

## Beiträge

Christiane Ernst, Ivonne Wattenberg, Claudia Hornberg

# Gynäkologische Versorgungssituation und -bedarfe von gewaltbetroffenen Schwangeren und Müttern mit Flüchtlingsgeschichte

## 1 Einleitung

Die kriegerischen Unruhen, aber auch extreme Wetterereignisse, zwingen viele Menschen aus ihren Heimatländern zu flüchten und in eine unsichere Zukunft aufzubrechen. Bereits im Zeitraum 2008 bis 2014 wurden, insbesondere im Pazifikraum und Südasien, jährlich rund 22,5 Millionen Menschen durch extreme Wetterereignisse vertrieben (Internal Displacement Monitoring Centre 2015). In den letzten Jahren sind die Flüchtlingszahlen laut einer Schätzung der Vereinten Nationen kontinuierlich gestiegen: Sind im Jahr 2013 51,2 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht gewesen, waren es im Jahr 2015 über 60 Millionen. Die gestiegenen Flüchtlingszahlen gehen vor allem auf den 2011 begonnenen Krieg in Syrien zurück, schließen aber auch etwa 15 Konflikte in den letzten fünf Jahren insbesondere in Afrika, im Nahen Osten, in Asien und Europa, der Ukraine sowie eine andauernde Instabilität in Afghanistan und Somalia ein (vgl. The UN Refugee Agency 2015, Schmieg 2017). Unter den Geflüchteten sind auch schwangere Frauen und Frauen, die kurz vor der Flucht, auf der Flucht oder im Einreiseland Kinder geboren haben.

Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW (KFG.NRW) beschäftigt sich als Kooperationsprojekt der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 7 Umwelt und Gesundheit, der Universität Bielefeld sowie dem GESINE-Netzwerk Gesundheit im Ennepe-Ruhr-Kreis unter anderem mit der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Fluchthintergrund. Seit Juni 2012 hat das vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA.NRW) geförderte Kompetenzzentrum seinen Sitz auf dem Gesundheitscampus in Bochum. Ziel des Kompetenzzentrums ist es, vorhandene Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden in Gesundheit, Krankheit und gesundheitlicher Versorgung zu bündeln und

für eine wirksame und nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Frauen in NRW zu nutzen. Das zentrale Anliegen ist dabei, Theorie und Praxis zu verzahnen und im Dialog mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren in NRW an der Optimierung der Versorgungssituation für Frauen und Heranwachsenden in verschiedenen Lebenslagen (u. a. Berücksichtigung von Behinderung und Beeinträchtigung, Migrationshintergrund und Geschlechteridentität) zu arbeiten. Dabei werden die Themenschwerpunkte „Geburtshilfliche Versorgung“, „Psychische Gesundheit“ und „Intervention bei Gewalt“ fokussiert. Im Jahr 2015 wurde vom KFG.NRW das Netzwerk „Frauengesundheit NRW im Kontext von Zuwanderungsgeschichte“ gegründet, ein Expertinnen- und Expertenkreis, der sich im gemeinsamen Austausch mit Frauengesundheit, Migration und Flucht beschäftigt. Das KFG.NRW möchte mit dem Netzwerk eine geschlechter- und kultursensible gesundheitliche Versorgungspraxis unter Berücksichtigung der Heterogenität von Zugewanderten und Geflüchteten unterstützen und fördern. Dabei setzt es den Fokus auf die psychische Gesundheit, insbesondere von Frauen und ihren Kindern. In jüngster Vergangenheit und im Zusammenhang mit Inhalten der Themenschwerpunkte „Geburtshilfliche Versorgung“, „Psychische Gesundheit“ und „Intervention bei Gewalt“ des Kompetenzzentrums flossen auch Fragen nach der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von traumatisierten Frauen mit Fluchtgeschichte in das Netzwerk ein. Aufgrund eigener Recherchearbeiten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von geflüchteten Frauen wurde in dem Zusammenhang der hohe Bedarf einer traumasensiblen Versorgung sowie der wissenschaftlichen Forschung zum Themenbereich deutlich.

In diesem Beitrag werden auf Basis einer Literaturrecherche die möglichen Auswirkungen einer Traumafolgestörung auf die gynäkologische Versorgung von Frauen, deren Flucht nach

Deutschland führte, betrachtet. Insbesondere die psychischen Folgen von sexueller Gewalt, die Konsequenzen für die gynäkologische Versorgung im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt sowie der Nachbetreuung im Wochenbett und für die Mutter-Kind-Bindung haben, werden hierbei dargestellt (Kap. 3). Des Weiteren werden Handlungsbedarfe für die bundesweite gynäkologische und geburtshilfliche Versorgungspraxis aufgezeigt. Abschließend verdeutlichen bundesweite Good-Practice-Projekte wie Frauen durch Empowerment gestärkt, das Familiensystem stabilisiert und transgenerationalen Übertragungsprozessen von Traumata vorgebeugt werden können (Kap. 4).

Dabei zeigt der Beitrag insbesondere auch dadurch die Dringlichkeit von differenzierten wissenschaftlichen Untersuchungen im Themenfeld auf, da sich häufig auf Traumafolgestörungen und ihre Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Allgemeinen bezogen werden muss, da noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung geflüchteter, gewaltbetroffener Frauen mit unterschiedlichen kulturellen und sozialen Hintergründen vorliegen. Insgesamt fehlt es an wissenschaftlichen Daten, die den Gesundheitszustand von Asylsuchenden und geflüchteten Menschen in Deutschland abbilden (vgl. Razum et al. 2016). Sprachlich ist darum in diesem Beitrag häufig von „geflüchteten Frauen“ die Rede. Dies ist wohlwissend eine Verallgemeinerung, die momentan – durch die fehlenden empirischen Erkenntnisse im Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der geflüchteten Frauen – noch nicht aufgehoben werden kann. Bedacht werden sollte, dass die Gruppe der Frauen, die aufgrund von Krieg und Vertreibung aus ihrem Heimatland fliehen, sehr heterogen ist und damit ein personenzentriertes Vorgehen sowohl in der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung als auch in anderen medizinischen Fachbereichen notwendig ist.

## 2 Versorgung von Frauen mit Migrations- und Flüchtlingshintergrund bei Schwangerschaft und Geburt in Deutschland

Die gynäkologische Versorgung im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt bei Flüchtlingsfrauen ist in Deutschland Bestandteil des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Nach § 4 II AsylbLG besteht ein Anspruch auf medizinische und pflegerische Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung inklusive Hebammenhilfe. Die Leistungen sind identisch mit denen, die der einheimischen Bevölkerung zukommt. „Sie

umfassen Geburtsvorbereitung, Nachsorge und Vorsorgeuntersuchungen und die Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln. Auch den Geburtsort kann die Schwangere grundsätzlich frei wählen“ (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. 2016). Die Leistungen werden durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen und vor der medizinischen Untersuchung bei den Sozialämtern beantragt. Dabei wird die Abrechnung unterschiedlich gehandhabt: In einigen Regionen Deutschlands erhalten Flüchtlinge eine Gesundheitskarte, in anderen werden Behandlungsscheine ausgegeben, so dass Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen mit dem Sozialamt abrechnen können (vgl. Seyler 2015). Zuständig für die Regelung der Leistungsgewährung sind grundsätzlich die Gemeinden. In Nordrhein-Westfalen besteht seit August 2015 die Möglichkeit, die Gesundheitskarte (G-Karte NRW), die identisch mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für gesetzlich Krankenversicherte ist, zu beziehen (MGEPA 2016).

Betrachtet man die gynäkologische Versorgungslage von Migrantinnen insgesamt, so stellen Brenne et al. (2013) wesentliche Unterschiede hinsichtlich der Nutzung gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen innerhalb der Gruppe von Migrantinnen – zu denen auch geflüchtete Frauen<sup>2</sup> zählen – heraus. Abhängig von ihrer jeweiligen Phase im Akkulturationsprozess<sup>3</sup> und in Abhängigkeit von der jeweiligen Migrantinnen- und Migrantengeneration<sup>4</sup> verhalten sich Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingshintergrund im Hinblick auf die Inanspruchnahme des gynäkologischen Versorgungssystems unterschiedlich. Hierbei zeigt sich besonders das Risiko einer Unterversorgung bei Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen und unsicherem Aufenthaltsstatus, primär also Migrantinnen der ersten Generation, wozu auch Flüchtlingsfrauen zählen. In der Untersuchung von Brenne et al. (2013) nehmen 25 Prozent der Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus nur fünf oder weniger ärztliche Schwangervorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Der Anteil bei Migrantinnen ohne Deutschkenntnisse liegt mit 32,5 Prozent noch höher. Frauen mit Migrationshintergrund nutzen zudem die Hebammenleistungen in der Schwangerschaft wesentlich seltener als einheimische Frauen. Während 75 Prozent der Frauen mit deutschen Wurzeln in der Schwangerschaft neben einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen auch von einer Hebamme versorgt werden, trifft dies nur für 43 Prozent der Migrantinnen mit eigener Migrationserfahrung zu (vgl. Brenne et al. 2013). Zugangsbarrieren würden insbesondere für geflüchtete Frauen bestehen (vgl. Deutscher

<sup>1</sup> Die gesundheitlichen Bedarfe und Erkrankungen der Asylsuchenden in den zahlreichen Erstaufnahmeeinrichtungen werden bundesweit bisher weder einheitlich erfasst noch gibt es einen einheitlichen Satz an Mindestindikatoren, die aus diesen Settings dokumentiert und berichtet werden“ (Razum et al. 2016: 132).

<sup>2</sup> Die Ausführungen beziehen sich auf Migrantinnen allgemein, die Gruppe der Flüchtlingsfrauen zählt hier dazu.

<sup>3</sup> Akkulturation ist die wechselseitige Beeinflussung oder einseitige Angleichung verschiedener Kulturen, wobei auch das Hineinwachsen eines Menschen in ihre kulturelle Umwelt meist als Akkulturation bezeichnet wird“ (<http://lexikon.stangl.eu/2031/akkulturation/>).

<sup>4</sup> Eine Migrantin oder ein Migrant der ersten Generation lebt nicht seit der Geburt in Deutschland. Personen mit Zuwanderungsgeschichte zweiter Generation leben seit der Geburt in Deutschland, beide Eltern sind aber im Ausland geboren. Als Migrantinnen und Migranten dritter Generation werden Personen bezeichnet, die selbst als auch ihre Eltern in Deutschland geboren sind. Die Muttersprache ist aber nicht Deutsch (vgl. Brenne et al. 2013).

Hebammenverband 2015). Über die Situation der Nachbetreuung von geflüchteten Frauen im Wochenbett ist wenig bekannt. Eine niederländische Studie beschreibt eine hohe Wahrscheinlichkeit der Nicht-Inanspruchnahme der Nachbetreuung im Wochenbett durch Hebammen bei geflüchteten Frauen (vgl. Ascoly/Van Halsema/Keysers 2001). Die geringe Inanspruchnahme der gynäkologischen Vor- und Nachsorge sowie der Versorgung durch Hebammen liegt neben möglichen Sprachschwierigkeiten und Verständigungsproblemen auch an der Unwissenheit gynäkologischer Versorgungsstrukturen (vgl. Deutscher Hebammenverband 2015; Kolip/Baumgärtner 2015; Brenne et al. 2013). Verständlicherweise führten in den zurückliegenden Aufnahmesituationen Überlastungen der Kommunen hinsichtlich der Organisation der gesundheitlichen Versorgung zu Zugangsbarrieren der Frauen zum gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungssystem. Auch die persönlichen Einstellungen und das Ausmaß an interkultureller Kompetenz seitens des Gesundheitspersonals<sup>5</sup> haben Einfluss darauf, inwiefern Frauen mit Fluchthintergrund die gynäkologische Versorgung und die Betreuung durch Hebammen oder Entbindungshelfer in Anspruch nehmen (vgl. Bulman/McCourt 2002). Ein weiterer Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme des gynäkologischen Versorgungssystems und der Versorgung durch Hebammen beziehungsweise Entbindungspfleger können eine Traumatisierung und psychische Folgeerkrankungen sein.

### 3 Gesundheitliche Folgen von Gewalt bei geflüchteten Frauen

Zahlreiche Flüchtlingsfrauen, die die Bundesrepublik erreichen, haben Gewalterfahrungen gemacht. Dabei kann es sich um kumulierte Gewalt handeln: Die Frauen können Gewalt durch den eigenen Partner als auch durch fremde Personen erlebt haben. Sie können Gewalt im Herkunftsland, auf dem Fluchtweg und in der Erstaufnahmeeinrichtung erfahren. Insbesondere Vergewaltigungen von Flüchtlingsfrauen durch Schleuser und in Erstaufnahmeeinrichtungen kommen nicht selten vor (vgl. Classen 2016; The UN Refugee Agency 2014). Vielfach können Flüchtlingsfrauen in der Aufnahmesituation dem Risiko von sexueller Gewalt in Sammelunterkünften ohne Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten nicht entgehen. „Nicht selten sind die Zustände in den Flüchtlingsunterkünften menschenunwürdig“ (Cremer 2014: 3). Neben beispielsweise Schimmelbefall, fehlenden Toiletten, undichten Dächern oder kaputte Heizungen sind es auch nicht abschließbare Zimmer oder Ge-

meinschaftsduschen ohne Duschvorhänge, die das Risiko sexueller Gewalt schüren.

Für die Frauen bedeutet die Flucht aus Kriegsgebieten und die Aufnahme im Einreiseland somit nicht das Ende der Gewalt (vgl. Buckley-Zistel/Krause/Loeper 2014). Im Nachkriegskontext sind es häufig Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld, einschließlich der Familie, die körperliche, psychische und sexuelle Gewalt ausüben. Hierbei werden insbesondere veränderte sozioökonomische Situationen als Grund für einen Anstieg der Aggression bei Männern diskutiert, die sich in sexueller Gewalt an Frauen in ihrer eigenen Gemeinschaft ausdrücken würden (vgl. Buckley-Zistel/Krause/Loeper 2014; Hamber 2007; Schäfer 2005). Geflüchtete Männer können beispielsweise die Rolle als Erwerbstätige im Erstaufnahmelager nicht mehr ausüben, was Einfluss auf die Geschlechterrollen hat, die Geschlechterbeziehung verändern kann und insbesondere Aggressionen bei den geflüchteten Männern auslösen kann (vgl. Lukunka 2011). Häusliche Gewalt gegen die eigene Partnerin in Erstaufnahmeeinrichtungen diene dabei dazu, Kontrolle und Macht im Geschlechterverhältnis zurück zu erobern (vgl. Buckley-Zistel/Krause/Loeper 2014). Täterinnen und Täter finden sich jedoch nicht nur unter den geflüchteten Personen, sondern auch unter den Sicherheitskräften sowie unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Hilfsorganisationen, die ihre Machtposition ausnutzen (vgl. Ferris 2007).

Die gesundheitlichen Folgen von sexueller Gewalt sind vielfältig und werden unter anderem ausführlich in der FRA-Studie beschrieben (vgl. FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014). „Hinsichtlich der psychologischen Langzeitfolgen von Gewalt (...) litten die Opfer von Viktimisierung durch PartnerInnen oder andere Personen unter einem Verlust von Selbstvertrauen, fühlten sich verletztlich und ängstlich. Opfer von sexueller Gewalt gaben an, dass sie oft unter zahlreichen psychischen Folgen leiden“ (FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 23). Psychische Langzeitfolgen von Gewalt äußerten sich in Depressionen, Angstzuständen, Panikattacken, einem Verlust des Selbstvertrauens und einem Gefühl der Verletzlichkeit, in Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Beziehungsschwierigkeiten (vgl. FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014; Hornberg et al. 2008). Im Folgenden werden die psychischen Beschwerden, die Auswirkungen auf die gynäkologische Versorgung und die Versorgung durch Hebammen und Geburtshelfer haben, näher betrachtet. Insbesondere die Rate an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) gilt unter Flüchtlingen

<sup>5</sup> „Interkulturelle Kompetenz beschreibt die Kompetenz, auf Grundlage bestimmter Haltungen und Einstellungen sowie besonderer Handlungs- und Reflexionsfähigkeiten in interkulturellen Situationen effektiv und angemessen zu interagieren“ (vgl. Bertelsmann Stiftung 2006).

und Asylbewerberinnen und -bewerber im Vergleich zur deutschstämmigen Bevölkerung als um das zehnfache erhöht (vgl. Bühring 2015). Als Folge ihrer Erlebnisse entwickeln 40 Prozent aller Asylsuchenden und Flüchtlinge eine Traumafolgestörung (vgl. Heeren et al. 2014). Die aktuelle Leitlinie der deutschsprachigen Fachgesellschaften für Psychotraumatologie berichtet sogar von einer PTBS-Prävalenzrate von 50 Prozent bei Menschen, die Krieg, Vertreibung und Folter erlebt haben (Flatten et al. 2011). Dabei liegen keine Zahlen vor, die sich ausschließlich auf Flüchtlingsfrauen beziehen. Eine Traumafolgestörung, zu der die PTBS zählt, entsteht, wenn mehrere belastende Faktoren zusammenkommen (vgl. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2016), zum Beispiel eine Akkulturation, die eine psychische Vulnerabilität durch die Anpassung an neue Lebensbedingungen mit sich bringt, in Kombination mit einer Gewaltbelastung. Eine PTBS beinhaltet das gleichzeitige Auftreten von Einzelsymptomen aus mehreren Symptomgruppen nach DSM IV beziehungsweise ICD 10.<sup>6</sup> Diese sind Intrusionen oder Wiedererleben, Vermeidungs- und Numbing- (emotionale Erstarrungs-) Symptome sowie chronisches Hyperarousal (Übererregung).<sup>7</sup> Personen, die unter einer PTBS leiden, benötigen die Aufrechterhaltung von Kontrolle über ihren Körper und können sehr unterschiedlich auf erneute Grenzverletzungen reagieren. Sogenannte Triggerreize, das heißt Elemente, die an die traumatisierende Situation erinnern, können eine Re-Traumatisierung auslösen (vgl. Streek-Fischer et al. 2009). Gerade für die Gynäkologie und Geburtshilfe ist das Wissen um spezifische Triggerreize notwendig, da bei einer gynäkologischen Untersuchung und einer sexuellen Gewaltsituation häufig dieselben Körperbereiche betroffen sind.

#### 4 Folgen einer Traumatisierung durch Vergewaltigung für die geburtshilfliche Versorgung

Auf Basis der derzeitigen Datenlage ist nicht bekannt, wie viele schwangere Frauen mit Fluchthintergrund in den letzten Jahren die Bundesrepublik erreichten und ob ihre Schwangerschaft eine bewusste, gewollte Entscheidung war oder durch eine Vergewaltigung entstanden ist. Es existiert zudem keine Zahl darüber, wie viele schwangere Frauen bundesweit in Erstaufnahmeeinrichtungen leben. Aufgrund der unzureichenden Datenlage wird sich im Folgenden auf Erkenntnisse zu Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft bei deutschstämmigen Frauen konzentriert, die aufgrund einer Verge-

waltigung schwanger geworden sind, um darzustellen, welche extremen psychischen Folgen eine Schwangerschaft und Geburt aufgrund von Vergewaltigung haben kann.

#### Schwangerschaft und Abtreibung

Frauen, die durch Vergewaltigung schwanger werden, sind in extremer Form belastet. Neben den posttraumatischen Belastungen kommen diejenigen, die mit einer ungewollten Schwangerschaft einhergehen, hinzu (vgl. Heynen 2005). Im Kontext der Flüchtlingsbewegungen befinden sich die betroffenen Frauen zudem in einem für sie noch unbekanntem Land und müssen ihre eigenen kulturellen Überzeugungen im Akkulturationsprozess mit der Kultur des Aufnahmelandes abgleichen und versuchen, eine neue Identität aus Überzeugungen und Werten des Heimatlandes und denen des Aufnahmelandes zu entwickeln (vgl. Machleidt 2007). Zugleich stellen sich Fragen nach der eigenen Existenz und der Sicherheit der Lebensbedingungen. Diese vulnerable Phase geht einher mit einer nicht beabsichtigten Schwangerschaft und damit, dass die eigene psychische Stabilität durch das Gewalterlebnis, aber auch durch das Fluchterleben, erheblich zerstört worden sein kann (vgl. Streek-Fischer et al. 2009). Eine nationale qualitative Studie zeigt verschiedene Aspekte der Konfliktverarbeitung, aufgrund einer Vergewaltigung schwanger geworden zu sein sowie weitere Prozesse, die damit verbunden sind (z. B. die Entscheidung für eine Abtreibung oder die Austragung des Kindes) auf (vgl. Heynen 2005). Einige Frauen in der Studie haben aufgrund einer Nicht-Identifikation mit der Mutterrolle und dem „Nicht-Töten-Wollen“ des Kindes durch eine Abtreibung versucht, einen Schwangerschaftsabbruch „indirekt“ durch starke körperliche Belastung herbeizuführen. Laut WHO sind unsichere Abtreibungen weltweit der dritthäufigste Grund für Müttersterblichkeit (vgl. Amnesty International 2014). Auch bergen sie Risiken für infektionsbedingte Folgeerkrankungen, etwa wenn nicht-sterile Instrumente verwendet werden. Eine Folge kann Unfruchtbarkeit sein, wenn die Gebärmutter langfristig verletzt wird (vgl. Rassmann 2012). Die Verzweiflung der Frauen kann so weit gehen, dass sie sich das Leben nehmen (vgl. Amnesty International 2014). Entscheidet sich die Frau für das Fortsetzen der Schwangerschaft, so geht dies – der Studie von Heynen (2005) zufolge – einher mit einer inneren Annahme des Ungeborenen und einer bewussten Übernahme der Rolle als Mutter. Mit dem Fortsetzen der Schwangerschaft sind jedoch spezifische Risiken für die werdende Mutter und das Kind verbunden. Die Zunahme des Bauches

<sup>6</sup> Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) definiert die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) als „eine verzögerte oder protrahierte psychophysiologische Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder mehrere traumatische Situationen“ (Streek-Fischer et al., 2009). Die medizinischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV schließen dabei die Ereignisse ein, die „objektiv ‚mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmaß‘ (ICD-10) einhergehen oder ‚die tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder Anderen‘ (DSM-IV) einschließt, sowie subjektiv ‚bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde‘ (ICD-10) beziehungsweise mit ‚starker Angst, Hilflosigkeit oder Grauen‘ erlebt wurde“ (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2016).

<sup>7</sup> Intrusionen können sich z. B. in schmerzlichen Erinnerungen an das traumatische Ereignis (blitzlichtartige Erinnerungsbilder, „Flashbacks“), in belastenden Träumen oder Alpträumen sowie in einer intensiven psychischen Belastung oder körperlichen Reaktion bei der Konfrontation mit Situationen oder anderen äußeren Gegebenheiten, die an das Trauma erinnern, zeigen. Vermeidungs- und Erstarrungssymptome richten sich dagegen auf die Gedanken- und Gefühlsvermeidung sowie auf eine Situations- und Aktivitätsvermeidung in Bezug auf das erlebte Trauma. Ein chronisches Hyperarousal, die sogenannte Übererregung, zeigt sich demgegenüber in Reizbarkeit und Wutausbrüchen, Konzentrations- und Gedächtnisproblemen sowie Schreckhaftigkeit (vgl. Maercker/Michael 2009).

und des Brustumfangs sind Faktoren, die von der Schwangeren nicht kontrolliert werden können. Allein die körperlichen Veränderungen können als Trigger und damit re-traumatisierend wirken, da der Kontrollverlust über den Körper einen Flashback, eine Erinnerung an den Kontrollverlust in der Gewaltsituation und den damit verbundenen Gefühlen von Ohnmacht auslösen kann. Typische Trigger in der geburtshilflichen Betreuung sind die Rückenlage, ein Festgehaltenwerden oder erzwungenes Stillhalten und vaginales Eindringen, zum Beispiel bei einer vaginalen manuellen Untersuchung oder Sonographie (vgl. Skolik 2006). Auch das Ungeborene kann von den Auswirkungen des Traumas bereits im Mutterleib betroffen sein. Durch die Verbindung der beiden physiologischen Kreisläufe, des mütterlichen und des fetalen, kann es bei anhaltender physiologischer Erregung der werdenden Mutter, beispielsweise aufgrund eines Hyperarousals, die hohe affektive Erregung der Mutter spüren. Als Folge kann es als Säugling irritabler und in seiner Selbstregulationsfähigkeit instabiler sein (vgl. Zimmermann et al. 2002; Heynen 2003).

### Geburt

Verschiedene Aspekte einer Traumatisierung können Einfluss auf die Geburtssituation nehmen. Ein möglicher Verlust des Selbstvertrauens und des Vertrauens in andere Personen durch eine sexuelle Gewalttat können dazu führen, dass die Schwangere sich nicht mehr in der Lage sieht, das Kind auf natürlichem Wege zu gebären. Bei sexuellen Gewalterfahrungen und bei einer Geburt sind zudem dieselben Körperbereiche beteiligt, sodass das Körpergedächtnis in der Schwangerschaft und während der Geburt stimuliert wird. Die Gefahr für einen Flashback ist somit auch in der Geburtssituation erhöht. Um der (auch unbewussten) Gefahr eines Flashbacks zu entgehen, kann vonseiten der Frau der Wunsch nach einem Kaiserschnitt geäußert werden (vgl. Leeners et al. 2003). Vom geburtshilflichen Personal sollte daher genau nach dem Motiv für einen Wunschkaiserschnitt seitens der werdenden Mutter gefragt werden. Traumafolgen können sich zudem im Geburtsprozess körperlich ausdrücken. Dies gilt insbesondere für die Wehenintensität, die Schmerzempfindlichkeit während der Geburt sowie die Kraft der Austreibungswehen (vgl. Strehler-Heubeck 2013).

### Wochenbett und frühe Elternschaft

Bezüglich der Phase des Wochenbetts liegen Erkenntnisse, die sich auf die Situation von geflüchteten Frauen beziehen, vor. Internationale Studien zeigen auf, dass Frauen mit Zuwanderungsgeschichte insgesamt, aber insbesondere

geflüchtete Frauen und Frauen, deren Aufenthaltsstatus im Einreiseland nicht geklärt ist, ein erhöhtes Risiko haben, im ersten Lebensjahr des Kindes an einer Postpartalen Depression (PPD) zu erkranken. „Our results show that asylum-seekers present with a higher psycho-social risk profile than other women. This includes variables most directly related to mental health: symptoms of PTSD; symptoms of depression, somatisation, or anxiety; and risk of PPD“ (Gagnon et al. 2013: 204). Unklar ist jedoch, inwiefern sexuelle Gewalt im Heimatland, auf dem Fluchweg oder/ und im Erstaufnahmeland Einfluss auf die Ausbildung einer PPD bei Frauen mit Fluchthintergrund hat. Die Symptome einer PPD ähneln den Symptomen einer Depression und drücken sich unter anderem in gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Appetitverlust, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe oder auch Verlangsamung, Energie- und Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit, Gefühle von Wertlosigkeit, Schuld und Trauer sowie eine verminderten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit aus. Im gravierendsten Fall kann es zu Suizidgedanken kommen, die zu Selbstverletzungen bis hin zu einem Selbstmord führen können (vgl. Bürmann genannt Siggemann et al. 2014). Präventiv wirkt – gerade bei Frauen aus nicht-westlichen Ländern – eine festgelegte nachgeburtliche Zeitperiode von 40 Tagen, die durch feste Riten und Traditionen geprägt und strukturiert wird sowie ein stabiles soziales Netzwerk (vgl. Krusemark 2005).

Gerade in Erstaufnahmeeinrichtungen stellt sich die Frage nach der Intimsphäre der Frauen im Wochenbett. Die Enge der „Wohnungen“, häufig nur begrenzt von anderen Menschen durch einfache Laken, lässt ein Bewahren des eigenen Raumes und das Ausführen spezifischer Riten kaum zu. Gerade für traumatisierte Frauen ist die Gefahr, aufgrund der beengten Wohnverhältnisse getriggert zu werden, hoch. Inwieweit sich die Unterbringung in Sammelunterkünften, eine Gewalterfahrung und ein kulturell unterschiedlicher Umgang im Wochenbett auf die PPD-Rate bei jungen Flüchtlingsmüttern auswirkt, ist bisher unbekannt. Eine postpartale Depression beziehungsweise eine Traumafolgestörung kann sich auf die gesunde Entwicklung des Neugeborenen insofern auswirken, als die Mutter aufgrund fehlender Feinfühligkeit Schwierigkeiten hat, eine sichere Bindung<sup>8</sup> zu ihrem Kind aufzubauen (vgl. Heynen 2003). Kinder postpartal erkrankter Mütter zeigen einer Untersuchung von Ballestrem et al. (2008) zufolge aufgrund eines inkongruenten und wenig feinfühligem Kontakts mit der Mutter emotionale Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen und kognitive Entwicklungs-

<sup>8</sup> Zu der Beschreibung der einzelnen Bindungstypen siehe Ainsworth (1978).

verzögerungen. Die Vermutung liegt nahe, dass Mütter mit Fluchthintergrund einem hohen Risiko unterliegen, die erlebte Gewalt im Sinne einer transgenerationalen Übertragung<sup>9</sup> an ihr Kind weiterzugeben.

## 5 Handlungsbedarfe und bestehende Angebote zur Verbesserung der Versorgungssituation

Wird eine sexuelle Gewalttat in einer Erstaufnahmeeinrichtung vom eigenen Partner, Verwandten oder dem nahen Umfeld akut ausgeübt, gilt es zunächst, die betroffene Frau räumlich vom Täter zu trennen. Vor dem Hintergrund der Prävention von unsicheren Abtreibungen und dem Suizid von Flüchtlingsfrauen aufgrund ungewollter Schwangerschaft besteht die Herausforderung, eine bestehende Schwangerschaft bereits in einem frühen Stadium zu erkennen, ohne die Rechte der Frauen zu verletzen. Eine Möglichkeit – zumindest für die Frauen, die aktuell nach Deutschland einreisen – wäre es, nach ihrer Einwilligung im Rahmen der Erstuntersuchung Schwangerschaftstests durchzuführen. Im Falle einer Schwangerschaft sollten mehrsprachige Informationen über die zur Verfügung stehenden Optionen – das heißt eine Entscheidung für das Kind und die damit verbundenen weiteren Versorgungsansprüche und -leistungen oder die Entscheidung für eine Abtreibung mit damit verbundenen weiteren Informationen – bereitgestellt werden. Unter Einbezug von Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Kulturmittlerinnen und Kulturmittlern können bestehende Verständigungshürden abgebaut werden. Entscheidet sich die Frau für das Fortsetzen der Schwangerschaft, so bedarf es einer umfassenden Aufklärung über Schwangerschaftsverlauf, Geburt und die Phase des Wochenbetts. Hierbei sowie in der weiteren Begleitung der Schwangerschaft ist ein trauma- und kultursensibler Umgang erforderlich. Traumasensible Schulungen für Hebammen werden bereits in Berlin durch den *Deutschen Hebammenverband* und im Raum Köln-Bonn durch *medica mondiale*<sup>10</sup> angeboten (vgl. Zemp 2016). Viele Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen bieten zudem spezielle Angebote für Flüchtlingsfrauen an (vgl. Pro Familia Bonn 2015). Diese Angebote gilt es weiter auszubauen, so dass eine bundesweite trauma- und kulturspezifische Qualifizierung aller relevanten Berufsgruppen im gynäkologischen, psychosozialen und medizinischen Bereich realisiert werden kann (vgl. auch Heynen 2005). Die Schulungen sollten zudem Wissen über eine konkrete Verweisungspraxis in das psychosoziale, traumatherapeutische sowie

entwicklungspsychologische Versorgungssystem beinhalten (vgl. David/Borde/Siedentopf 2012; Koller/Lack/Mielck 2009). Ein Handlungsbedarf, den das Netzwerk „Frauengesundheit NRW im Kontext von Zuwanderungsgeschichte“ des KFG.NRW thematisiert, ist der dringende Ausbau von traumatherapeutischen Angeboten. Traumatherapeutische Angebote haben bisher häufig zu lange Wartezeiten, weswegen neue und insbesondere mehr Versorgungsformen entwickelt werden müssen, die die bestehende Versorgungslücke auffängt und bestenfalls schließt. Das Wissen um eine trauma- und kultursensible Versorgung gehört dabei auch in die Curricula der Aus- und Weiterbildungsordnung von Ärzten und Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen, insbesondere aber der Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie der Hebammen und Entbindungspfleger. Bedarf besteht weiterhin in der Förderung einer interprofessionellen Zusammenarbeit der gynäkologischen, geburtshilflichen und sozialen Professionen zur Versorgung vergewaltigter Flüchtlingsmütter und ihrer Neugeborenen sowie von Flüchtlingsfrauen, die aufgrund sexueller Gewalt schwanger sind. Dabei gilt es auch, das Kinderhilfesystem und Jugendamt mit einzubeziehen. Denn „der Umgang mit Frauen nach sexualisierter/sexueller Gewalterfahrung erfordert nicht nur sehr viel Einfühlungsvermögen und Zeit, Wertschätzung und Fachwissen, sondern auch ein hohes Maß an interdisziplinärem Austausch zwischen den Berufsgruppen in der Frauengesundheit“ (Skolik 2002: 2).

Im Sinne des Empowerments sollte die Schwangere beziehungsweise die junge Mutter hinsichtlich eines positiven, aktiven Lebensstils gefördert werden. In dem Zusammenhang haben Ärzte und Ärztinnen sowie Hebammen „eine Schlüsselrolle in der Begleitung von traumatisierten schwangeren Frauen“ (Zemp 2015a: 40). Insbesondere die Betreuung durch eine Hebamme ist für viele Frauen mit großem Vertrauen verbunden, welches den Raum öffnen kann, schmerzhaft Erfahrungen zu erinnern, eigene Ressourcen zu erkennen und zu stärken. Eine solche Beziehung zeichnet sich auch dadurch aus, dass die betroffenen Frauen als Menschen wahrgenommen werden, die lebensbedrohliche Situationen überlebt haben. Statt „Opfer“ sind sie Expertinnen ihres eigenen Lebens, die am besten wissen, „welche Unterstützung sie zur Entlastung ihrer traumatischen Stressreaktionen benötigen“ (Zemp 2015a: 41). Frauen mit Fluchthintergrund benötigen in dem Zusammenhang vermehrte Informationen über die Möglichkeit, Ärzte und Ärztinnen oder eine Hebamme bereits in der Schwangerschaftsvorsorge zu Rate zu ziehen. Sie benötigen Informationen über Geburtsvor-

<sup>9</sup> Transgenerationale Übertragung meint hier die Übertragung des (unverarbeiteten) Traumas auf die nächste Generation.

<sup>10</sup> *medica mondiale* unterstützt Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. Mehr unter: [www.medicamondiale.org/wer-wir-sind.html](http://www.medicamondiale.org/wer-wir-sind.html)

bereitungskurse und über die Nachbetreuung im Wochenbett sowie im ersten Lebensjahr ihres Kindes (vgl. Deutscher Hebammenverband 2016). Im Kontext Geburt und Trauma nach sexueller Gewalterfahrung empfiehlt sich eine ressourcenorientierte Geburtsvorbereitung, die auf die individuellen Bedürfnisse der Frau angepasst ist. Im Vordergrund sollten das Fördern der eigenen Kräfte der schwangeren Frauen, das Erkennen und Vermeiden möglicher Trigger sowie das Verhindern und Auffangen von Flash-backs stehen (vgl. Singer/Freystedt 2008). Um einer Re-Traumatisierung bei der Geburt vorzubeugen, sollte der Gebärenden jeder geplante Untersuchungs- und Interventionsschritt von Seiten des medizinischen Personals, der Hebamme oder des Entbindungspfleger ausreichend erklärt werden. Bedacht und im Vorfeld erklärt werden sollte der mögliche, zeitweise Kontrollverlust über den Körper bei der Geburt, der als Trigger wirken kann. Weiterhin sollten objektive Trigger wie medizinisches Instrumentarium oder bestimmte Geräusche und Körperpositionen bekannt und nach Möglichkeit vermieden werden (vgl. Singer/Freystedt 2008). Nach der Geburt sind „beim Weiterbestehen der Mutter-Kind-Beziehung (...) Schritte zu ihrer Stärkung von großer Bedeutung. Dazu gehört insbesondere, Mutter und Kind vor erneuten Gewalterlebnissen zu schützen und sie zu unterstützen“ (Heynen 2005: 8). Gerade im Wochenbett ist es relevant, dass die Privatsphäre der Frauen, insbesondere im Hinblick der Prävention einer postpartalen Depression und der Entwicklung einer möglichst gesunden Mutter-Kind-Bindung, geschützt wird. Aufgrund der mangelnden Erkenntnisse in dem Zusammenhang, was gesundheitliche und psychosoziale Bedarfe von geflüchteten, gewaltbetroffene Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind und wie die Frauen möglichst optimal trauma- und kultursensibel gynäkologisch und geburtshilflich versorgt werden können, ist es zunächst wesentlich, die aktuelle Datenlage zu verbessern. Hier sind Forschungsdesigns notwendig, die innerhalb einer intersektionellen Perspektive die Heterogenität der geflüchteten Frauen als auch die spezifischen Phasen im Migrationsprozess (vgl. Machleidt 2007) berücksichtigen und methodologisch vergleichbar sind.

#### **Arbeitshilfen, Netzwerke und Modellprojekte**

Verschiedene Modellprojekte, Netzwerke und Arbeitshilfen beziehen sich derzeit bereits auf einen traumasensiblen Umgang in der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingsfrauen. Der Deutsche

Hebammenverband hat beispielsweise einen Leitfaden für Hebammen erstellt, der sich auf die traumasensible Betreuung von Flüchtlingsfrauen bezieht, die im Heimatland, auf dem Fluchtweg oder in der Erstaufnahmeeinrichtung sexuelle Gewalt und Missbrauch erfahren haben (vgl. Zemp 2015b). Zudem existieren bereits spezifische Netzwerke im Zusammenhang mit der Hilfe und Unterstützung gewaltbelasteter Schwangerer und junger Mütter – zum Beispiel das Kölner Netzwerk „Gewalt in der Schwangerschaft. Schwanger nach Gewalt“<sup>11</sup> oder die interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu „Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ in Kiel. Diese sind jedoch nach aktuellem Recherchestand bisher nicht spezialisiert hinsichtlich kultureller Unterschiedlichkeiten und Unwägbarkeiten bei Flash-backs von durch Gewalt traumatisierten schwangeren Frauen mit Fluchthintergrund. Vor dem Hintergrund der Frage nach der Annahme des Kindes und der kindlichen Entwicklung nach sexualisierter Gewalt und damit einhergehender Zeugung wurde in Frankfurt das Projekt „Jasmin – zwischen Traum und Trauma“ initiiert. Im Mittelpunkt des Projekts steht die Unterstützung der frühen Elternschaft bei geflüchteten Familien mit Kleinkindern durch ein stabilisierendes Gruppenangebot. Im Falle von Traumatisierungen soll die transgenerationale Weitergabe an die Kinder verhindert und gleichzeitig die Annahme der Kinder gefördert werden (vgl. AWO Hessen Süd 2016). Der *pro familia Landesverband NRW* hat 2014 in Bonn zudem das Pilotprojekt „pro familia: Flüchtlinge im Blick“ gestartet, worin pro familia-Beraterinnen im Sinne der aufsuchenden Arbeit Unterkünfte und Wohnheime von Flüchtlingen besuchen und Frauen, die zum Teil schon weit fortgeschritten sind in ihrer Schwangerschaft, an Ärztinnen, Ärzte und Hebammen vermitteln. Das Projekt wurde mit dem Gesundheitspreis NRW 2015 ausgezeichnet und wird bereits in Ansätzen auf andere Kommunen übertragen (vgl. Pro Familia Bonn 2015).

#### **6 Fazit**

Hinsichtlich der derzeitigen gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungslage von schwangeren geflüchteten Frauen und jungen Müttern mit Fluchthintergrund und Gewalterfahrung bestehen noch viele offene Fragen. Unklar ist, wie Frauen mit einer aus einer Vergewaltigung resultierenden Schwangerschaft traumasensibel versorgt und psychosozial betreut werden, welche Informationen ihnen an die Hand gegeben werden und wie sie mit diesen Informationen umgehen. Unklar ist auch, wie viele Frauen von

<sup>11</sup> <http://schwanger-und-gewalt.de/>

einer Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung betroffen sind. Gleichzeitig wird das große Engagement – insbesondere der ÄrztInnen- und Hebammenverbände – hinsichtlich der Versorgungslage und der Sensibilisierung über das Ausmaß an Gewalt gegenüber Flüchtlingsfrauen deutlich.

Die bisherige Richtung gilt es weiterzuverfolgen und insbesondere auszudifferenzieren auf die verschiedenen kulturellen und sozialen Hintergründe der Frauen. Konkrete wissenschaftliche Erkenntnisse sollten hierzu einen Rahmen bilden für die weitere Optimierung der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungspraxis. Denn eine gute gynäkologische Versorgung und traumasensible Betreuung beinhaltet auch eine gesellschaftspolitische Implikation: den Kindern der Frauen, die aufgrund einer Vergewaltigung gezeugt worden sind, eine Chance auf ein gesundes, emotional stabiles Aufwachsen zu geben. Letztlich gilt es aber auch, Flucht und Vertreibung nicht als lokale Krisenphänomene zu begreifen, sondern als Prozesse, die global zu verantworten sind und als solche auch nach umfassenden Antworten und Maßnahmen verlangen.

#### Literaturhinweise

- Ainsworth, Mary D. Salter; Blehar, Mary, C.; Waters, Everett; Wall, Sally N. (1978). *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation*. New York: Hilsdale
- Amnesty International. (2014). *Am Rande des Todes – Gewalt gegen Frauen und das Abtreibungsverbot in El Salvador*. Zugriff am 28.09.2016 unter [www.ai-el-salvador.de/files/ai\\_el\\_salvador/PDFs/el-salvador-2014-abtreibungsverbot-kampagne.pdf](http://www.ai-el-salvador.de/files/ai_el_salvador/PDFs/el-salvador-2014-abtreibungsverbot-kampagne.pdf)
- Ascoly, Nina; Van Halsema, Ineke; Keyzers, Loes. (2001). Refugee Women, Pregnancy, and Reproductive Health Care in the Netherlands. *Journal of Refugee Studies*. 14 (4), 371–393
- AWO Hessen-Süd. (2016). *Jasmin – zwischen Traum und Trauma*. Zugriff am 21.09.2016 unter [www.awo-hs.org/fileadmin/user\\_upload/migration/dokumente/AWO-Projekt-Jasmin\\_Beschreibung.pdf](http://www.awo-hs.org/fileadmin/user_upload/migration/dokumente/AWO-Projekt-Jasmin_Beschreibung.pdf)
- Ballestrem, Carl-Ludwig v.; Nagel-Brotzler, Almut; Hohm, Erika; Scheid, B.; Turmes, Luc; Grube, Michael; Britsch, P.; Klier, Claudia; Hornstein, Christiane. (2008). Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Müttern mit perinatalen Erkrankungen durch Hebammen. *Gyn: Praktische Gynäkologie*, 13 (2), 138–143
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2006). *Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts?* Zugriff am 28.11.2016 unter [www.ihk-krefeld.de/de/media/pdf/international/interkulturelle\\_kompetenz/interkulturelle\\_kompetenz/interkulturelle\\_kompetenz\\_schlüsselkompetenz21jh.pdf](http://www.ihk-krefeld.de/de/media/pdf/international/interkulturelle_kompetenz/interkulturelle_kompetenz/interkulturelle_kompetenz_schlüsselkompetenz21jh.pdf)
- Brenne, Silke; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver; David, Matthias; Borde, Thea. (2013). Wie können Migrantinnen erreicht werden? Forschungsprozesse und erste Ergebnisse der Berliner Perinatalstudie. In Erol Esen & Theda Borde (Hrsg.), *Deutschland und die Türkei – Band II. Forschen, Lehren und Zusammenarbeiten in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung* (S. 183–198). Berlin: Siyasal Kitabevi. Zugriff am 20.10.2016 unter [www.deutsch-tuerkisches-wissenschaftsjahr.de/fileadmin/downloads/Publikation\\_DTWK\\_deutsch.pdf](http://www.deutsch-tuerkisches-wissenschaftsjahr.de/fileadmin/downloads/Publikation_DTWK_deutsch.pdf)
- Buckley-Zistel, Susanne; Krause, Ulrike; Loeper, Lisa. (2014). Sexuelle und geschlechterbasierte Gewalt an Frauen in kriegsbedingten Flüchtlingslagern – ein Literaturüberblick. *PERIPHERIE*, 133 (34), 71–89
- Bühring, Petra. (2015). Hilfe für Opfer von Kriegsgewalt. *Deutsches Ärzteblatt 2015*, 112, A620
- Bulman, Kate Harper; McCourt, Christine (2002): Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: A case study. *Critical Public Health*, 12 (4), 365–380
- Bürmann genannt Siggemann, Claudia; Klärs, Gabriele; Möhrke, Barbara; Ernst, Christiane; Rüweler, Mareike; Kolip, Petra; Hornberg, Claudia. (2014). *Postpartale Depression: tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt. Faktenblatt des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW*. Zugriff am 30.09.2016 unter [http://frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2016/08/Faktenblatt\\_PPP\\_FINAL\\_22-4-2014\\_FINAL.docx.pdf](http://frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2016/08/Faktenblatt_PPP_FINAL_22-4-2014_FINAL.docx.pdf)
- Classen, Robin. (2016). *Vergewaltigung von Frauen und Kindern an der Tagesordnung*. Zugriff am 23.08.2016 unter <http://einwanderungskritik.de/asylheim-giessen-vergewaltigungen-von-frauen-und-kindern-an-der-tagesordnung/>
- Cremer, Hendrik. (2014). *Menschenrechtliche Verpflichtungen bei der Unterbringung von Flüchtlingen. Empfehlungen an die Länder, Kommunen und den Bund*. Deutsches Institut für Menschenrechte. Policy Paper Nr. 26. Zugriff am 12.06.2017 unter: [www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx\\_commerce/Policy\\_Paper\\_26\\_Menschenrechtliche\\_Verpflichtungen\\_bei\\_der\\_Unterbringung\\_von\\_Fluechtlingen\\_01.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Policy_Paper_26_Menschenrechtliche_Verpflichtungen_bei_der_Unterbringung_von_Fluechtlingen_01.pdf)
- David, Matthias; Borde, Thea; Siedentopf, Friederike. (2012). Do immigration and acculturation have an impact on 1950 hypereme-



- sis gravidarum? Results of a study in Berlin/ Germany. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33 (2), 78–84
- Deutscher Hebammenverband. (Hrsg.). (2016). *Umgang mit Flüchtlingsfrauen in der Klinik*. Zugriff am 21.09.2016 unter [www.beratung-mariazemp.de/downloads/DHV\\_Flyer\\_Fluechtlingsfrauen\\_web.pdf](http://www.beratung-mariazemp.de/downloads/DHV_Flyer_Fluechtlingsfrauen_web.pdf)
  - Deutscher Hebammenverband. (2015). *Hebammen in der Flüchtlingsarbeit*. Zugriff am 26.10.2016 unter [www.hebammenverband.de/mitgliederbereich/mitgliedernachrichten/newsletter/newsletterdetail/datum/2015/09/04/artikel/hebammen-in-der-fluechtlingsarbeit/](http://www.hebammenverband.de/mitgliederbereich/mitgliedernachrichten/newsletter/newsletterdetail/datum/2015/09/04/artikel/hebammen-in-der-fluechtlingsarbeit/)
  - Deutschsprachige Gesellschaft für Psycho-traumatologie – DeGPT. (Hrsg.). (2016). *Was ist ein Trauma und wie entstehen Traumafolgestörungen?* Zugriff am 23.08.2016 unter [www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/](http://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/)
  - Ferris, Elizabeth. (2007). Comparative Perspectives Symposium: Women in Refugee Camps. Abuse of Power: Sexual Exploitation of Refugee Women and Girls. *Signs. Journal of Women in Culture and Society*; 32 (3), 584–591
  - FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. (2014). *Gewalt gegen Frauen: Eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick*. Zugriff am 28.11.2016 unter [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14\\_de.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_de.pdf)
  - Gagnon, Anita J.; Dougherty, Geoffrey; Wahoush, Olive; Saucier, Jean-François; Dennis, Cindy-Lee; Stanger, Elizabeth, Palmer, Becky; Merry, Lisa; Stewart, Donna E. (2013). International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class. *Social Science & Medicine* 76, 197–207
  - Hamber, Brandon. (2007). Masculinity and Transitional Justice: An Exploratory Essay. *The International Journal of Transitional Justice*, 1, 375–390
  - Heeren, Martina; Wittmann, Lutz; Ehlert, Ulrike; Schnyder, Ulrich; Maier, Thomas; Müller, Julia (2014). Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive psychiatry*, 55 (4), 818–825
  - Heynen, Susanne. (2005). *Zeugung durch Vergewaltigung – Folgen für Mütter und Kinder*. Zugriff am 21.09.2016 unter <http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Zeugung.pdf>
  - Heynen, Susanne. (2003). *Häusliche Gewalt: direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder. Kinder als Zeugen und Opfer häuslicher Gewalt*. Zugriff am 25.10.2016 unter [www.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/veranstaltungen/dokumentationen/gew2/heyne.pdf](http://www.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/veranstaltungen/dokumentationen/gew2/heyne.pdf)
  - Hornberg, Claudia; Schröttle, Monika; Bohne, Sabine; Khelaifat, Nadia; Pauli, Andrea; Horch, Kerstin. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 42, Robert-Koch-Institut, Berlin. Zugriff am 13.10.2016 unter [www.gbe-bund.de/pdf/gewalt.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/gewalt.pdf)
  - Internal Displacement Monitoring Centre. (2015). *Internal Global Estimates People Displaced by Disasters*. Zugriff am 28.11.2016 unter [www.internal-displacement.org/assets/library/Media/201507-globalEstimates-2015/20150713-global-estimates-2015-en-v1.pdf](http://www.internal-displacement.org/assets/library/Media/201507-globalEstimates-2015/20150713-global-estimates-2015-en-v1.pdf)
  - Kolip, Petra; Baumgärtner, Barbara. (2015). Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Zugriff am 26.10.2016 unter [www.lzg.nrw.de/\\_media/pdf/gesundheitsberichte/gesundheitsberichte-nrw-spezial/gesundheits\\_spezial\\_schwangerschaft\\_und\\_geburt.pdf](http://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/gesundheitsberichte/gesundheitsberichte-nrw-spezial/gesundheits_spezial_schwangerschaft_und_geburt.pdf)
  - Koller, Daniela; Lack, Nicholas; Mielck, Andreas. (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. *Das Gesundheitswesen*, 71 (7), 10–18
  - Krusemark, Sylvia. (2005). Frühe dysphorische Stimmungsbeeinträchtigungen bei türkischen und deutschen Wöchnerinnen in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und subjektiver Negativität des Geburtserlebnisses. Aus der Sektion für Medizinische Psychologie der Universität Ulm. (Dissertation). Karlsruhe. Zugriff am 13.10.2016 unter [https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/750/vts\\_5706\\_7557.pdf?sequence=1](https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/750/vts_5706_7557.pdf?sequence=1)
  - Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. (2016). *Hebammenhilfe für Geflüchtete – hochaktuell*. Zugriff am 18.08.2016 unter [www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/hebammenhilfe-ist-ein-menschenrecht/](http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/hebammenhilfe-ist-ein-menschenrecht/)
  - Leeners, Brigitte; Richter-Appelt, Herta; Schönfeld, Kornelia; Neumaier-Wagner, Peruka; Görres, Giesela; Rath, Werner. (2003). Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen

- Missbrauchserfahrungen im Kindesalter – Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (11), A-715 / B-606 / C-569
- Lukunka, Barbra. (2011). New Big Men. Refugee Emasculation as a Human Security Issue. *International Migration*, 50 (5), 130–141
  - Machleidt, Wielant. (2007). Die „kulturelle Adoleszenz“ als Integrationsleistung im Migrationsprozess. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 9 (2), 13–23
  - Maercker, Andreas; Michael, Tanja. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Silvia Schneider & Jürgen Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 105–124). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
  - Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGPEA.NRW) (2016): Gesundheit: Online-Plattform Flüchtlingshilfe NRW, Meldung vom 03.10.2010. Zugriff am 08.01.2016 unter [www.mgepa.nrw.de/startseitenmeldungen/startseitenmeldungsarchiv/Archiv\\_2015/am20151003a/index.php](http://www.mgepa.nrw.de/startseitenmeldungen/startseitenmeldungsarchiv/Archiv_2015/am20151003a/index.php)
  - Rassmann, Janna. (2012). *Info Weltbevölkerung, Mädchen im Fokus: Entwicklung braucht starke Mädchen*. Zugriff am 28.09.2016 unter [www.weltbevoelkerung.de/uploads/tx\\_aedswpublication/Infoblatt-Entwicklung\\_braucht\\_starke\\_Maedchen.pdf](http://www.weltbevoelkerung.de/uploads/tx_aedswpublication/Infoblatt-Entwicklung_braucht_starke_Maedchen.pdf)
  - Razum, Oliver; Bunte, Anne; Gilsdorf, Andreas; Borzorgmehr, Kayvan. (2016): Zu gesicherten Daten kommen. *Deutsches Ärzteblatt*, 113, 4, 130–133. Zugriff am 12.06.2017 unter <file:///G:/Zuwanderungsgeschichte%20und%20FI%C3%BCchtlingshintergrund/Literatur/Gesundheitsversorgung%20von%20Gefl%C3%BCchteten.pdf>
  - Pro Familia Beratungsstelle Bonn. (2015). *Jahresbericht 2015*. Zugriff am 28.09.2016 unter [www.profamilia.de/fileadmin/beratungsstellen/bonn/2015\\_pro\\_familia\\_Bonn\\_Jahresbericht\\_2015\\_\\_24\\_Seiten\\_.pdf](http://www.profamilia.de/fileadmin/beratungsstellen/bonn/2015_pro_familia_Bonn_Jahresbericht_2015__24_Seiten_.pdf)
  - Schmieg, Anne-Kathrin. (2017). Hintergrundwissen – Zahlen und Fakten. In Ulrike Imm-Bazlen & Anne-Kathrin Schmieg. (Hrsg.). *Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen* (S. 3–24). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
  - Seyler, Helga. (2015). Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. *pro familia medizin. der familienplanungsbrief*, 3, 1–5
  - Singer, Andrea; Freystedt, Martina. (2008). *Geburt und Trauma. Gebären nach (früher) sexueller Gewalt – Wie am besten gut vorbereiten? Wie am besten gut begleiten?* Zugriff am 21.09.2016 unter [http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/GeburtundTrauma\\_2008.pdf](http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/GeburtundTrauma_2008.pdf)
  - Skolik, Silvia. (2006). *Hebammenhilfe nach sexueller Gewalterfahrung. Besondere Bedürfnisse in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Zugriff am 21.09.2016 unter <http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Hebammenhilfe.pdf>
  - Skolik, Silvia. (2002). *Sexualisierte Gewalt gegen Frauen. Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Zugriff am 25.10.2016 unter [http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Auswirkung\\_Skolik.pdf](http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Auswirkung_Skolik.pdf)
  - Streek-Fischer, Annette; Fegert, Jörg Michael; Freyberger, Harald J. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Annette Streek-Fischer; Jörg Michael Fegert & Harald J. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie: Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 311–327). Stuttgart: Schattauer
  - Strehler-Heubeck, Barbara. (2013). *Geburt und Trauma*. Zugriff am 26.10.2016 unter [www.doula-muenchen.de/geburt.html](http://www.doula-muenchen.de/geburt.html)
  - The UN Refugee Agency. UNHCR. (2014). *UNHCR-Bericht: Syrische Flüchtlingsfrauen tragen Hauptlast des Konflikts*. Zugriff am 23.08.2016 unter [www.unhcr.de/home/artikel/34fbcd430982d670df23e954408906e6/unhcr-bericht-syrische-fluechtlingsfrauen-tragen-hauptlast-des.html](http://www.unhcr.de/home/artikel/34fbcd430982d670df23e954408906e6/unhcr-bericht-syrische-fluechtlingsfrauen-tragen-hauptlast-des.html)
  - The UN Refugee Agency. UNHCR. (2015). Weltweit fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Zugriff am 25.10.2016 unter [www.unhcr.de/home/artikel/f31dce23af754ad07737a7806dfac4fc/weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html](http://www.unhcr.de/home/artikel/f31dce23af754ad07737a7806dfac4fc/weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html)
  - Zemp, Maria. (2015a). Ein Weg zur Selbstermächtigung. *Dr. med. Mabuse 2013*, 40–42
  - Zemp, Maria. (2015b). *Betreuung von Frauen, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen. Leitfaden für Hebammen*. Zugriff am 18.07.2017 unter [www.bhlv.de/medien/hebammenverband-flyer-fluechtlinge-12-seiten-rz-web.pdf](http://www.bhlv.de/medien/hebammenverband-flyer-fluechtlinge-12-seiten-rz-web.pdf)
  - Zemp, Maria. (2016). *Maria Zemp*. Zugriff am 20.10.2016 unter [www.beratung-mariazemp.de/aktuelles/aktuelles.html](http://www.beratung-mariazemp.de/aktuelles/aktuelles.html)
  - Zimmermann, Peter; Spangler, Gottfried; Schieche, Michael; Becker-Stoll, Fabienne. (2002). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In Gottfried Spangler & Peter Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 311–334), Stuttgart: Klett-Cotta