kann, sehr breit ist. Beispiele für gemeinsame Aktivitäten, die von den Koordinatorinnen genannt

wurden, umfassten die gemeinsame Planung und Durchführung von Fachveranstaltungen, die Gründung eines neuen Gremiums zur Verbesserung der Versorgungssituation in einer Gemeinschaftsunterkunft und Kooperationen zwischen Beratungsstellen und Dolmetscherdiensten. Gleichwohl besteht insbesondere bei der Umsetzung gemeinsamer Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation an der Schnittstelle Schwangerschaft und Flucht viel Spielraum „nach oben“, da sich die Dichte der Aktivitätsnetzwerke, wie oben dargestellt, immer noch auf einem relativ niedrigen Niveau bewegt.

Abbildung 8a: Aktivitätsnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation

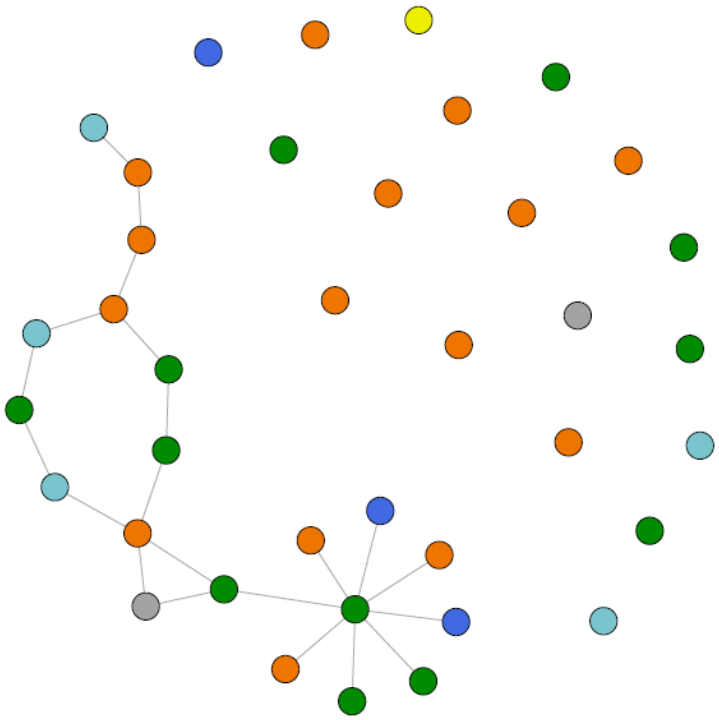
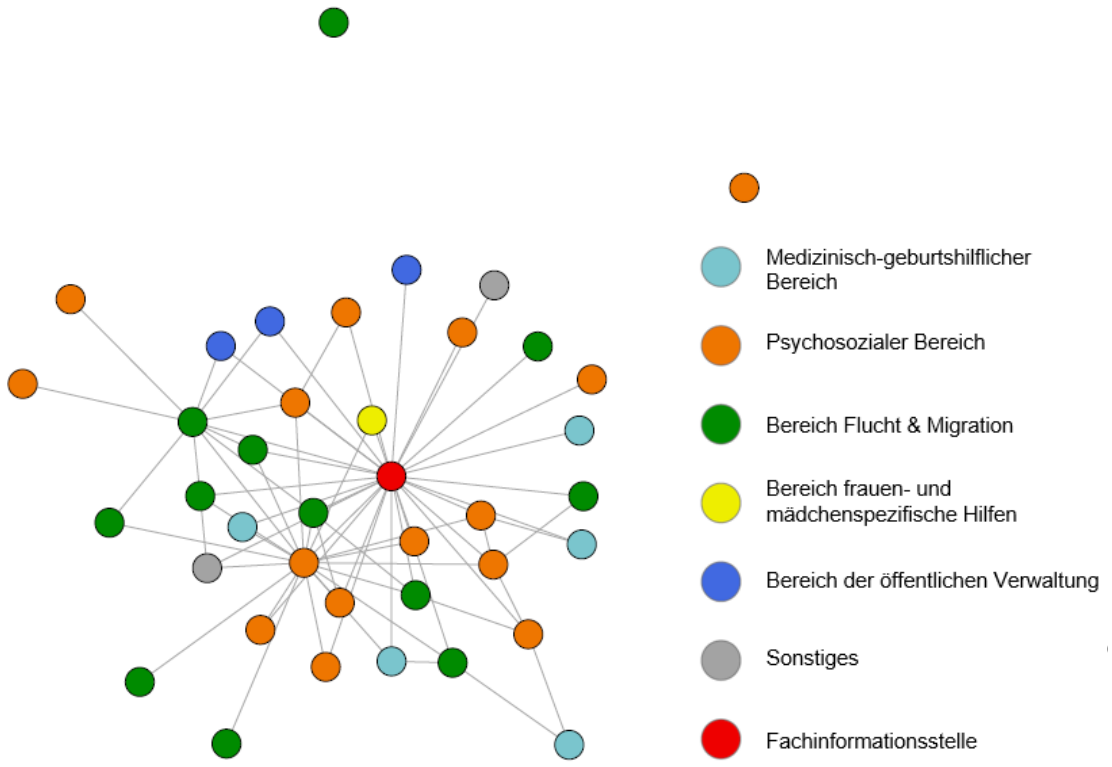


Abbildung 8b: Aktivitätsnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt



5.3 MEHRWERT UND LEISTUNGEN DES MODELLPROJEKTS

Der Mehrwert des Modellprojekts besteht nicht nur in neu entstandenen Verbindungen zwischen den Fachinformationsstellen und den anderen Partner/innen am jeweiligen Standort, sondern auch in den neuen Verbindungen der Partner/innen untereinander. Dies lässt sich an drei Standorten nachweisen.

Grundsätzlich sind zwei verschiedene Typen von neu entstandenen Verbindungen möglich.

Zum einen können Verbindungen – d.h. also Kontakte, Austauschverbindungen und Aktivitätsverbindungen – zwischen den Fachinformationsstellen auf der einen Seite und den weiteren Netzwerkpartner/innen auf der anderen Seite neu entstehen. Beispielsweise hatten die Fachinformations- und Vernetzungsstellen im Rahmen der Bestandsaufnahmen Kontakt mit den Netzwerkpartner/innen und tauschten sich fachlich aus. Auch die Umsetzung von gemeinsamen Aktivitäten mit der Fachinformationsstelle als Partnerin, wie z.B. die gemeinsame Umsetzung von Fachveranstaltungen des Modellprojekts oder die Umsetzung eines Moduls Schwangerschaft und Flucht in der Hebammenausbildung (siehe Baustein 3) fällt in diese Kategorie der möglichen neu entstandenen Verbindungen zwischen Fachinformationsstellen und anderen Netzwerkpartner/innen.

Zum anderen können auch ohne direkte Beteiligung des Modellprojekts Verbindungen der Partner/innen untereinander neu entstehen (sogenannte Querverbindungen). Dazu gehören das Kennenlernen von neuen Netzwerkpartner/innen auf Veranstaltungen des Modellprojekts, der fachliche Austausch, den die Fachinformationsstellen unter den Netzwerkpartner/innen gefördert haben, und die Umsetzung von gemeinsamen Aktivitäten, zu denen die Netzwerkpartner/innen durch das Modellprojekt angeregt wurden.

Dass die Fachinformations- und Vernetzungsstellen direkten Kontakt zu den Partner/innen knüpfen, stellt allerdings die Basis dafür da, dass sich auch die Partner/innen mit Hilfe des Modellprojekts untereinander neu oder stärker vernetzen. In beiden Fällen handelt es sich um Leistungen und Maßnahmen des Modellprojekts, die den Projekterfolg bzw. den Mehrwert, den das Projekt erzielt hat, beschreiben. Inwiefern unter den neu entstandenen Verbindungen aber nicht nur solche sind, an denen die Fachinformations- und Vernetzungsstellen direkt beteiligt sind, sondern auch Querverbindungen, ist eine wichtige Frage, um den Mehrwert des Projekts genauer zu beschreiben. Dies lässt sich anhand der Dichtewerte untersuchen.[16]

Hier zeigt sich, dass der Mehrwert des Projekts an einem Standort (Standort C) ausschließlich in neuen Verbindungen zwischen der Fachinformations- und Vernetzungsstelle und den Projektpartner/innen besteht. In dem mit 17 Partner/innen sehr kleinen Netzwerk erfolgte eine Verstärkung des Fachaustauschs und die Umsetzung gemeinsamer Aktivitäten ausschließlich mit der Fachinformations- und Vernetzungsstelle (und nicht in Form von Querverbindungen).
An den anderen drei Standorten zeigt sich ein etwas anderes, wenn auch in sich diverses Bild. Hier ist ein nicht unerheblicher Teil von Verbindungen zwischen den Partner/innen dank dem Modellprojekt neu entstanden. Es handelt sich an den meisten Standorten um etwa ein Drittel bis zur Hälfte der neu entstandenen Verbindungen. Bei den Aktivitätsnetzwerken sind an zwei Standorten sogar über die Hälfte der neuen Verbindungen solche, die sich auf gemeinsame Aktivitäten der Partner/innen untereinander beziehen.[17]
Das bedeutet also, dass der Mehrwert des Projekts sich auf beide Leistungsbereiche bezieht, auch wenn im Durchschnitt über alle Standorte hinweg der größere Teil der Netzwerkverbin-

[16] Die Veränderung der Netzwerkdichte in Bezug auf die Querverbindungen in den Netzwerken wurde errechnet, indem die Fachinformations- und Vernetzungsstellen (und damit auch all ihre Verbindungen mit anderen Netzwerkpartner/innen) aus der Gesamtdichte der Netzwerke herausgenommen wurden. So kann der prozentuale Zuwachs an Verbindungen zwischen den Netzwerkpartner/innen in Beziehung gesetzt werden zum prozentualen Zuwachs, der nur auf den neu entstandenen Verbindungen mit den Fachinformations- und Vernetzungsstellen beruht.
[17] Über die Standorte hinweg zeigen sich im Mittel nur geringfügige Unterschiede im Hinblick auf Kontakt-, Austausch- und Aktivitätsnetzwerke.

dungen auf Verbindungen zwischen den Fachinformationsstellen und den anderen Partner/innen am Standort zurückzuführen ist und nicht auf die Querverbindungen.

5.4 DIVERSITÄT DER NETZWERKE

An zwei Standorten sind die Netzwerke durch das Fehlen des medizinisch-geburtshilflichen Bereichs noch nicht optimal aufgestellt. Eine längere Projektlaufzeit könnte dies ggfs. ändern.

Wichtig für die Leistungsfähigkeit von Netzwerken ist ihre Diversität. An zwei Standorten gelang es, alle identifizierten Arbeitsbereiche in die Netzwerke einzubeziehen. An den anderen beiden Standorten ist der medizinisch-geburtshilfliche Bereich nicht vertreten. Damit ist ein wichtiger Arbeitsbereich in der Netzwerkarbeit, so wie sie sich in der Datenbank abbildet, nicht präsent. Allerdings bedeutet das nicht, dass nicht auch einzelne Akteure aus dem medizinisch-geburtshilflichen Bereich an Veranstaltungen des Modellprojekts teilgenommen haben. Aus den Befunden aus Baustein 3 wissen wir, dass insbesondere strukturelle Schwierigkeiten für den Mangel an Einbindung dieses Bereichs verantwortlich sind, wie die Überlastung des Arbeitsbereichs und die Art der Tätigkeit (z.B. Freiberuflichkeit). Insgesamt ist es jedoch wünschenswert, diesen Bereich an allen Standorten einzubeziehen; dafür bräuchte das Modellprojekt ggfs. eine längere Laufzeit, die es ermöglicht, Akteure aus dem medizinisch-geburtshilflichen Bereich trotz struktureller Überlastung davon zu überzeugen, dass sie von der Netzwerkarbeit profitieren.

Anhand der Netzwerkkarten können wir sehen, dass die jeweiligen Arbeitsbereiche in unterschiedlichem Grad in die Netzwerke eingebunden sind. An den Standorten A und C ist der Bereich Flucht und Migration der am stärksten vertretene Bereich (vgl. Abb. 5a und 5b), am Standort B ist der psychosoziale Bereich am stärksten vertreten (vgl. Abb. 7a und 7b). Diese beiden Bereiche umfassen auch insgesamt über alle acht Standorte hinweg die meisten Akteure. Am Standort D ist der am stärksten vertretene Bereich der der öffentlichen Verwaltung (vgl. Abb. 6a und 6b). Dies ist insofern eine Besonderheit, weil dieser Arbeitsbereich insgesamt deutlich weniger gut vertreten ist. Da es sich beim Bereich der öffentlichen Verwaltung um Akteure aus den kommunalen Regelstrukturen handelt, besteht hier im besonderen Maße die Chance, die Effekte des Modellprojekts nachhaltig zu verankern.

5.5 ZENTRALITÄT DER FACHINFORMATIONS- UND VERNETZUNGSSTELLEN UND NACHHALTIGKEIT

Dass die Fachinformations- und Vernetzungsstellen eine zentrale Rolle im Netzwerk einnehmen, zeigt sich in den hohen Zentralitätswerten der Fachinformations- und Vernetzungsstellen.

Einen Aufschluss über die Steuerung des Netzwerks und die Bedeutung einzelner Akteure für das Netzwerk geben die Zentralitätswerte der einzelnen Akteure, die die Stellung des einzelnen Akteurs im Netzwerk beschreiben. Ein degreebasierter Zentralitätswert von 1,0 bedeutet, dass zwischen dem Akteur und allen anderen Akteuren eine direkte Verbindung besteht.[18] Ein niedriger Wert dagegen verweist darauf, dass der jeweilige Akteur – immer in Bezug auf die jeweils untersuchte Beziehungsdimension – eine marginale Rolle im Netzwerk spielt (vgl. Camino/ISS 2018).

[18] Freeman (1979) hat drei unterschiedliche Grundlagen für die Berechnung von Zentralitätsindizes entwickelt. Wir beziehen uns hier auf den sogenannten Degree der Akteure.

An allen Standorten haben die Fachinformations- und Vernetzungsstellen die höchsten Zentralitätswerte.[19] Ihnen kommt also eine besondere Rolle für den Fachaustausch und die Zusammenarbeit bei Aktivitäten im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht zu, weil sie über die meisten Verbindungen im Netzwerk verfügen. Die Zentralitätswerte für die Fachinformations- und Vernetzungsstellen liegen bei den Austauschnetzwerken durchgängig sehr hoch, nämlich zwischen 0,81 und 1 (vgl. Tabelle 4). Das bedeutet, dass die Fachinformations- und Vernetzungsstellen nahezu mit allen Netzwerkpartner/innen im Fachaustausch stehen oder standen.

Bei den Aktivitätsnetzwerken schwankt der Wert zwischen den Standorten, nämlich zwischen 0,30 und 0,79 (vgl. Tabelle 4). Gleichwohl handelt es auch hier um die höchsten Zentralitätswerte im jeweiligen Netzwerk (mit einer Ausnahme am Standort D), die jedoch insgesamt niedriger ausfallen als bei den Austauschnetzwerken. Wir wissen, dass die Aktivitätsnetzwerke eine deutlich niedrigere Dichte aufweisen. Die vorliegenden Befunde zeigen, dass zwar vergleichsweise weniger Netzwerkpartner/innen an gemeinsamen Aktivitäten beteiligt sind (als am gemeinsamen Fachaustausch), aber die Fachinformations- und Vernetzungsstellen bei der Umsetzung dieser Aktivitäten eine zentrale Rolle einnehmen.

Bei den Kontaktnetzwerken liegt der Zentralitätswert der Fachinformations- und Vernetzungsstellen bei 1,0, da die Fachinformations- und Vernetzungsstellen zu allen Netzwerkpartner/innen Kontakt hatten, u.a. aufgrund der Erstellung der Datenbank und der Durchführung der Bestandsaufnahmen.

Damit kommt den Fachinformations- und Vernetzungsstellen insgesamt eine wichtige Rolle in den untersuchten Netzwerken zu, da diese aufgrund ihrer zentralen Stellung die Möglichkeit haben, das Netzwerk entsprechend zu steuern, zu organisieren und zu beeinflussen. Hier stellt sich aber die Frage, was dies für die Nachhaltigkeit des befristeten Modellprojekts bedeutet.

Tabelle 8: Zentralität der Fachinformations- und Vernetzungsstellen in den Beziehungsdimensionen Austausch und Aktivitäten

Standort	Zentralität im Austauschnetzwerk	Zentralität im Aktivitätsnetzwerk
A	1	0,469
B	0,895	0,789
C	0,813	0,563
D	0,950	0,300
Gesamt Ø	**0,915**	**0,530**

Hinweise auf eine mögliche Nachhaltigkeit des Projekts ergeben sich dadurch, dass durch die Arbeit der Fachinformations- und Vernetzungsstellen andere Netzwerkpartner/innen ihre Zentralität im Netzwerk steigern konnten.

Eine Dimension von Nachhaltigkeit besteht im Erhalt von Strukturen (vgl. Behn et al. 2013, 123f.). Als strukturell nachhaltig können z.B. Arbeitsstrukturen bezeichnet werden, die sich im Rahmen der Netzwerkarbeit des Modellprojekts herausgebildet haben und die auch nach Ende des Modellprojekts fortbestehen. Auch wenn anhand der Netzwerkanalyse keine definitiven

[19] Mit einer Ausnahme: Bei den Aktivitätsnetzwerken am Standort D hat die pro familia Beratungsstelle einen höheren Zentralitätswert als die Fachinformations- und Vernetzungsstelle.

Aussagen zur strukturellen Nachhaltigkeit des Modellprojekts getroffen werden können, können zumindest erste Hinweise daraus generiert werden. Hier ist besonders interessant, ob durch die Arbeit der zeitlich befristeten Fachinformations- und Vernetzungsstellen andere Netzwerkpartner/innen ihre Zentralität im Netzwerk steigern konnten.

Der Standortvergleich zeigt, dass durch die Arbeit der Fachinformations- und Vernetzungsstellen nahezu alle Netzwerkpartner/innen ihre Zentralität im Netzwerk steigern, jedoch in geringem Umfang.[20] Außer am Standort C konnte an allen Standorten jedoch mindestens ein/e weitere/r Netzwerkpartner/in ihre Zentralität durch die Arbeit des Modellprojekts deutlich steigern; z.T. konnten dies auch mehrere Netzwerkpartner/innen.[21] Dies können zumindest erste Hinweise auf eine mögliche strukturelle Nachhaltigkeit des Modellprojekts sein.

Durch den Standortvergleich wird deutlich, dass eine Typisierung dieser Netzwerkpartner/innen, die in besonderem Maße von der Arbeit des Modellprojekts profitiert haben, indem sie ihre Stellung im Netzwerk durch neue Kontakte, Austausch- und Aktivitätsbeziehungen verbessern konnten, nicht möglich ist, da es sich um sehr unterschiedliche Partner/innen handelt. Dazu ein Beispiel: Am Standort A ist es die kommunale Gesundheitsberichterstattung, die sowohl viele neue Kontaktpartner/innen als auch Austauschpartner/innen dazu gewinnen konnte, der Hebammenlandesverband am gleichen Standort konnte insbesondere beim Fachaustausch neue Partner/innen gewinnen und in Bezug auf gemeinsame Aktivitäten konnte ein Frauenzentrum an diesem Standort besonders von neuen Verbindungen profitieren. Damit gehören Akteure aus drei verschiedenen Arbeitsbereichen zu denjenigen Akteuren, die durch das Modellprojekt ihre Zentralität entsprechend steigern konnten.

Deutlich wird durch den Standortvergleich aber auch, dass insbesondere die pro familia Beratungsstellen durch das Modellprojekt eine zentralere Position im Netzwerk einnehmen. Dies erscheint einleuchtend, da die Fachinformationsstellen eng mit den Mitarbeiter/innen der Beratungsstellen zusammenarbeiten und die befragten Netzwerkpartner/innen dadurch auch in dieser Hinsicht neue Verbindungen knüpfen konnten. Damit sind die Beratungsstellen der pro familia dafür prädestiniert, das Thema Schwangerschaft und Flucht auch nach Abschluss des Modellprojekts weiter federführend an den Standorten in Zusammenarbeit mit anderen Netzwerkpartner/innen zu bearbeiten.

Wenn man in Bezug auf die Nachhaltigkeit qualitative Befunde hinzuzieht, die im Rahmen der Workshops generiert wurden, lassen sich weitere Hinweise für eine mögliche Nachhaltigkeit des Modellprojekts finden. Hier wurden beispielsweise am Standort A Strukturen insofern nachhaltig verankert, als ein Runder Tisch, der vom Modellprojekt initiiert wurde, jetzt von den kommunalen Verwaltungsstrukturen als fester Arbeitskreis installiert und übernommen wurde.

Hinweise auf die Nachhaltigkeit ergeben sich auch durch die hohe Einbeziehung der kommunalen Verwaltung am Standort D, die im Rahmen des Workshops thematisiert wurde. Hier können wir feststellen, dass insbesondere ein kommunales Projekt zur interkulturellen Öffnung der Verwaltung Kontakte hinzugewinnen und den Fachaustausch mit anderen Partner/innen im Netzwerk intensivieren konnte. Ziel dieses Projekts ist der Abbau von strukturellen Zugangsbarrieren für Menschen mit familiärer Migrationsgeschichte. Durch die stärkere Anbindung von freien Trägern an die öffentliche Verwaltung durch Kontakt, Fachaustausch und gemeinsame Aktivtäten besteht ebenfalls ein Potential zur Nachhaltigkeit über die Projektlaufzeit hinaus.

[20] Mehrheitlich lag die Steigerung bei unter 10 Prozentpunkten.
[21] Mit einer deutlichen Steigerung ist eine Steigerung um über 10 Prozentpunkte gemeint.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Anhand der Netzwerkanalyse konnte aufgezeigt werden, dass es in den untersuchten Netzwerken durch das Modellprojekt zu einem Zugewinn an Kontakten, an fachlichem Austausch und an Aktivitäten gekommen ist. Dieser Zugewinn basiert nicht nur auf den neu entstandenen Kontakten, dem Fachaustausch oder den Aktivitäten, an denen die Fachinformations- und Vernetzungsstellen direkt beteiligt sind, sondern auch auf neu entstandenen Verbindungen zwischen den Partner/innen (zumindest an drei von vier Standorten, an denen die Netzwerkanalyse ausgewertet werden konnte). Die Zentralität der Fachinformations- und Vernetzungsstellen verweist auf die zentrale Position, die diese im Netzwerk innehaben. Aus netzwerkanalytischer Perspektive liegen Hinweise darauf vor, dass das Modellprojekt mit seinem Ansatz der Vernetzung von Fachkräften im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht eine strukturelle Lücke schließt. Insbesondere im Hinblick auf einen Zugewinn an Fachaustausch konnte das Modellprojekt gute Ergebnisse erzielen, während das Potential an Verbindungen über gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation noch nicht ausgeschöpft erscheint.

Aufgabe des Bausteins 5 war auch, neben der Generierung von Befunden zu den Standorten, auf einer übergeordneten Ebene Schlussfolgerungen in Bezug auf idealtypische Netzwerkstrukturen im Bereich Schwangerschaft und Flucht zu ziehen. Wenn wir von idealtypischen Netzwerkstrukturen sprechen, dann meinen wir potentiell leistungsfähige Netzwerke, die geeignet sind, das übergeordnete Projektziel zu erreichen, das in der Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen liegt.

Die Grundannahme des Modellprojekts ist es, dass Kontakte der Organisationen untereinander, ein guter Fachaustausch und die Umsetzung gemeinsamer Aktivitäten zu einer besseren Versorgungssituation für die End-Zielgruppe schwangere, geflüchtete Frauen führen. Diese Grundannahme ist aufgrund der Analyse der Sekundärliteratur (Baustein 1) und der Analyse der Barrieren und der Angebotsstruktur (Baustein 2), die wir im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführt haben, plausibel. Sie lässt sich aber nicht als Ergebnis des Modellprojekts belegen, denn dazu hätte eine detaillierte Erhebung der Ausgangslage der Versorgungssituation an den einzelnen Standorten erfolgen müssen, was nicht Gegenstand der Evaluation war.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun in Bezug auf idealtypische bzw. leistungsfähige Netzwerke aufgrund netzwerktheoretischer Annahmen am Beispiel der untersuchten Netzwerke ziehen? Geht man mit Strobl (2013, Strobl et al. 2018) davon aus, dass (vergleichbare) Netzwerke eine Dichte zwischen 0,2 und 0,5 aufweisen sollten, um effektiv zu sein, damit einerseits nicht zu viele Ressourcen in die Aufrechterhaltung der Netzwerkbeziehungen fließen und andererseits eine ausreichende Dichte gewährleistet ist, so können die durch das Modellprojekt entstandenen Kontakt- und Austauschnetzwerke als leistungsfähig[22] bezeichnet werden (mit Ausnahme des Stadtstandorts B, der eine Dichte unter 0,2 aufweist). Die Aktivitätsnetzwerke erreichen jedoch nur an einem Standort (Standort A) einen Dichtewert, der über 0,2 liegt.

Auch wenn wir berücksichtigen, dass es wahrscheinlich ist, dass Aktivitätsnetzwerke aufgrund der stärkeren Intensität der Beziehungsdimension eine geringere Dichte als Kontakt- und Austauschnetzwerke aufweisen, können wir jedoch annehmen, dass die hier untersuchten Aktivitätsnetzwerke ihre Dichte noch steigern müssen, um als potenziell leistungsfähig bezeichnet werden zu können. Dies ist insbesondere deswegen relevant, da anzunehmen ist, dass ge-

[22] Damit ist allerdings noch nichts über die dauerhafte Leistungsfähigkeit der untersuchten Netzwerke ausgesagt, da es sich bei der Untersuchung nur um eine Momentaufnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt handelt.

meinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation in besonderem Maße zu dem übergeordneten Projektziel beitragen.

Weitere Hinweise auf die Leistungsfähigkeit von Netzwerken im Bereich Schwangerschaft und Flucht ergeben sich aus der Diversität der Netzwerke. Maximal diverse Netzwerke sind solche, bei denen es, wie an zwei der untersuchten Standorte, gelang, alle relevanten Arbeitsbereiche in das Netzwerk einzubeziehen: Diese verweisen dabei ebenfalls auf leistungsfähige Netzwerke, die potenziell in der Lage sind, die Situation von schwangeren, geflüchteten Frauen zu verbessern.

Hinweise auf eine größere Nachhaltigkeit des Modellprojekts auch nach dessen Abschluss und damit auch auf die Leistungsfähigkeit von den untersuchten Netzwerken ergeben sich auch aus den Zentralitätswerten. Wir gehen davon aus, dass eine Grundlage für die Leistungsfähigkeit der Netzwerke dann gelegt ist, wenn nicht allein die Fachinformations- und Vernetzungsstellen eine zentrale Rolle im Netzwerk einnehmen (denn dann wäre die Nachhaltigkeit des befristeten Modellprojekts gefährdet), sondern auch andere Netzwerkpartner/innen die Aufgabe übernehmen, das Schnittstellenthema Schwangerschaft und Flucht zu bearbeiten (in Form von Fachaustausch oder gemeinsamen Aktivitäten).

Hier sind aufgrund der Auswertung der Zentralitätswerte an erster Stelle die Beratungsstellen der pro familia zu nennen, die aufgrund ihrer Netzwerkposition geeignet sind, die Anliegen des befristeten Modellprojekts weiterzuführen und in ihre Arbeit zu integrieren. Dass dies geschieht, dafür sprechen Ergebnisse der Befragung der Koordinatorinnen in Baustein 3, die davon ausgehen, dass das Modellprojekt einerseits zur internen fachlichen Weiterentwicklung und interkulturellen Öffnung der pro familia Beratungsstellen beigetragen hat, und andererseits auch das interkulturelle Angebot der Beratungsstellen bekannter gemacht hat. Dies spricht für den Relevanzerhalt, also eine Weiterbearbeitung des Themas innerhalb der eigenen Strukturen, und ggfs. auch für strukturelle Nachhaltigkeit, also den Erhalt von Arbeitsstrukturen. Strukturelle Nachhaltigkeit und Relevanzerhalt sind Dimensionen von Nachhaltigkeit (Behn et al. 2013). Zudem gibt es aber auch Zugewinne an Zentralität von anderen Netzwerkpartner/innen, die durch das Modellprojekt entstanden sind, und die ein Nachhaltigkeitspotenzial bieten, wie z.B. insbesondere die bessere Vernetzung von Akteuren aus dem Bereich der öffentlichen Verwaltung mit Akteuren aus anderen Arbeitsbereichen.

Leistungsfähige Netzwerke im Bereich Schwangerschaft und Flucht sollten also wie beschrieben eine gewisse Dichte aufweisen, um effektiv und handlungsfähig zu sein, und möglichst divers aufgestellt sein, d.h. alle relevanten Akteursgruppen, insbesondere auch den medizinisch-geburtshilflichen Bereich, einbeziehen. Die Zentralität von Netzwerkpartner/innen, die in der Lage sind, zu diversen Netzwerkpartner/innen dichte Beziehungen zu pflegen und damit die Relevanz des Themas zu erhalten, kann förderlich für die Leistungsfähigkeit des Netzwerks sein.

Verlässt man die Ebene der formalen Netzwerkanalyse, die diesem Baustein zugrunde liegt, ist im Hinblick auf die Frage leistungsfähiger Netzwerke zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen die Perspektive auf Interorganisationsnetzwerke möglicherweise ertragreich. Interorganisationsnetzwerke werden verstanden als „die zielgerichtete Koordination von Akteuren, die miteinander kooperieren, um ihre Interessen durchzusetzen“ (Weyer 2011, 53). Interorganisationsnetzwerke können in Form von Innovations- und Diffusionsnetzwerken auftreten. Innovations- und Diffusionsnetzwerke sind solche, die eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Entwicklung von Neuem und seiner Verbreitung spielen (vgl. Weyer 2011, 57). Die Bezeichnung wird zwar in erster Linie für Unternehmensnetzwerke verwendet, die neue soziotechnische Systeme entwickeln und durch die gemeinsame Tätigkeit im Netzwerk Risiken minimieren und Unsicherheiten bewältigen. Trotzdem lassen sich gewisse Parallelen zu unseren untersuchten Netzwerken ziehen. Aufgrund der vorliegenden Befunde aus den verschiedenen Bausteinen der wissenschaftlichen Begleitung können wir davon

ausgehen, dass die Zusammenführung der Arbeitsbereiche Schwangerschaft und Flucht etwas substanziell Neues darstellt. Insbesondere der rechtebasierte Fokus der Arbeit im Themenbereich Schwangerschaft und Flucht, der der Arbeit des Modellprojekts zugrunde liegt, hat – so die Koordinatorinnen in den Auswertungsworkshops zu Baustein 5 [23] – innovative Impulse in die Debatte im Themenfeld gebracht. Dazu zählt auch, zumindest an einigen Standorten, die Einbeziehung vielfältiger migrantischer Perspektiven durch die Einbindung von migrantischen Expertinnen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen bei Veranstaltungen. Aufgrund vorliegender Untersuchungen (vgl. ebd.) kann davon ausgegangen werden, dass Innovationsnetzwerke ihre Produktivität zum einen durch lockere, informelle Netzwerkstrukturen erzielen, andererseits durch starke Bindungen von Netzwerkpartner/innen, die gemeinsam Handlungen umsetzen. Auch hier zeigt sich, dass das Modellprojekt grundsätzlich gut aufgestellt ist, war es doch das erklärte Ziel, einerseits gemeinsame Aktivitäten umzusetzen, die wir im Rahmen der Netzwerkanalyse messen konnten, und andererseits auch zur informellen Vernetzung der unterschiedlichen Akteure beizutragen, beispielsweise im Rahmen von Dialog- und Fachveranstaltungen. Hinweise darauf, dass diese beiden methodischen Herangehensweisen zu einer Steigerung der Dichte der Netzwerke beigetragen haben, lassen sich wie beschrieben aus den Ergebnissen der Netzwerkanalyse ableiten, wobei die gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen noch intensiviert werden könnte, um neue bedarfsgerechte Angebote zu schaffen. Bei vorhandenen Ressourcen zur Weiterführung der Vernetzungsarbeit erscheint es sinnvoll, genau an diesem Punkt anzusetzen.

[23] Die Auswertungsworkshops werden im zweiten Kapitel „Methodisches Vorgehen“ beschrieben.

QUELLENVERZEICHNIS

Behn, Sabine/Bohn, Irina/Karliczek, Kari-Maria/Lüter, Albrecht/Sträter, Till: (2013): Lokale Aktionspläne für Demokratie. Zivilgesellschaft und Kommune in der Auseinandersetzung mit Rechtsextremismus. Weinheim/Basel

Camino/ISS (2018): Vierter Zwischenbericht zum Berichtszeitraum 1.1.2018 bis 31.12.2018 der Wissenschaftlichen Begleitung des Programmbereichs „Partnerschaften für Demokratie“ im Programm „Demokratie leben! Aktiv gegen Rechtsextremismus, Gewalt und Menschenfeindlichkeit“. Berlin

Freeman, Linton C. (1979): Centrality in Social Networks. Conceptual Clarification. Social Networks 1, S. 215-239

Fuhse, Jan A. (2016): Soziale Netzwerke: Konzepte und Forschungsmethoden. Konstanz

Jansen, Dorothea (2006): Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden

pro familia Bundesverband (2017): Fachinformations- und Vernetzungsstellen für die qualifizierte Hilfe und Unterstützung von schwangeren, geflüchteten Frauen. Projektbeschreibung des Modellprojekts des pro familia Bundesverbands, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Sakschewski, Thomas (2018): Dichte. www.thomas-sakschewski.de/wissensstrukturplan/glossar/d_dichte.php, 20.2.2018

Strobl, Rainer/Klemm, Jana/Werner, Merle/Lobermeier, Olaf (2018): Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung der dritten Programmphase des Bundesprogramms „Zusammenhalt durch Teilhabe“ (interner Bericht)

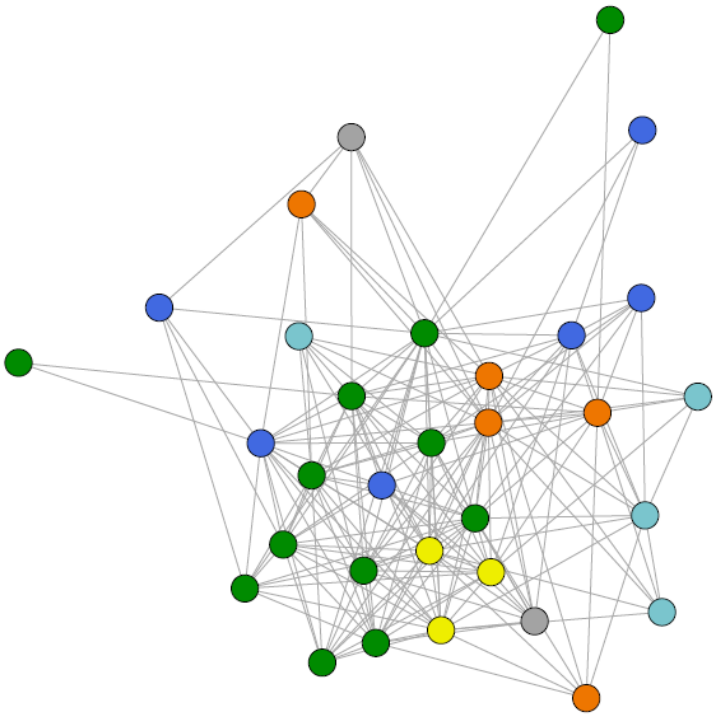
Strobl, Rainer (2013): Analyse der Vernetzung im Rahmen des Dortmunder Aktionsplans in Dortmund. In: Grau, Andreas/Heitmeyer, Wilhelm (Hg.): Menschenfeindlichkeit in Städten und Gemeinden. Weinheim/Basel, S. 202-222

Weyer, Johannes (2011): Zum Stand der Netzwerkforschung in den Sozialwissenschaften. In: Weyer, Johannes (Hg.): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. München, S.39-64

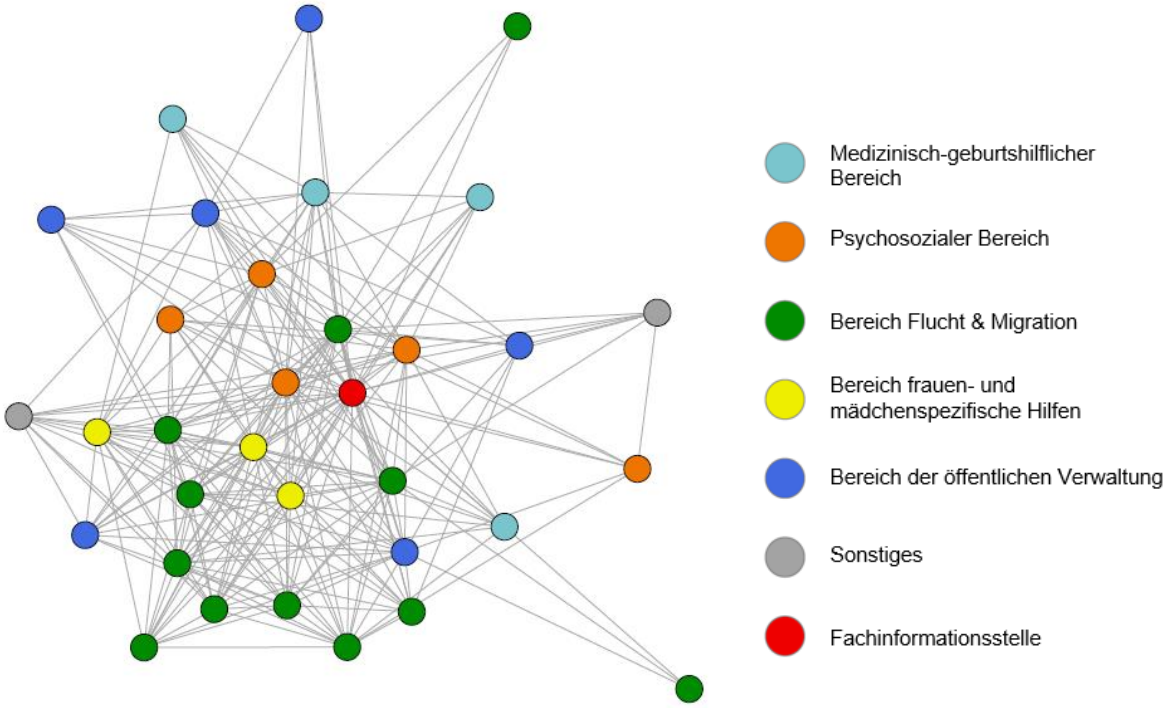
ANHANG

KONTAKTNETZWERKE

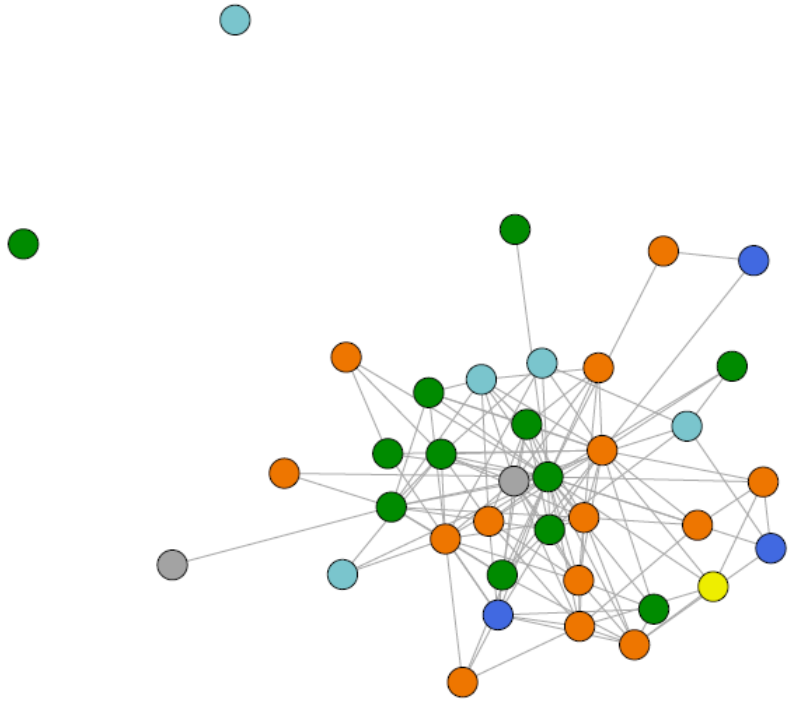
Kontaktnetzwerk an Standort A in der Ausgangssituation



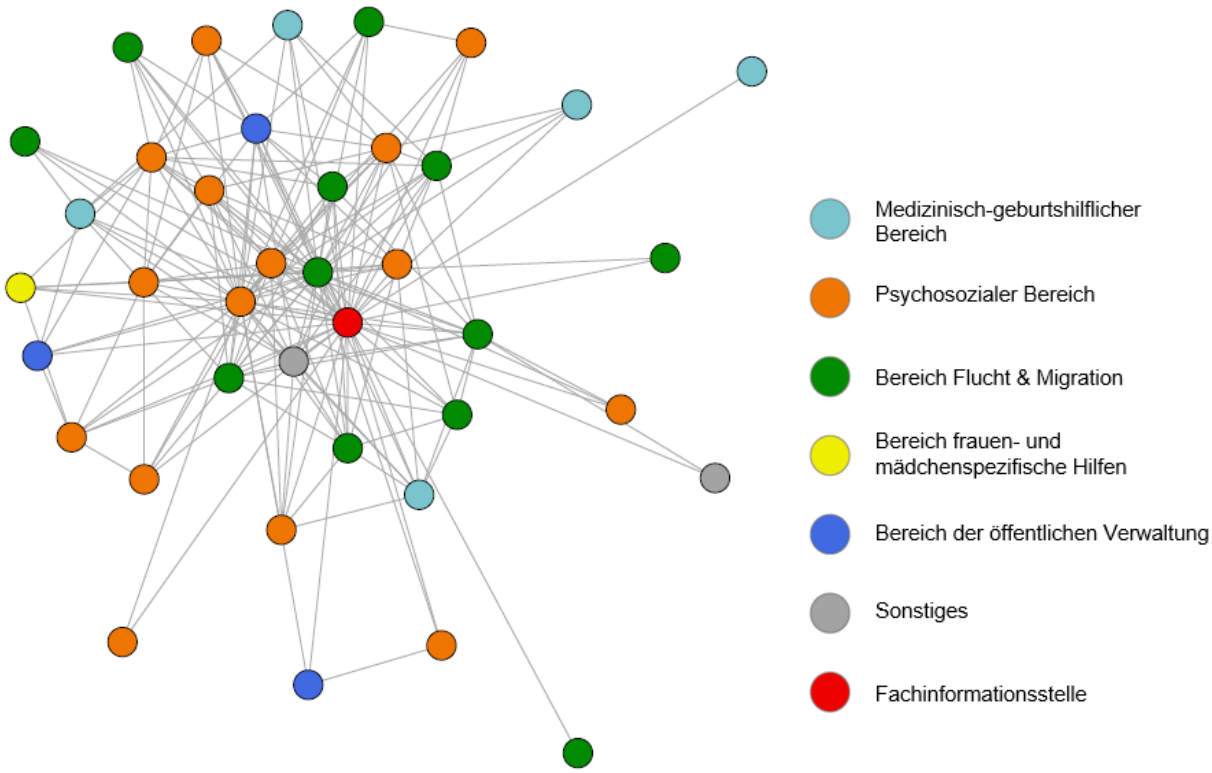
Kontaktnetzwerk an Standort A inklusive der Veränderungen durch das Projekt



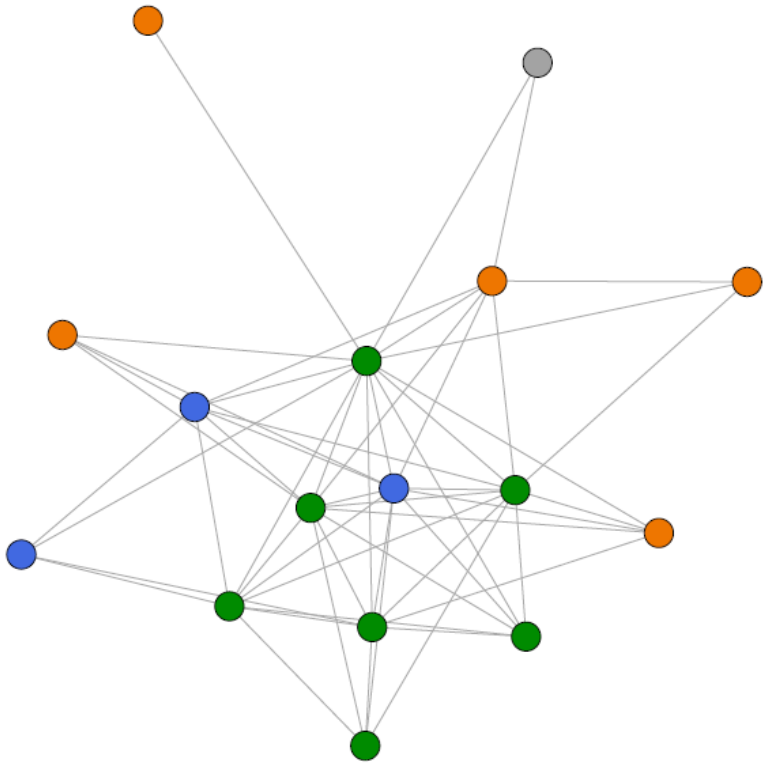
Kontaktnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation



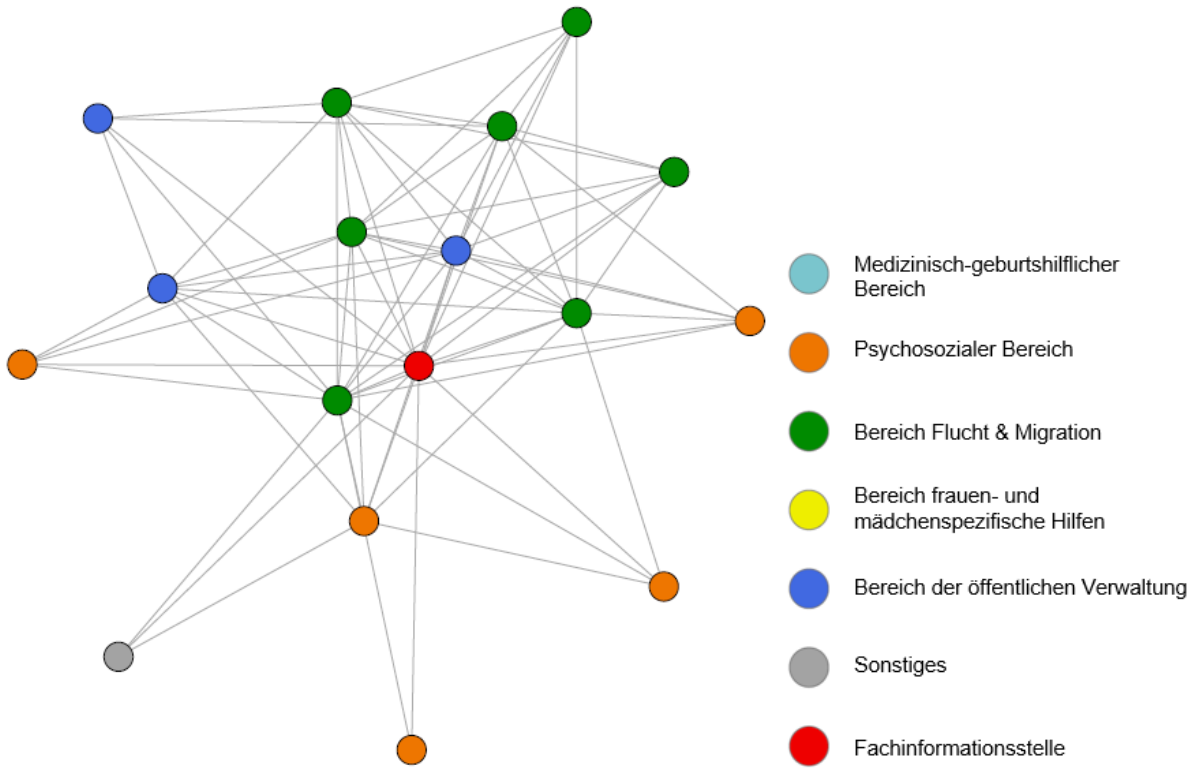
Kontaktnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt

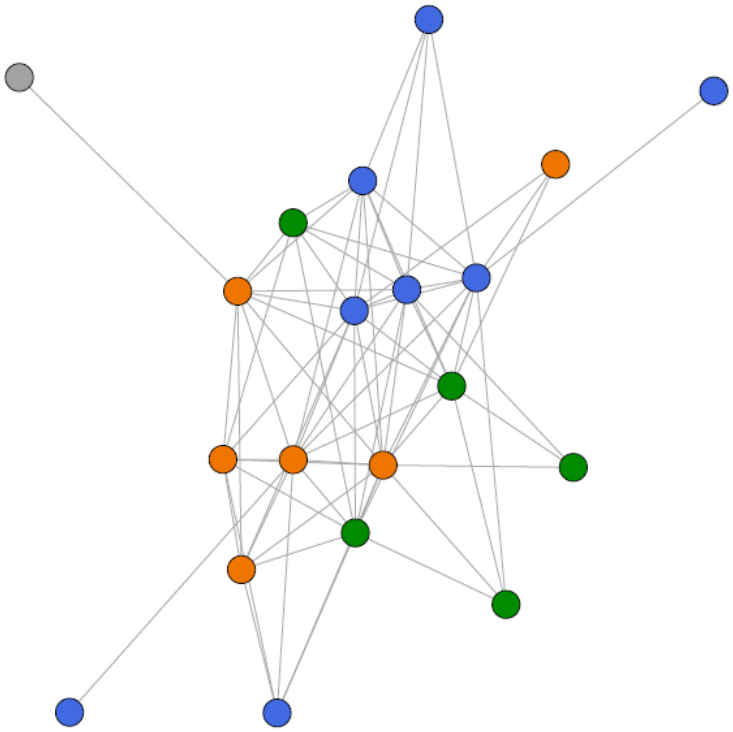


Kontaktnetzwerk an Standort C in der Ausgangssituation



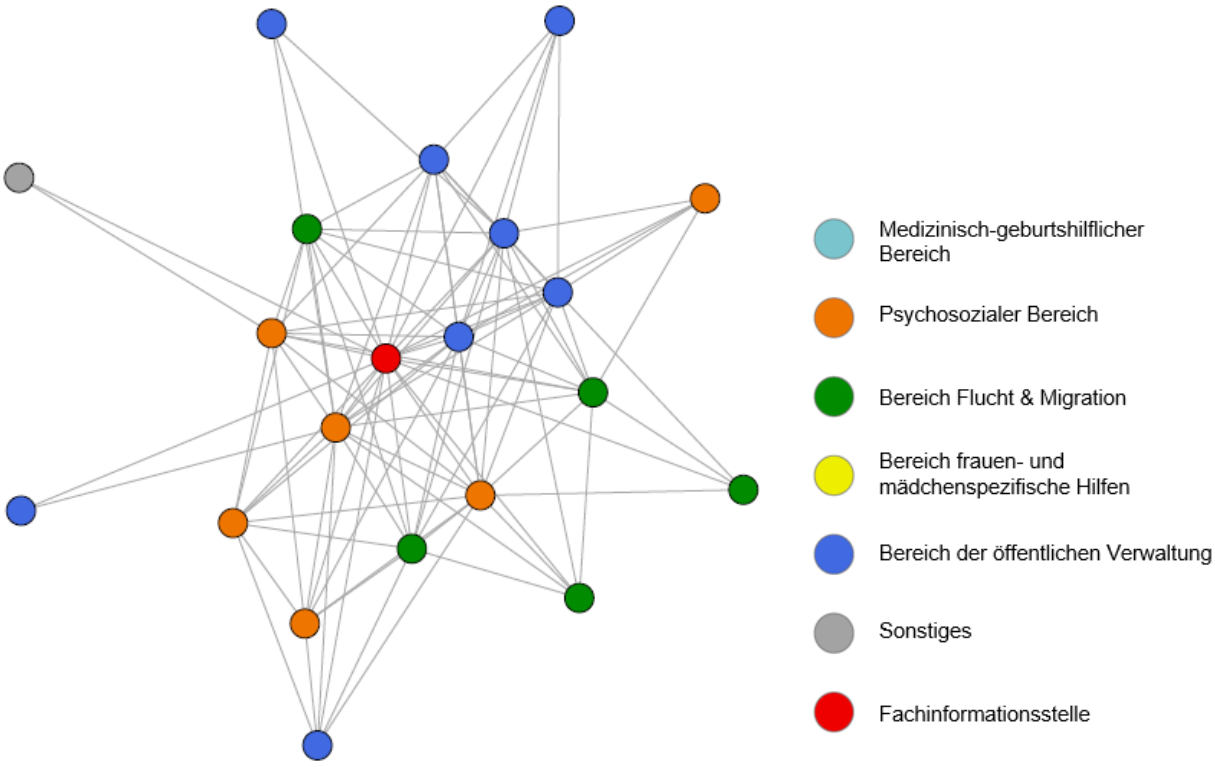
Kontaktnetzwerk an Standort C inklusive der Veränderungen durch das Projekt





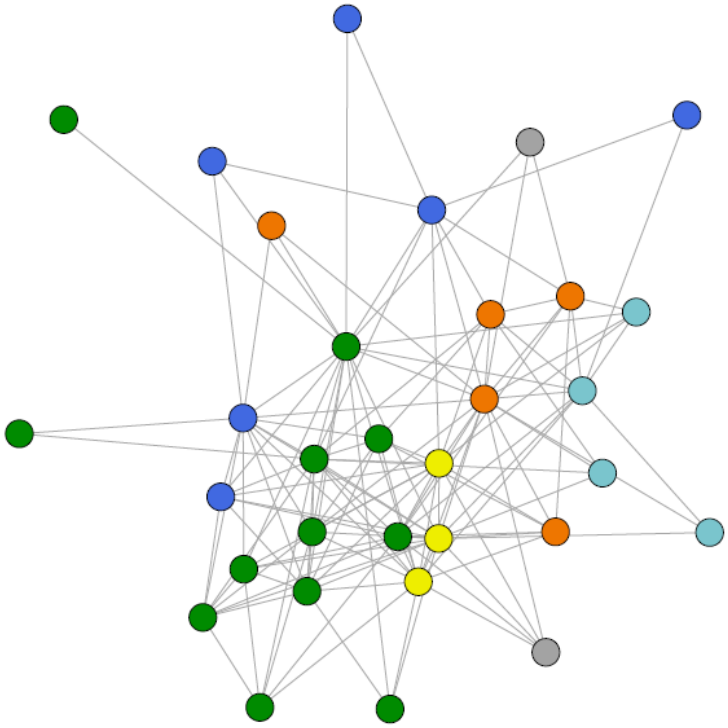
Kontaktnetzwerk an Standort D in der Ausgangssituation

Kontaktnetzwerk an Standort D inklusive der Veränderungen durch das Projekt

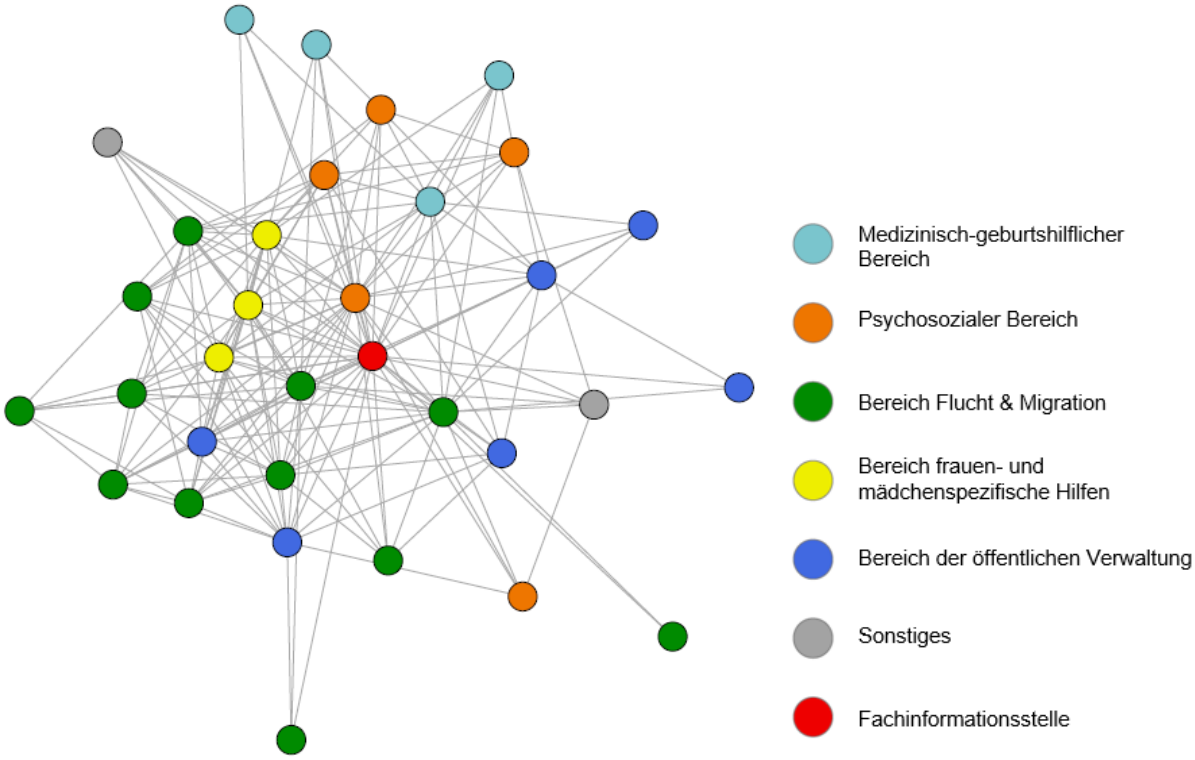


AUSTAUSCHNETZWERKE

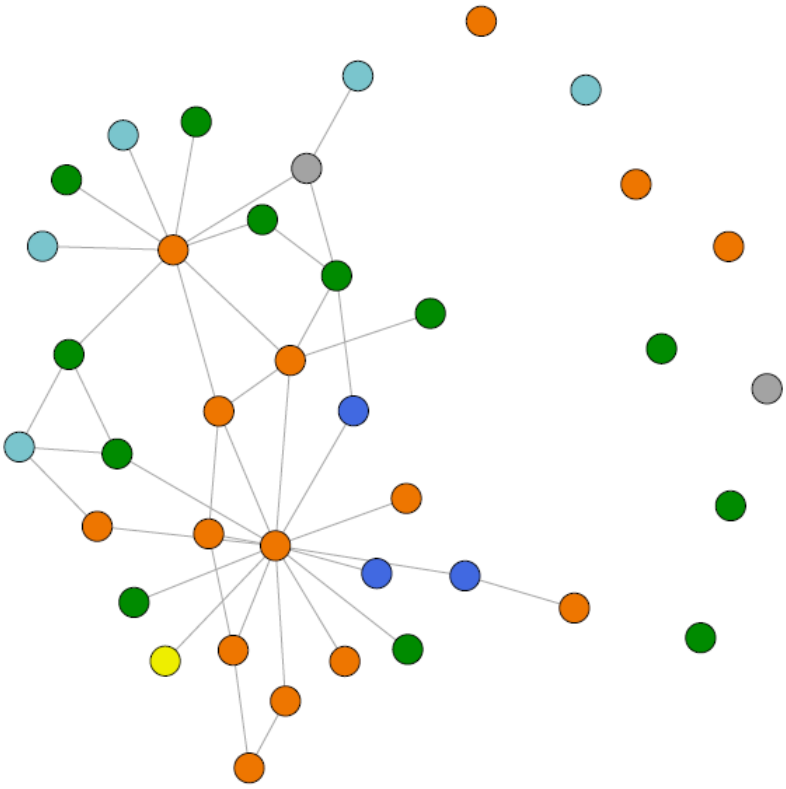
Austauschnetzwerk an Standort A in der Ausgangssituation



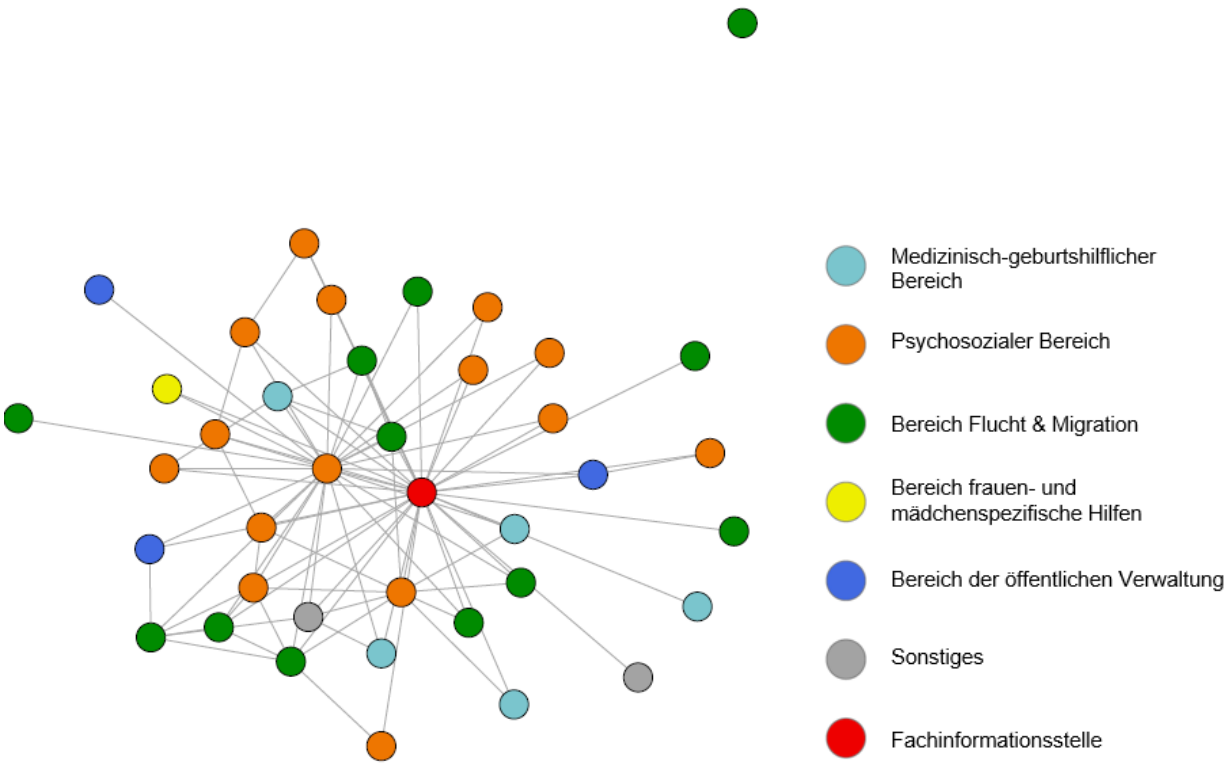
Austauschnetzwerk an Standort A inklusive der Veränderungen durch das Projekt



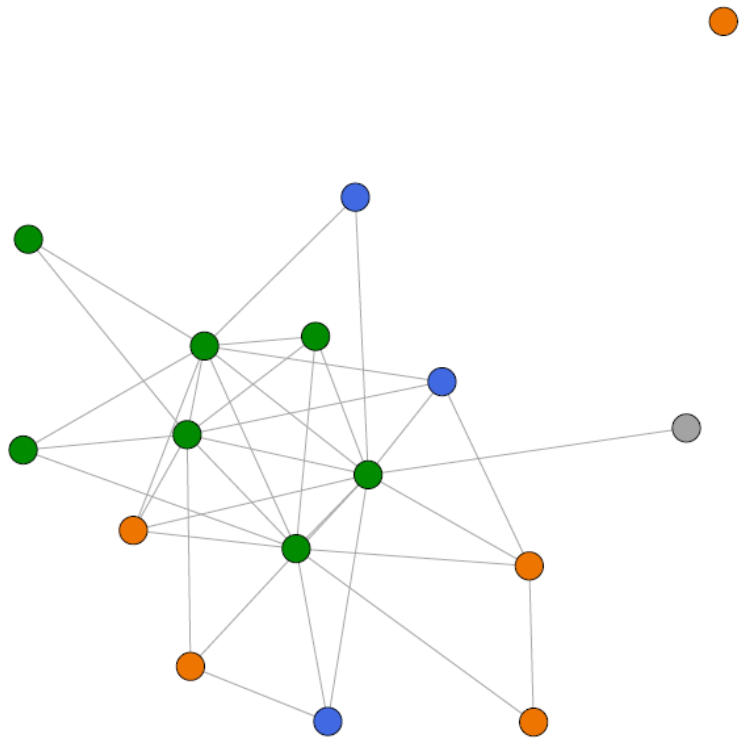
Austauschnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation



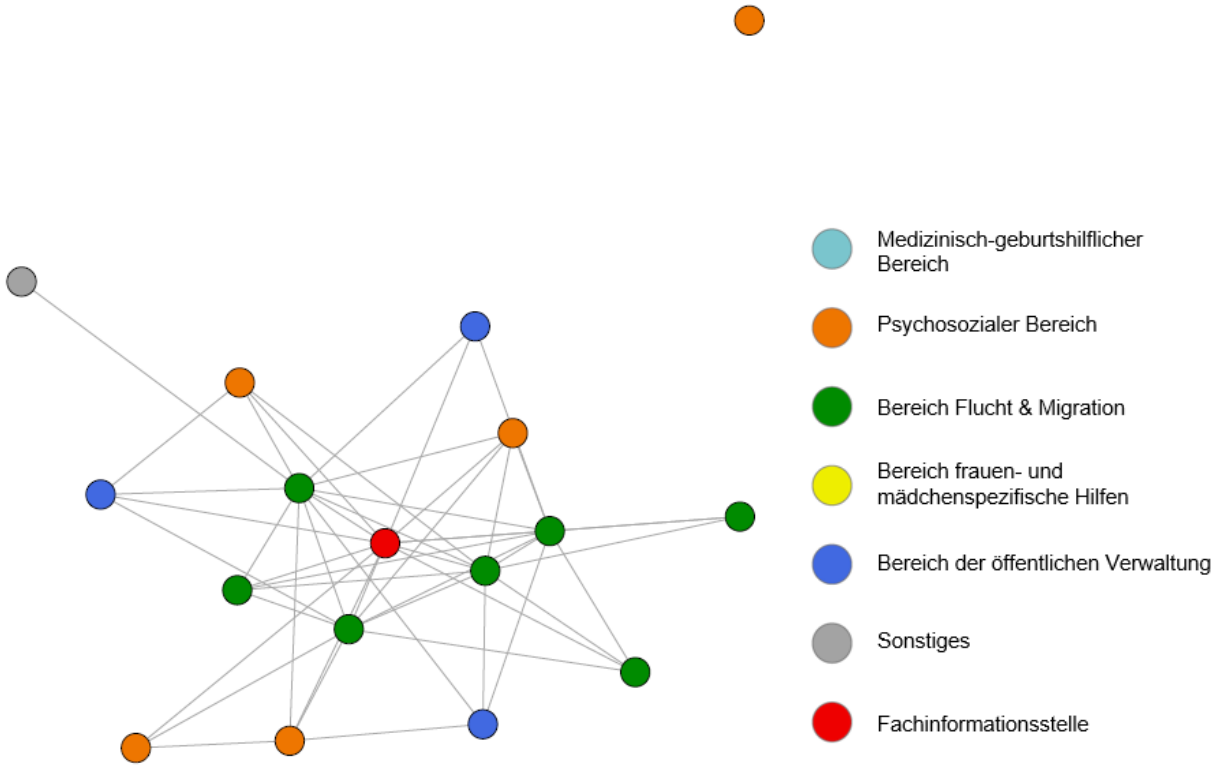
Austauschnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt



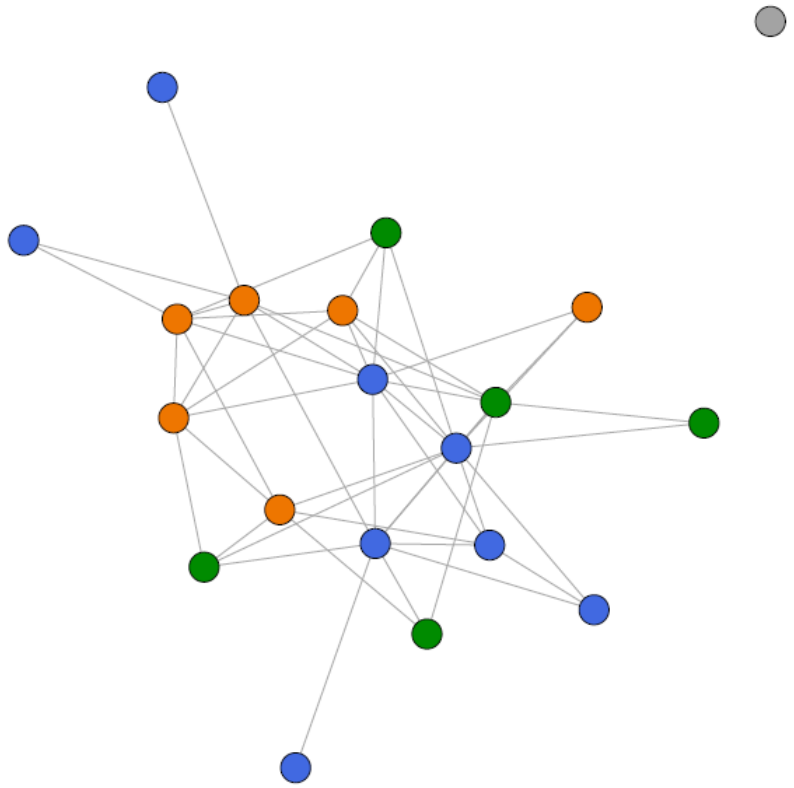
Austauschnetzwerk an Standort C in der Ausgangssituation



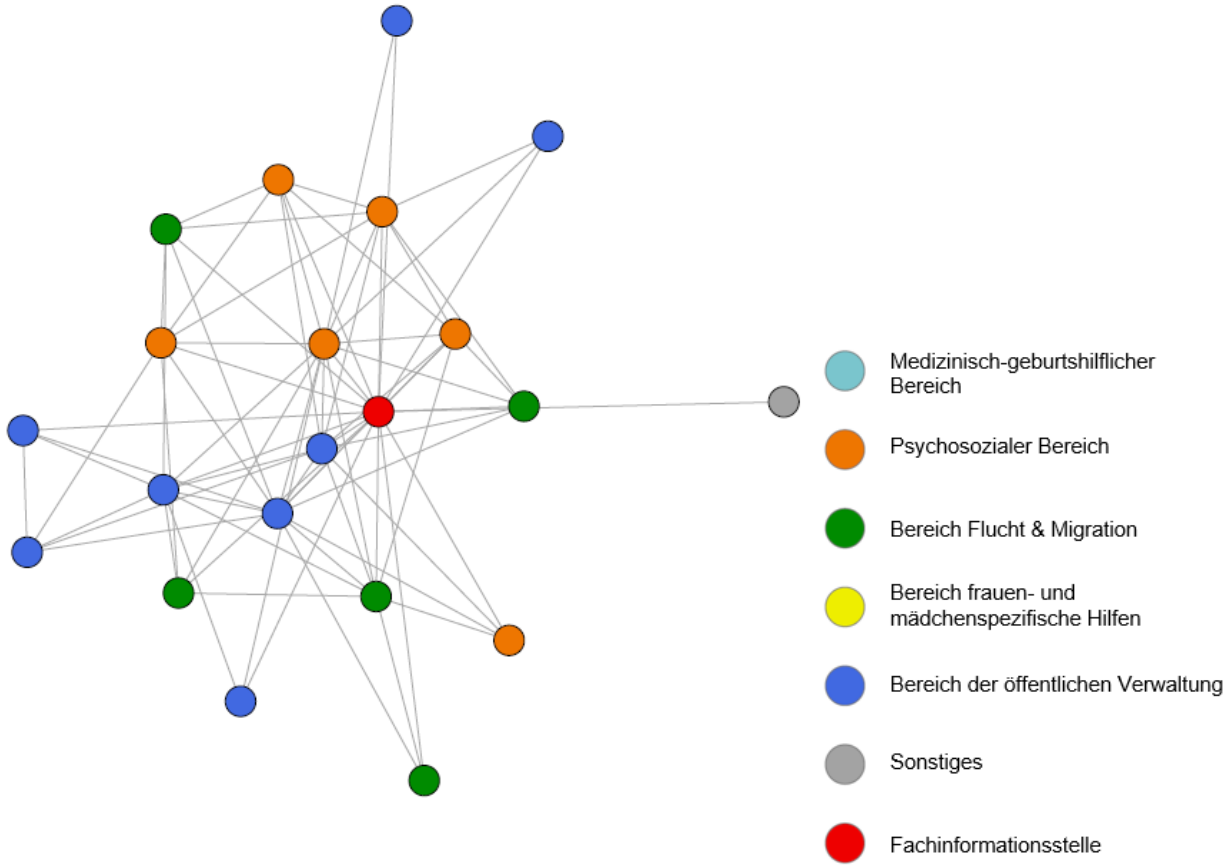
Austauschnetzwerk an Standort C inklusive der Veränderungen durch das Projekt



Austauschnetzwerk an Standort D in der Ausgangssituation

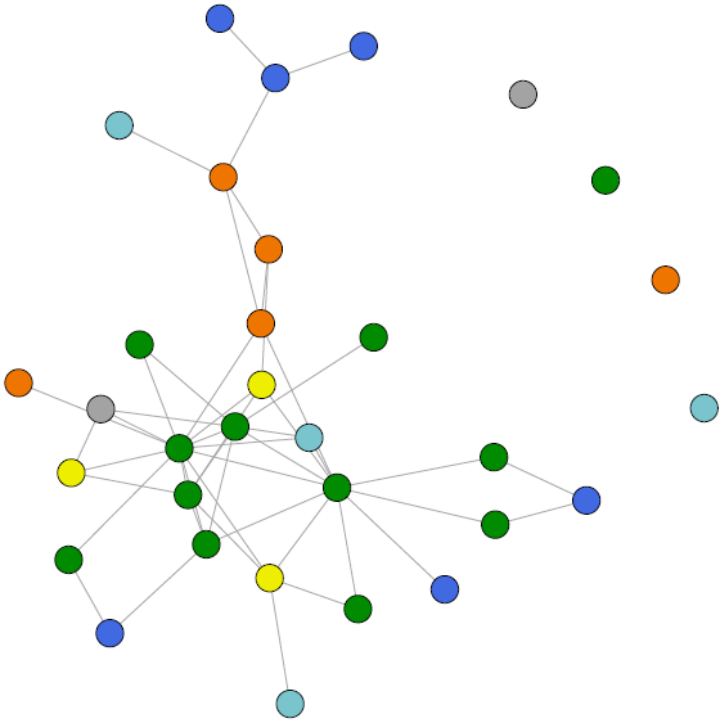


Austauschnetzwerk an Standort D inklusive der Veränderungen durch das Projekt

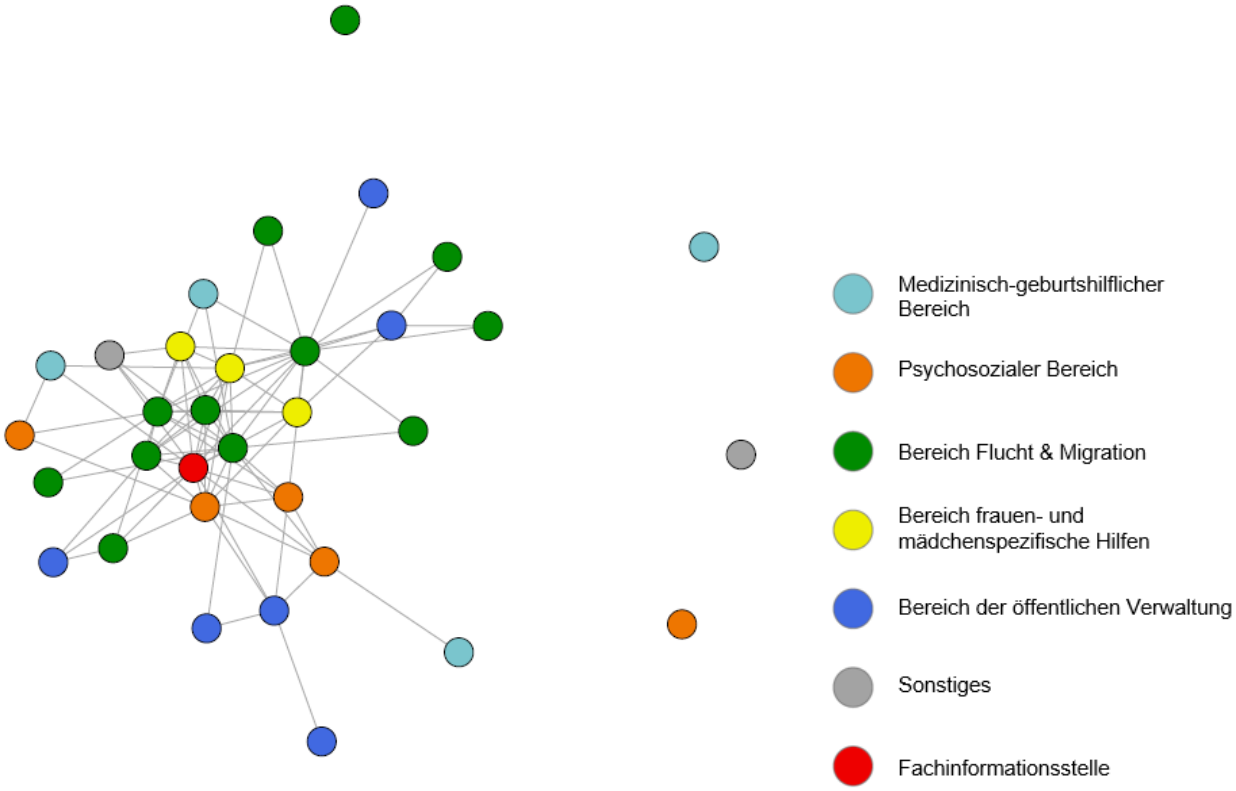


AKTIVITÄTSNETZWERKE

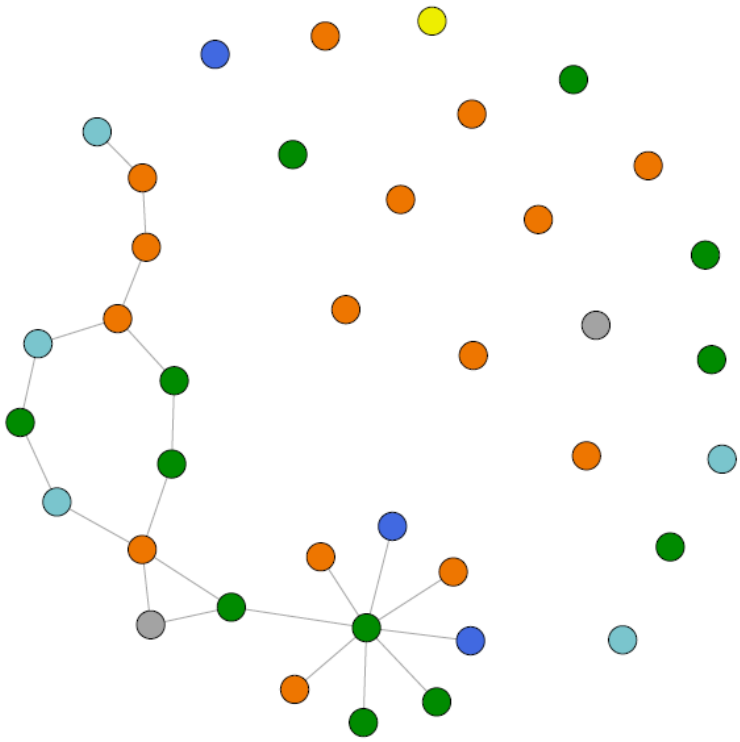
Aktivitätsnetzwerk an Standort A in der Ausgangssituation



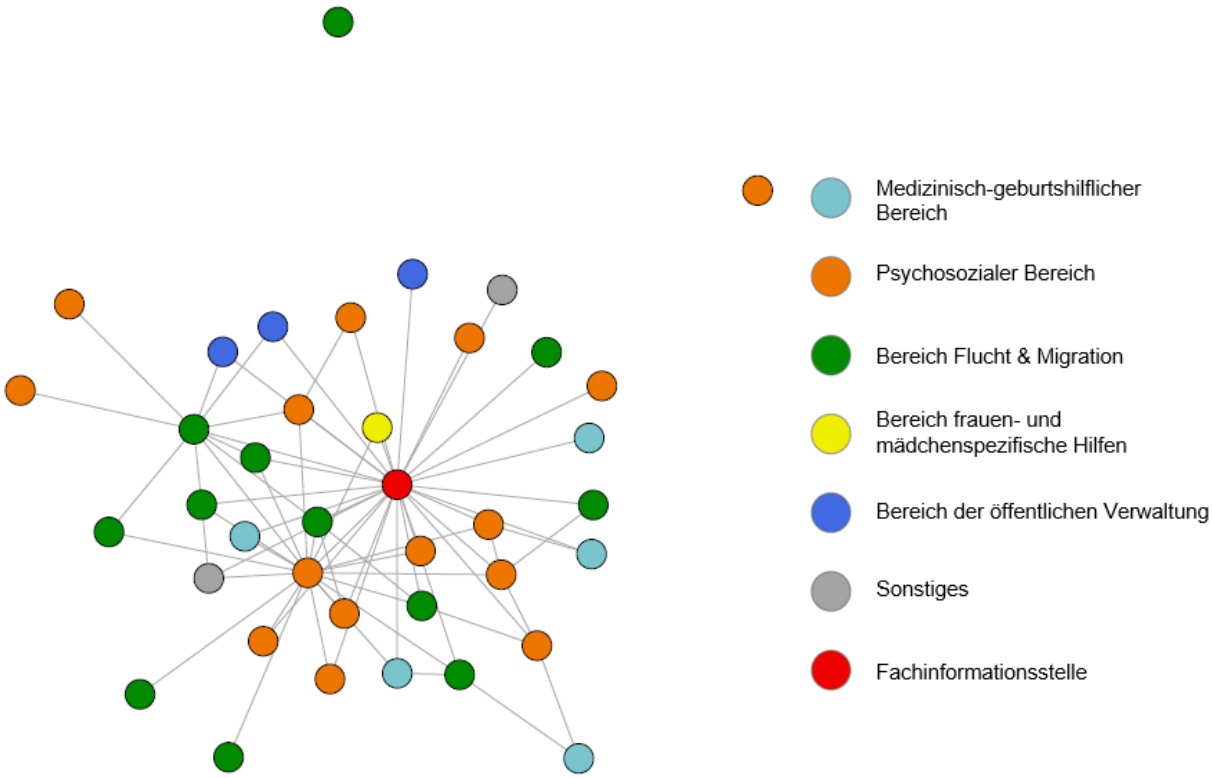
Aktivitätsnetzwerk an Standort A inklusive der Veränderungen durch das Projekt



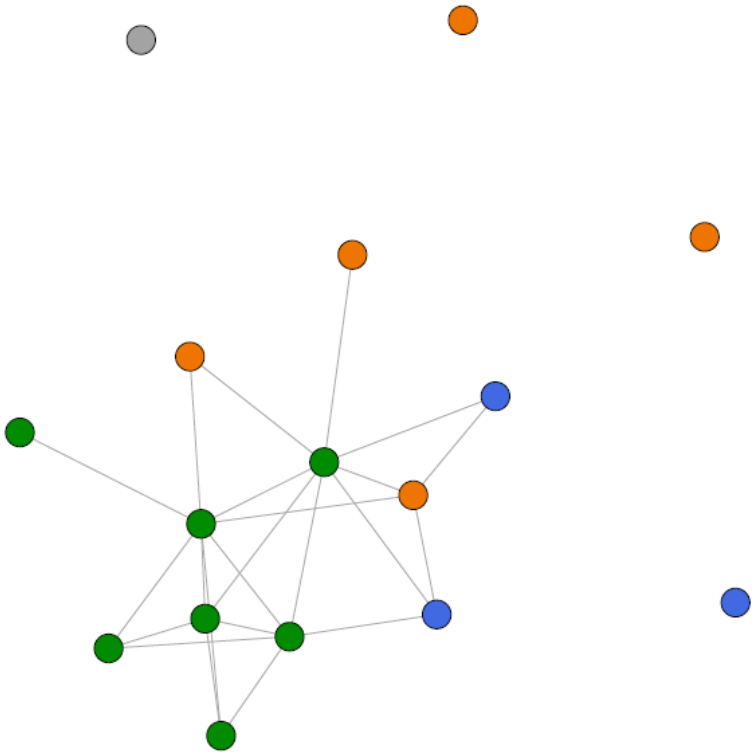
Aktivitätsnetzwerk an Standort B in der Ausgangssituation



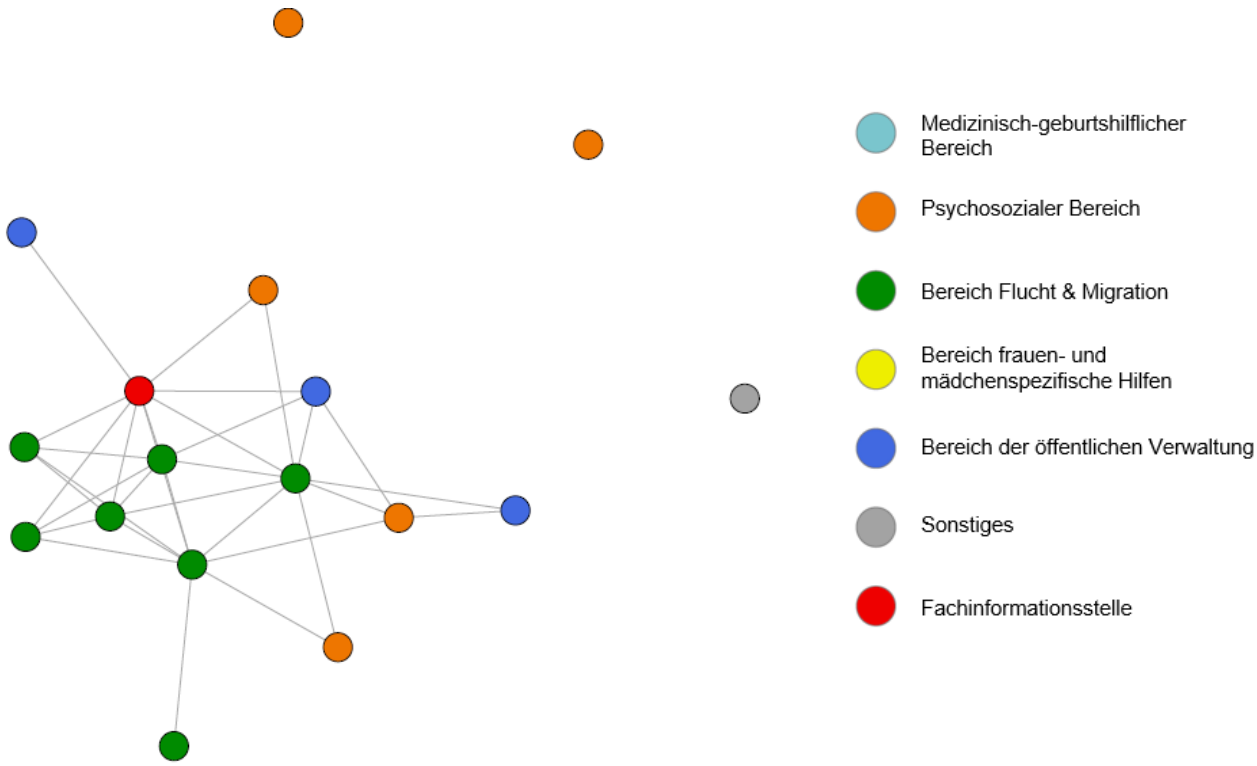
Aktivitätsnetzwerk an Standort B inklusive der Veränderungen durch das Projekt



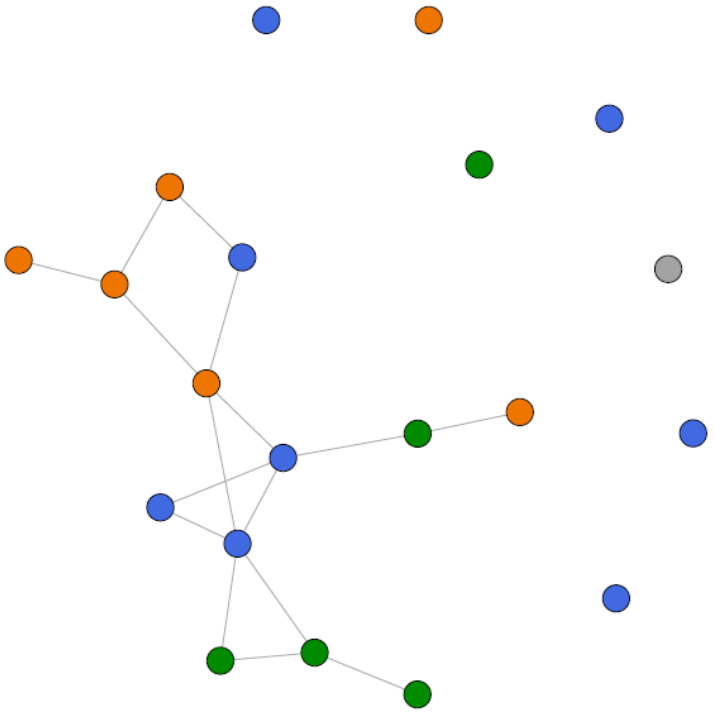
Aktivitätsnetzwerk an Standort C in der Ausgangssituation



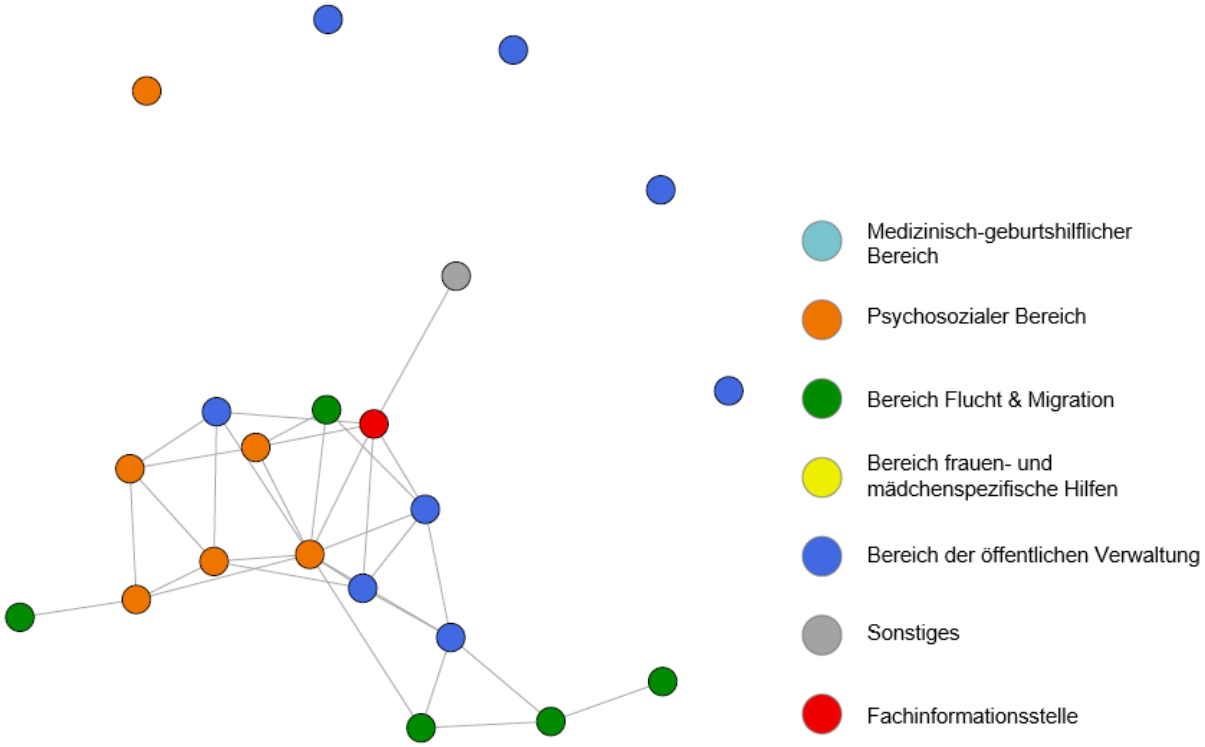
Aktivitätsnetzwerk an Standort C inklusive der Veränderungen durch das Projekt



Aktivitätsnetzwerk an Standort D in der Ausgangssituation



Aktivitätsnetzwerk an Standort D inklusive der Veränderungen durch das Projekt



FRAGEBOGEN

CAMINO

Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen

Wir möchten Sie im Rahmen einer Netzwerkanalyse auf den folgenden Seiten zu Kontakt, fachlichem Austausch und Zusammenarbeit Ihrer Organisation mit verschiedenen Akteuren im Bereich Schwangerschaft und Flucht befragen. Auch Selbständige, z.B. eine Arztpraxis oder eine freiberufliche Hebamme, zählen für die Befragung als Organisation. Die Beantwortung nimmt ca. 10-15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch.

Die Befragung wird vom unabhängigen Forschungs- und Fortbildungsinstitut Camino gGmbH (www.camino-werkstatt.de) im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes "Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen" des pro familia Bundesverbands durchgeführt. Bei Erhebung und Auswertung der Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzes beachtet.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für die Umfrage nehmen!

Angaben zu Ihrer Organisation

1. *Welchem Arbeitsbereich ordnen Sie Ihre Organisation zu?*

Wenn Sie ihre Organisation mehreren Arbeitsbereichen zuordnen können, wählen Sie bitte den Arbeitsbereich aus, der für das Selbstverständnis Ihrer Organisation am wichtigsten ist!

- ☐ **Medizinisch-geburtshilflicher Bereich** *(z.B. Geburtsklinik, Arztpraxis, Hebammen/Hebammenverband, Familienhebammen, medizinisches Zentrum, Medi-Büro)*
- ☐ **Psychosozialer Bereich** *(z.B. Schwangerschaftsberatungsstelle, Familienberatungsstelle, Familienzentrum, Familienplanungszentrum, psychosoziales Zentrum, Nachbarschaftszentrum, Fachberatungsstelle im psychosozialen Bereich, aufsuchende Familienberatung, sexuelle Bildung und Beratung)*
- ☐ **Bereich Flucht und Migration** *(z.B. Migrationsberatungsstelle, Flüchtlingsberatungsstelle, Integrationslotsen, Patenschaftsprojekt, Sprach- und Kulturmittler, Gemeindedolmetscherdienst, internationales Begegnungszentrum, interkulturelles Begegnungsprojekt, Flüchtlingsinitiative, Flüchtlingsrat, Gemeinschaftsunterkunft/Notunterkunft, Zentrum für Integration/Migration, Schutzraum für Geflüchtete, NGO im Bereich Menschenrechte)*
- ☐ **Bereich mädchen- und frauenspezifische Hilfen und Rechte** *(z.B. Frauenzentrum/Fraueninformationszentrum, Mütterzentrum, Mutter-Kind-Einrichtung, Beratungsstelle Gewalt gegen Frauen, Frauenkrisentelefon, Frauenhaus/Kriseneinrichtung, betreutes Wohnen für Mädchen und junge Frauen)*
- ☐ **Bereich der öffentlichen Verwaltung** *(z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt, kommunale Fachstelle Frühe Hilfen, kommunale Flüchtlingskoordination)*
- ☐ **Sonstiges**

2. *Wie viele hauptamtliche Mitarbeiter/innen hat Ihre Organisation?*

- ☐ **1**
- ☐ **2-5**
- ☐ **6-20**
- ☐ **20-50**
- ☐ **Mehr als 50**
- ☐ **Keine**

© Camino gGmbh 2018

3. *Arbeiten in Ihrer Organisation mehrheitlich Ehrenamtliche?*

- ☐ Ja
- ☐ Nein

4. *Ist Ihre Organisation eine Migrantenorganisation?*

- ☐ Ja
- ☐ Nein

5. *Welche vorrangigen Zielgruppen bzw. Klient/innen hat Ihre Organisation?*

(Bitte wählen Sie 1 bis 3 Antwortmöglichkeiten aus)

- ☐ Frauen
- ☐ Schwangere Frauen
- ☐ Familien
- ☐ Geflüchtete / Migranten / Migrantinnen
- ☐ Geflüchtete Frauen / migrantische Frauen
- ☐ Schwangere geflüchtete / migrantische Frauen
- ☐ Fachkräfte im Bereich Flucht
- ☐ Fachkräfte im Bereich Schwangerschaft
- ☐ Fachkräfte im Bereich Frauen
- ☐ Politische Akteure
- ☐ Allgemeine Öffentlichkeit
- ☐ Sonstiges: _____

6. *Wie groß ist ihr Aktionsradius als Organisation?*

- ☐ Stadtteil/e
- ☐ Stadt
- ☐ Stadt und umgebende Landkreise
- ☐ Bundesland
- ☐ Deutschland
- ☐ Internationaler Aktionsradius

7. *In wie vielen Arbeitskreisen oder Gremien, die für die Arbeit im Bereich Schwangerschaft oder Flucht relevant sind, sind Sie als Organisation regelmäßig vertreten?*

- ☐ Keine regelmäßige Teilnahme an Gremien/Arbeitskreisen
- ☐ Teilnahme an einem Gremium/Arbeitskreis
- ☐ Teilnahmen an zwei Gremien/Arbeitskreisen
- ☐ Teilnahme an mehr als zwei Gremien/Arbeitskreisen, und zwar (Anzahl): _____

© Camino gGmbh 2018

Kontakt

8. Mit welcher der folgenden Organisationen, Einrichtungen oder Projekte waren Sie als Organisation in den letzten zwei Jahren mindestens einmal im Kontakt?

(Unter Kontakt verstehen wir telefonischen Kontakt, Kontakt per Mail oder ein persönliches Gespräch)

- ☐ **Organisation A**
- ☐ **Organisation B**
- ☐ **Organisation C**
- ☐ **Organisation D**
- ☐ ...

9. Welche drei weiteren Organisationen spielen für Ihre Arbeit im Themenbereich Schwangerschaft oder Flucht eine wichtige Rolle?

Bitte nennen Sie bis zu drei weitere Organisationen, die für Ihre Arbeit im Bereich Schwangerschaft und/oder Flucht eine wichtige Rolle spielen.

_____

_____

_____

10. Uns interessieren besonders die Themenbereiche Schwangerschaft und Flucht. Mit welcher der folgenden Organisationen, Einrichtungen oder Projekte waren Sie als Organisation in den letzten zwei Jahren in diesen Themenbereichen im Kontakt?

	Kontakt im Bereich Schwangerschaft	Kontakt im Bereich Flucht
Organisation A		
Organisation B		
Organisation C		
Organisation D		

11. Mit welcher der folgenden Organisationen, Einrichtungen oder Projekte sind Sie durch das Modellprojekt "Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen" neu in Kontakt gekommen?

Bitte wählen Sie alle Organisationen, Einrichtungen oder Projekte aus, mit denen Sie dank des Modellprojektes neu in Kontakt gekommen sind.

- ☐ **Organisation A**
- ☐ **Organisation B**
- ☐ **Organisation C**
- ☐ **Organisation D**
- ☐ ...

© Camino gGmbh 2018

Austausch

12. Mit welcher der folgenden Organisationen, Einrichtungen oder Projekte tauschen Sie sich im Themenbereich Schwangerschaft und/oder Flucht fachlich aus?

	Fachlicher Austausch im Bereich Schwangerschaft	Fachlicher Austausch im Bereich Flucht
Organisation A		
Organisation B		
Organisation C		
Organisation D		

13. Mit welcher der folgenden Organisationen, Einrichtungen oder Projekte tauschen Sie sich fachlich dank des Modellprojektes „Fachdialognetz für schwangere geflüchtete Frauen" vermehrt oder verstärkt aus?

- ☐ Organisation A
- ☐ Organisation B
- ☐ Organisation C
- ☐ Organisation D
- ☐ ...

Aktivitäten

14. Mit welcher der folgenden Organisationen, Einrichtungen oder Projekte setzen Sie als Organisation gemeinsame Aktivitäten im Themenbereich Schwangerschaft und/oder Flucht um?

	Aktivitäten im Bereich Schwangerschaft	Aktivitäten im Bereich Flucht
Organisation A		
Organisation B		
Organisation C		
Organisation D		

15. Mit welcher der folgenden Organisationen, Einrichtungen oder Projekte setzen Sie durch die Unterstützung des Modellprojektes „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen" gemeinsame Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren geflüchteten Frauen um?

Bitte berücksichtigen Sie auch vergangene gemeinsame Aktivitäten!

- ☐ Organisation A
- ☐ Organisation B
- ☐ Organisation C
- ☐ Organisation D
- ☐ ...

© Camino gGmbh 2018

Veranstaltungen und Projekthomepage des Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“

16. Hat ein/e Vertreter/in Ihrer Organisation bereits eine Veranstaltung oder mehrere Veranstaltungen des Fachdialognetzes besucht?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nein**

17. In welchem Maße hat Ihre Organisation durch die Veranstaltung/en neue Erkenntnisse gewonnen?

- ☐ **Hoher Erkenntnisgewinn**
- ☐ **Mittlerer Erkenntnisgewinn**
- ☐ **Niedriger Erkenntnisgewinn**
- ☐ **Kein neuer Erkenntnisgewinn**

18. Hat ein/e Vertreter/in Ihrer Organisation die Projekthomepage des „Fachdialognetzes für schwangere, geflüchtete Frauen“ (www.fachdialognetz.de) genutzt?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nein**

19. Welche der folgenden Angebote der Projekthomepage haben Sie genutzt?

- ☐ **Angebote (Datenbank mit Organisationen und Projekten im Bereich Schwangerschaft und/oder Flucht)**
- ☐ **Termine (Veranstaltungskalender)**
- ☐ **Expert/innen**
- ☐ **Mediathek (Material und Dokumente)**
- ☐ **Sonstiges:** _____

20. In welchem Maße war die Projekthomepage eine Unterstützung für die Arbeit Ihrer Organisation?

- ☐ **Sehr unterstützend**
- ☐ **Unterstützend**
- ☐ **Wenig unterstützend**
- ☐ **Nicht unterstützend**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Umfrage!

© Camino gGmbh 2018

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR PRAXIS, POLITIK UND WISSENSCHAFT

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG DES MODELL-PROJEKTS „FACHDIALOGNETZ FÜR SCHWANGERE, GEFLÜCHTETE FRAUEN“

DR. MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN/VICTORIA SCHWENZER

BERLIN 2019

CAMINO

Erstellt im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ des Bundesverbands pro familia e.V.

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

INHALT

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN **5**

Praxis – spezielle Angebote unterbreiten, um den Zugang in die Regelversorgung zu verbessern **5**

Ausgangslage: Bedarfe und Angebotslücken 5

Schließung von Angebotslücken und Berücksichtigung erfolgversprechender Umsetzungsprinzipien 5

Fachvernetzung und Wissenstransfer als Aufgabe der Frühen Hilfen 6

Förderliche Faktoren für die Fachvernetzung 6

Verstärkte Konzeption von bedarfsgerechten Angeboten durch Kooperationen 7

Politik – Rahmenbedingungen für einen diskriminierungsfreien Zugang zu den angeboten der Regelversorgung verbessern **7**

Abbau von struktureller Diskriminierung und Bürokratie 7

Bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete 8

Recht auf einen Geburtsregisterauszug bei fehlenden Identitätsnachweisen 8

Verbesserung der Unterbringung von schwangeren, geflüchteten Frauen 8

Überführung der Erkenntnisse des Modellprojekts in Regelstrukturen 8

Wissenschaft – Forschungslücken aufarbeiten insbesondere im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte **9**

Erforschung des (ungleichen) Zugangs zu medizinischen und psychosozialen Angeboten 9

Verbindung von Aspekten psychischer und körperlicher Gesundheit 9

Berücksichtigung von heterogenen Lebenslagen bei Forschungen zu Migration und Frauengesundheit 9

Forschungen zum Thema ungewollte Schwangerschaft im Kontext von Flucht 9

Forschungen zum Thema Familienplanung im Kontext von Flucht 10

Forschungen zu Schwangerschaft im Kontext aufenthaltsrechtlicher Illegalität 10

Erforschung der schädlichen Effekte von Gemeinschaftsunterkünften für schwangere Frauen 10

QUELLENVERZEICHNIS **11**

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die folgenden Handlungsempfehlungen konzentrieren sich auf Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation schwangerer, geflüchteter Frauen. Inhaltlich basieren die Empfehlungen auf (Fach-)Informationen und Kenntnissen, die im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ gewonnen wurden. Da sich der vorliegende Abschlussbericht an eine breite Fachöffentlichkeit wendet – hierzu zählen kommunale Entscheidungsträger (Verwaltung), politische Akteure, Träger von Angeboten, Akteure aus der Wissenschaft, Initiativen und Menschen, die sich für das Themenfeld Schwangerschaft und Flucht interessieren (z.B. politische Organisationen, NGOs) –, adressieren die Handlungsempfehlungen die Ebenen der Praxis, der Politik und der Wissenschaft.

PRAXIS – SPEZIELLE ANGEBOTE UNTERBREITEN, UM DEN ZUGANG IN DIE REGELVERSORGUNG ZU VERBESSERN

Ausgangslage: Bedarfe und Angebotslücken

Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zeigen, dass der Zugang schwangerer, geflüchteter Frauen zu den Angeboten des Regelsystems häufig erschwert ist. Obwohl es in einigen Regionen punktuell eine Reihe spezifischer Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen gibt, ist das Regelsystem nicht fähig, den häufig komplexen Bedarfslagen dieser Klientinnen flächendeckend gerecht zu werden. Durch die Angebotsrecherchen und Erfahrungen im Rahmen der Umsetzung des Modellprojekts wurde deutlich, dass schwangere, geflüchtete Frauen besondere Bedarfslagen haben, die speziell auf sie zugeschnittene Angebote notwendig machen.

Die Komplexität ihrer Bedarfe ergibt sich daraus, dass sich schwangere, geflüchtete Frauen als Asylsuchende oder auch Asylberechtigte in mehrfacher Hinsicht in einer Ausnahmesituation befinden. Erschwert ist ihre Situation insbesondere durch sprachliche Verständigungsprobleme, mangelnde Systemkenntnisse, aufenthaltsrechtliche Restriktionen, eine im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte häufig unzureichende Form der Unterbringung in Sammel- und Gemeinschaftsunterkünften, physisch und psychisch belastende Erlebnisse im Zusammenhang mit den Fluchtursachen und der Flucht, mangelnde soziale Unterstützung und Gefahr der Isolation durch die Trennung von Familienmitgliedern und weiteren Bezugspersonen.

Angebotslücken bestehen insbesondere in einer muttersprachlichen Unterstützung schwangerer, geflüchteter Frauen, da quantitativ und qualitativ ausreichende Dolmetscherdienste im Gesundheits- und Sozialwesen fehlen. Auch reicht eine rein „passive“ Öffnung von Beratungsstellen und Einrichtungen nicht aus. Medizinisch-geburtshilfliche Akteure und Akteure aus der psychosozialen Beratung müssen aktiv werden, um schwangere, geflüchtete Frauen zu erreichen. Benötigt werden eine alltagsnahe niedrigschwellige Unterstützung und Begleitung schwangerer, geflüchteter Frauen, damit diese die ihnen formal zustehenden Angebote des Hilfesystems auch tatsächlich in Anspruch nehmen können.

Schließung von Angebotslücken und Berücksichtigung erfolgversprechender Umsetzungsprinzipien

Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Modellprojekt lassen bestimmte Prinzipien erkennen, wie dies geschehen kann bzw. wie dies punktuell bereits erfolgreich praktiziert wird. Zu diesen Prinzipien gehören:

- Niedrigschwelligkeit durch aufsuchende Beratung und Informationsveranstaltungen in Gemeinschaftsunterkünften oder an Orten, an denen sich Geflüchtete aufhalten,
- individuelle Begleitung durch Mittler/innen und Lots/innen zur Vermittlung in das Gesundheitssystem,
- Empowerment durch Gruppenangebote (wie z.B. Frauengesprächskreise, Frauencafés),
- Anerkennung der Ressourcen und des Wissens der Frauen durch eine wertschätzende Haltung,
- migrationssensible Begleitung durch eine interkulturelle Offenheit und Flexibilität der Fachakteure mit Blick auf unterschiedliche Bedarfe und Erfahrungen der Frauen.

Es ist zu empfehlen, die Angebotslücken zu schließen, indem bei der Gestaltung bestehender bzw. dem Aufbau spezifischer Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen die oben genannten Umsetzungsprinzipien berücksichtigt werden. Hierbei sollte jedoch stets reflektiert werden, dass die Schaffung spezifischer Angebote fast immer auch mit einer Betonung antizipierter bzw. zugeschriebener kultureller Unterschiede einhergeht, was zu Stereotypisierungen führen und sich hinderlich auf einen vertrauensvollen Begleitungs- und Beratungsprozess auswirken kann.

Fachvernetzung und Wissenstransfer als Aufgabe der Frühen Hilfen

Jenseits der Entwicklung spezieller Angebote für geflüchtete Frauen auf Basis der oben genannten Prinzipien erscheinen Wissenstransfer und Vernetzung von Angeboten als wichtige Strategie, um die Regelversorgung für die Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen zu sensibilisieren. Dazu können neben speziellen Vernetzungsprojekten, die die Zielgruppe der schwangeren, geflüchteten Frauen explizit in den Blick nehmen, wie das hier evaluierte Modellprojekt, auch die Frühen Hilfen beitragen. Bei den Frühen Hilfen handelt es sich um koordinierte Hilfsangebote des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder und Eltern ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren.

Frühe Hilfen basieren auf einer engen Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Eine neuere Publikation des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (Paulus/Kühner 2018) zeigt, dass diese – zumindest auf nationaler Ebene – das Thema beginnen zu bearbeiten.

Es ist zu empfehlen, dass die Frühen Hilfen das Thema schwangere, geflüchtete Frauen bzw. geflüchtete Familien explizit und systematisch auf ihre Agenda setzen. Dabei können die Frühen Hilfen bundesweit von den erarbeiteten Ergebnissen des Modellprojekts profitieren, beispielsweise den erarbeiteten (Print-)Materialien sowie der Datenbank. Eine Überführung des erarbeiteten Wissens in die Strukturen der Frühen Hilfen würde zur Nachhaltigkeit des Modellprojekts „Fachdialognetz“ beitragen.

Förderliche Faktoren für die Fachvernetzung

Die Evaluation des Modellprojekts hat gezeigt, dass folgende Faktoren für eine erfolgreiche Fachvernetzung der Akteure, die im Themenbereich Schwangerschaft und/oder Flucht arbeiten, förderlich sind:

- die Steuerung und Koordination der Netzwerkarbeit durch Fachkräfte mit lokalem Kontextwissen, die an einen Träger angebunden sind, der im Bereich Schwangerschaft und/oder Flucht tätig ist,
- der Aufbau von persönlichen Beziehungen zu und zwischen den Netzwerkpartner/innen, um verbindliche Netzwerkstrukturen aufzubauen;

- die Einbindung aller relevanten Arbeitsbereiche in die Fachvernetzung, die für die Verbesserung der Versorgungssituation von schwangeren, geflüchteten Frauen relevant sind,
- die Einbindung von Partnern/Organisationen in die Fachvernetzung, die in ihrem Arbeitsbereich gut vernetzt bzw. an Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Arbeitsbereichen tätig sind und Fachinformationen in ihrem Arbeitsbereich und/oder über ihren Arbeitsbereich hinaus weitergeben können,
- die bedarfsorientierte Gestaltung von Fachveranstaltungen auf Basis einer zuvor durchgeführten Bestandsaufnahme mit Fachakteuren,
- die Entwicklung gemeinsamer Ziele und die Umsetzung von gemeinsamen Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungssituation,
- die Verknüpfung von thematischen Fachveranstaltungen und fachlichem Austausch zwischen den Akteuren aus den unterschiedlichen Arbeitsbereichen,
- die Einbindung von migrantischen Expert/innen und Nutzung migrantischer Wissensbestände in der Fachvernetzung,
- die Vermeidung von Doppelstrukturen durch Nutzung vorhandener Gremien und Netzwerke (z.B. Netzwerke der Frühen Hilfen),
- die Sicherung von Nachhaltigkeit von Vernetzungsstrukturen durch die Entwicklung eines Nachhaltigkeitskonzepts bei befristeter Förderung von Fachvernetzung.

Künftige Vernetzungsprojekte im Bereich Schwangerschaft und Flucht sollten die oben genannten Faktoren guter Praxis der Fachvernetzung berücksichtigen.

Verstärkte Konzeption von bedarfsgerechten Angeboten durch Kooperationen

Angebote zur Fachvernetzung sollten stärker auf der direkten Versorgungsebene für die Konzeption passgenauer Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen genutzt werden, beispielsweise für Kooperationen von Unterkünften, Hebammen oder konkreten Krankenhäusern mit lokalen Mittler- und Dolmetscherdiensten. Solche Kooperationen bieten die Chance, niedrigschwellige Angebote zu etablieren, die dort ansetzen, wo die Frauen sich aufhalten, z.B. in den Unterkünften selbst oder bei einem Mütterfrühstück im Nachbarschaftszentrum.

POLITIK – RAHMENBEDINGUNGEN FÜR EINEN DISKRIMINIERUNGSFREIEN ZUGANG ZU DEN ANGEBOTEN DER REGELVERSORGUNG VERBESSERN

Durch die EU-Richtlinie 2013/33/EU wird schwangeren Frauen und Müttern mit kleinen Kindern eine besondere Schutzbedürftigkeit zuerkannt. Vor diesem Hintergrund sind folgende Empfehlungen formuliert.

Abbau von struktureller Diskriminierung und Bürokratie

Die Schaffung von Rahmenbedingungen für einen diskriminierungsfreien Zugang zu den Angeboten der Regelversorgung ist eine Aufgabe, die politischer Entscheidungen bedarf, denn die Erfahrungen und Erkenntnisse des Modellprojekts zeigen: Bürokratie und verschiedene Formen der strukturellen Diskriminierung erschweren schwangeren, geflüchteten Frauen den Zugang zu den vielerorts ohnehin bereits überlasteten Angeboten der Regelversorgung. Beispielsweise ist die Finanzierung von Dolmetscherleistungen in der Geburtshilfe nicht geregelt, die Zugänglichkeit der fachärztlichen Versorgung regional sehr unterschiedlich und eine Begleitung durch Hebammen aus Abrechnungsgründen zusätzlich erschwert.

Bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist eine der wichtigsten politischen Forderungen die bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte von Beginn des Aufenthaltes in Deutschland an, so wie es beispielsweise in Hamburg und Bremen bereits seit längerem praktiziert wird. Dies ist auch aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts zu empfehlen, um den diskriminierungsfreien Zugang in die Regelversorgung zu ermöglichen. Zudem sollten Sozialleistungsträger Dolmetscherkosten und Fahrten übernehmen, die zur Inanspruchnahme der gesetzlich vorgesehenen Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt anfallen können.

Recht auf einen Geburtsregisterauszug bei fehlenden Identitätsnachweisen

Ein weiteres Problem, das dringend einer politischen Regelung bedarf, ist die Ausstellung von Geburtsurkunden für in Deutschland geborene Kinder, deren Eltern ihre Identität nicht zweifelsfrei durch Dokumente aus dem Heimatland belegen können. In diesen Fällen kann laut Gesetz keine Geburtsurkunde ausgestellt werden. Gesetzlich möglich ist die Aushändigung eines beglaubigten Auszugs aus dem Geburtsregister. In der Praxis erfüllt ein solcher Auszug die gleiche Funktion wie eine Geburtsurkunde. Wie sich im Rahmen des Modellprojekts zeigte, kommt es jedoch immer wieder vor, dass Standesämter den Registerauszug nicht ausstellen, sondern lediglich eine „sonstige“ Bescheinigung. Diese Praxis führt zu erheblichen Problemen für die Betroffenen bei der Beantragung von Sozialleistungen, der Anmeldung bei der Krankenkasse und vielen weiteren Stellen. Es wird empfohlen, die rechtliche Situation der Betroffenen dahingehend zu stärken, dass in Deutschland geborenen Kindern immer zumindest ein standesamtlich beglaubigter Auszug aus dem Geburtsregister auszustellen ist.

Verbesserung der Unterbringung von schwangeren, geflüchteten Frauen

Die Unterbringung schwangerer, geflüchteter Frauen ist im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte häufig unzureichend. Obwohl in der jüngsten Vergangenheit zahlreiche Initiativen zur Einführung von Mindeststandards in Gemeinschaftsunterkünften, verbunden mit der Implementierung von Gewaltschutzkonzepten, zu verzeichnen sind, mangelt es nach wie vor an einem Fokus, der auch die spezifischen und zum Teil komplexen Bedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen berücksichtigt (vgl. z.B.: BMFSFJ/UNICEF 2018, Hessischer Flüchtlingsrat 2018). Dringend zu empfehlen sind die Überprüfung sowie ggf. Überarbeitung bestehender Regelungen und Standards in Bezug auf diesbezügliche Lücken. Grundsätzlich sollte die Unterbringung schwangerer, geflüchteter Frauen in Gemeinschaftsunterkünften zeitlich begrenzt und ihre Vermittlung in Wohnungen als Mindeststandard festgeschrieben werden. Insbesondere Familien mit Kindern und Jugendlichen sollen nach Möglichkeit gar nicht in Gemeinschaftsunterkünften wohnen müssen, da diese Unterbringungsform – hierüber sind sich Expert/innen einig – dem Kindeswohl nicht zuträglich ist (vgl. z.B.: UNICEF 2016).

Überführung der Erkenntnisse des Modellprojekts in Regelstrukturen

Aus den Bestandsaufnahmen, die im Rahmen der Projektumsetzung erstellt wurden, geht auch hervor, dass verschiedene Standorte bereits über ein gutes Angebot für schwangere, geflüchtete Frauen verfügen. Die aufgeführten Prinzipien und Faktoren, auf denen solche Beispiele guter Praxis basieren (siehe Abschnitt zu Praxis), sollten Eingang in Förderrichtlinien erhalten und nach Möglichkeit durch Überführung in die Regelstrukturen verstetigt werden.

WISSENSCHAFT – FORSCHUNGSLÜCKEN AUFARBEITEN INSBESONDERE IM HINBLICK AUF SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE

Wie die Recherche (vgl. Baustein 1) zum Thema Schwangerschaft und Flucht im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes ergab, weist die aktuelle wissenschaftliche Fachliteratur eine eklatante Forschungslücke in Bezug auf die Situation schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland auf. Insbesondere mangelt es in der Flüchtlingsforschung an einem gender- und rechtesensiblen Fokus, der sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Kontext von Flucht und Vertreibung systematisch und konsequent berücksichtigt. Das wenige bisher publizierte Wissen lässt erkennen, dass geflüchtete Frauen in Bezug auf sämtliche Aspekte sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte ein erhöhtes Risiko für Benachteiligungen tragen.

Erforschung des (ungleichen) Zugangs zu medizinischen und psychosozialen Angeboten

Im Rahmen der Recherche zum Stand der Forschung wurde deutlich, dass Frauen, die Leistungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beziehen, ihre sexuellen und reproduktiven Rechte häufig nicht vollumfänglich wahrnehmen können. Ein Ziel sozialwissenschaftlich orientierter Versorgungsforschung sollte es sein, die Ungleichheit und Zufälligkeit des Zugangs schwangerer, geflüchteter Frauen zu medizinischen und psychosozialen Leistungen systematisch zu erfassen, zu analysieren und sichtbarer zu machen, um auf dieser Grundlage passendere Angebote konzipieren und umsetzen zu können.

Verbindung von Aspekten psychischer und körperlicher Gesundheit

Lücken basieren in der aktuellen Flüchtlingsforschung u.a. darauf, dass diese beim Thema Gesundheit stark auf Aspekte der psychischen Gesundheit konzentriert ist. Vor allem posttraumatische Belastungsstörungen stehen im Fokus. Im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit sind psychische und körperliche Aspekte aber häufig miteinander verwoben. Durch eine holistische Perspektive eröffnet sich ein eigenes Forschungsfeld, das in Deutschland bislang noch weitgehend unbearbeitet ist. Insbesondere gilt es zu erforschen, was gesundheitliche und psychosoziale Bedarfe von gewaltbetroffenen geflüchteten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind und wie gynäkologische und geburtshilfliche Dienstleistungen für die Betroffenen möglichst bedarfsgerecht ausgestaltet werden sollten.

Berücksichtigung von heterogenen Lebenslagen bei Forschungen zu Migration und Frauengesundheit

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

Forschungen zum Thema ungewollte Schwangerschaft im Kontext von Flucht

Frauen in prekären Aufenthaltssituationen haben gemäß dem Stand der Forschung ein deutlich erhöhtes Risiko, ungewollt schwanger zu werden. Bislang fehlt es hierzu jedoch an repräsentativen Daten. Zudem gibt es kaum Untersuchungen aus der Betroffenenperspektive. Forschungsdesiderata bestehen hier im Hinblick auf die Themen Zugang zu Verhütung und Ver-

hütungsverhalten, Informations- und Beratungsbedarfe sowie Coping-Strategien und Schutzfaktoren. Auch sollten Versorgungsprozesse aus der Perspektive gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Versorgungsforschung analysiert werden, um strukturelle Zugangsbarrieren sowie förderliche und hinderliche Faktoren im Umgang mit den Betroffenen zu rekonstruieren und Beispiele gut gelingender Praxis zu dokumentieren.

Forschungen zum Thema Familienplanung im Kontext von Flucht

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

Forschungen zu Schwangerschaft im Kontext aufenthaltsrechtlicher Illegalität

Eine Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität kann die deprivierte Lage der Betroffenen weiter verschärfen. Eine gezielte und umfassende Erforschung der Situation betroffener Frauen steht jedoch noch aus.

Erforschung der schädlichen Effekte von Gemeinschaftsunterkünften für schwangere Frauen

Die Wissensbestände, die im Zuge der Umsetzung des Modellprojektes zusammengetragen wurden, verweisen darauf, dass die Wohn- und Lebensbedingungen betroffener Frauen im Hinblick auf die Wahrung ihrer sexuellen Gesundheit und Rechte häufig defizitär sind. Aus der Perspektive gesundheits- und sozialwissenschaftlich orientierter Versorgungsforschung sollten die schädlichen Effekte rekonstruiert werden, die aktuelle Formen der Unterbringung im Hinblick auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Betroffenen haben können. Zugleich sollte der Blick der Forschenden auf die Identifikation von Ressourcen und Schutzfaktoren sowie auf mögliche Beispiele guter Praxis im Aufnahme- und Unterbringungsverfahren schwangerer, geflüchteter Frauen gerichtet werden, um auf dieser Grundlage positive Forderungen formulieren und bessere Angebote konzipieren zu können.

QUELLENVERZEICHNIS

BMFSFJ/UNICEF (2018): Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und United Nations International Children's Emergency Fund. https://www.bmfsfj.de/blob/107848/5040664f4f627cac1f2be32f5e2ba3ab/schutzkonzept-mindeststandards-unterkuenfte-data.pdf (12.06.2019)

Hessischer Flüchtlingsrat (2018): Flüchtlingspolitische Forderungen an die Landesregierung. Broschüre. Online verfügbar unter: https://fluechtlingsrat-hessen.de/files/ Dokumente%20hfr/Informationsmaterialien/Mitgliederzeitschriften/Forderungen%20zur%20Landtagswahl%202018.pdf (12.06.2019)

Paulus, Mareike/Kühner, Angela (2018): Frühe Hilfen für geflüchtete Familien. Impulse für Fachkräfte. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln

UNICEF (2016): Zur Situation der Flüchtlingskinder in Deutschland. UNICEF-Lagebericht. Online verfügbar unter: https://www.unicef.de/blob/115186/de54a5d3a8b6ea03337b489816eeaa08/zur-situation-der-fluechtlingskinder-in-deutschland-data.pdf (12.06.2019)

CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG, PRAXISBEGLEITUNG UND FORSCHUNG IM SOZIALEN BEREICH GGMBH

BOPPSTRASSE 7 • 10967 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE