



**Alice Salomon Hochschule Berlin**  
University of Applied Sciences

Masterarbeit

# Die Versorgung von schwangeren geflüchteten Frauen\* in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin

Louisa Weinast



**Alice Salomon Hochschule Berlin**  
University of Applied Sciences



Veröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin im November 2023.

### Zitiervorschlag

Weinast, Louisa (2023): Die Versorgung von schwangeren geflüchteten Frauen\* in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin. <https://doi.org/10.58123/aliceopen-598>



Dieses Werk steht unter der Lizenz [Creative Commons Namensnennung – Keine Bearbeitung 4.0 International \(CC BY-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



**Alice Salomon Hochschule Berlin**  
University of Applied Sciences

**Die Versorgung von schwangeren  
geflüchteten Frauen\* in Unterkünften  
für Asylsuchende in Berlin**

Masterarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades

**Master of Arts (M.A.)**

im Studiengang

**Praxisforschung in Sozialer Arbeit und Pädagogik**

an der

Alice Salomon Hochschule Berlin

University of Applied Sciences

Eingereicht von:

Louisa Weinast, Matrikelnummer 48952

[louisaks.weinast@gmail.com](mailto:louisaks.weinast@gmail.com)

Wintersemester 2022/2023 am 13.02.2023

**Erstgutachterin:** Prof. Dr. Esther Lehnert

**Zweitgutachterin:** Prof. Dr. Marion Mayer

## **Abstract**

Der aktuelle Forschungsstand zu Schwangerschaft und Flucht zeigt eine Leerstelle hinsichtlich der wissenschaftlichen Analyse der Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\*, insbesondere in Verbindung mit der Erforschung der Unterbringungssituation. Die vorliegende Masterarbeit schließt an diese Leerstelle an und untersucht die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben. Darüber hinaus fragt die Arbeit nach Ungleichheiten in den Versorgungsstrukturen, mit denen schwangere geflüchtete Frauen\* konfrontiert sind sowie nach Verbesserungsansätzen, um diesen zu begegnen. Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden sechs teilstrukturierte, leitfadenbasierte Expert\*inneninterviews mit drei Hebammen und drei Sozialarbeiterinnen, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin arbeiten, geführt. Diese wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebenssituation in einer Unterkunft mit Gemeinschaftsbädern und -küchen oder Vollversorgung während einer Schwangerschaft mit verschiedenen Belastungen einhergehen kann. Das Leben in einer Unterkunft - und somit auch die Schwangerschaft - ist geprägt von fehlender Selbstbestimmung. Die Betreuung der Frauen\* in den Unterkünften durch das Hebammenprogramm des Landesamts für Flüchtlingsangelegenheiten Berlin (LAF) entspricht nicht der 1:1 Versorgung durch eine private Hebamme. Sichtbar werden Ungleichheiten anhand diverser Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem, wie Rassismen und Diskriminierungen oder der Sprachbarriere, die der vollumfänglichen Inanspruchnahme reproduktiver Rechte für geflüchtete Frauen\* entgegenstehen.

# Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Theorie .....	5
2.1	Reproduktive Gesundheit, Reproduktive Rechte, Reproduktive Gerechtigkeit	5
2.2	Geflüchtete Frauen* in Deutschland .....	7
2.3	Schwangerschaft als geflüchtete Frau* in Deutschland .....	8
2.3.1	Rechtliche Rahmenbedingungen .....	8
2.3.1.1	Gesundheit .....	8
2.3.1.2	Besondere Schutzbedürftigkeit .....	9
2.3.1.3	Aufenthalt/Abschiebung .....	10
2.3.2	Die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen* .....	10
2.3.2.1	Gynäkologische und Geburtshilfliche Versorgung.....	12
2.3.2.2	Gynäkologische Versorgungsbedarfe von Schwangeren mit sexualisierten Gewalterfahrungen .....	14
2.3.2.3	Zugang zu Versorgungsangeboten.....	15
2.3.2.4	Zugangsbarrieren .....	16
2.4	Die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen* in Unterkünften in Berlin	20
2.4.1	Die Unterbringung geflüchteter Personen in Berlin .....	20
2.4.1.1	Die Kritik an der Sammelunterbringung .....	21
2.4.1.2	Die Lebenssituation in den Unterkünften .....	21
2.4.1.3	Die Lebenssituation schwangerer Frauen* in Unterkünften.....	22
2.4.2	Professionen in den Versorgungsstrukturen .....	25
2.4.2.1	Soziale Arbeit .....	26
2.4.2.2	Hebammen.....	28
2.5	Zwischenfazit.....	29
3	Empirie .....	32
3.1	Forschungsdesign .....	32
3.1.1	Fragestellungen und Erkenntnisinteresse .....	32
3.1.2	Methodischer Rahmen: Qualitative Interviewforschung .....	32
3.1.3	Erhebungsinstrument: Expert*inneninterviews.....	33
3.1.4	Leitfadenkonstruktion.....	36
3.1.5	Feldzugang und Sampling .....	38
3.1.6	Durchführung der Interviews .....	41
3.1.7	Auswertung der Interviews – die qualitative Inhaltsanalyse.....	42
3.1.8	Gütekriterien qualitativer Forschung und Methodenreflexion .....	45
3.2	Forschungsergebnisse und Interpretation.....	48
3.2.1	Die Wohnsituation in den Unterkünften.....	48
3.2.2	Versorgung.....	52
3.2.2.1	Soziale Arbeit .....	52

3.2.2.2	Hebammen.....	56
3.2.2.3	Wochenbett .....	57
3.2.3	Zugangsbarrieren .....	59
3.2.4	Macht- und Gewaltverhältnisse.....	63
3.2.4.1	Rassismuserfahrungen.....	63
3.2.4.2	Rassismen durch interviewte Fachkräfte .....	66
3.2.4.3	Menschenhandel .....	67
3.2.5	Bedürfnisse der Frauen* .....	69
3.2.6	Verbesserungsansätze .....	70
4	Diskussion und Ausblick .....	73
4.1	Die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen* in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin .....	73
4.1.1	Die Lebenssituation in den Unterkünften .....	73
4.1.2	Die Versorgung in den Unterkünften durch Soziale Arbeit und Hebammen .....	77
4.1.2.1	Soziale Arbeit .....	77
4.1.2.2	Hebammen.....	81
4.2	Ungleichheiten in der Versorgung.....	82
4.3	Verbesserungsansätze .....	90
4.4	Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit und Praxisforschung.....	92
4.5	Weiterführende Forschung .....	95
5	Fazit.....	97
6	Literatur .....	104
	Anhang .....	120
	A.1 Interviewleitfaden .....	120
	A.2 Transkriptionsregeln .....	125
	A.3 Kodierleitfaden .....	126
	Eidesstattliche Erklärung .....	131

# 1 Einleitung

*„Für jede Hilfe zu spät. Der Sicherheitsdienst einer Flüchtlingsunterkunft weigert sich, für eine hochschwangere Frau einen Rettungswagen zu rufen. Kurz darauf verliert sie ihr Kind.“ (Gürgen 2019)*

Dies ist die Überschrift eines Artikels der taz von 2019 über einen Fall in einer Erstaufnahmeeinrichtung unter der Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Berlin-Lichtenberg. Einer hochschwangeren Frau\*<sup>1</sup> mit starken Schmerzen wurde durch den Securitydienst der Unterkunft das Alarmieren eines Krankenwagens verweigert. Da die Frau\* und ihr Partner kein Handy besaßen, mussten sie zu Fuß und mit den öffentlichen Verkehrsmitteln in das nächste Krankenhaus fahren, wo das Kind tot geboren wurde (vgl. Gürgen 2019). Die richtigen Worte für die Grausamkeit der beschriebenen Situation zu finden, erscheint schwierig. Sichtbar werden jedoch insbesondere die prekären Bedingungen, mit denen eine schwangere Frau\* in einer Unterkunft für Asylsuchende konfrontiert sein kann: veränderter Zugang zum Gesundheitssystem, die Abhängigkeit vom Personal, fehlende Selbstbestimmung, Ohnmacht.

Im Rahmen meiner asyl- und aufenthaltsrechtlichen Beratungsarbeit bei Xenion e.V. lernte ich eine schwangere Frau\* kennen, die in einer Unterkunft für Asylsuchende in Berlin lebte. Wenngleich die ambulante Beratung vornehmlich durch unregelmäßige, teils lediglich einmalige Begegnungen gekennzeichnet war, konnte ich diese Frau\* über den Zeitraum von einem Jahr intensiver begleiten. Die Frau\* hatte ein circa eineinhalbjähriges Kind und war schwanger. Sie lebte erst in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) und wurde dann in eine Gemeinschaftsunterkunft (GU), eine Containerunterkunft verlegt. Sie war akut abschiebungsbedroht, konnte jedoch für den Zeitraum drei Monate vor und drei Monate nach dem Entbindungstermin eine Schwangerenduldung erhalten, die die Abschiebung temporär aussetzte. Die Einblicke, die ich in ihre gesamte Lebenssituation erhielt, waren aufgrund des Schwerpunkts der Beratungstermine auf die aufenthaltsrechtliche Situation sowie eingeschränkte zeitliche Ressourcen begrenzt. Deutlich wurden jedoch diverse Belastungsfaktoren, die ihr Leben und somit auch ihre Schwangerschaft prägten. Durch die Begleitung der schwangeren Frau\* wurden verschiedene Fragen aufgeworfen, die letztlich die vorliegende Arbeit begründeten. Wie und durch

---

<sup>1</sup> In der Arbeit wird der Begriff (schwangere) Frau\* verwendet. Durch das \* sollen trans Frauen sowie non-binäre, intersex und andere Personen mit Uterus inkludiert werden. Mit der Verwendung des Wortes Frau soll keine binäre Geschlechtervorstellung reproduziert werden. Die Schreibweise erscheint dennoch notwendig, um die strukturellen sexistischen Machtverhältnisse, die sich auf Reproduktive Gerechtigkeit und Gesundheit auswirken, benennen und analysieren zu können.

wen gestaltet sich die Versorgung schwangerer geflüchteter<sup>2</sup> Frauen\* in Unterkünften? Wie funktionieren die Zugänge ins Versorgungssystem? Mit welchen Zugangsbarrieren sind sie konfrontiert? Inwiefern finden Ungleichheiten in der Versorgung im Vergleich zu nicht-geflüchteten schwangeren Frauen\* statt? Wie ist die Lebenssituation in den Unterkünften als schwangere Frau\* oder Frau\* mit einem Neugeborenen organisiert? Wie und durch wen könnte die Situation verbessert werden? Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen vor und inwiefern werden diese an politische Akteur\*innen herangetragen?

In einer ersten Recherche wurde ersichtlich, dass das Themenfeld Schwangerschaft und Flucht in Deutschland durch wissenschaftliche Studien bisher nur unzureichend untersucht ist (vgl. Khan-Zvorničanin 2018: 15/Ernst et al. 2017: 48/Bozorgmehr et al. 2016: 609). Zur spezifischen Situation schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften konnten nur wenige Veröffentlichungen ermittelt werden. Kritisiert wird in der vorhandenen Literatur der Einbezug geflüchteter Personen in Public Health Studien, die die Situation von Migrant\*innen analysieren. Die Heterogenität der diversen Lebensrealitäten kann so nicht differenziert genug erfasst werden (vgl. Kasper 2019 zitiert nach Sayn-Wittgenstein et al. 2019: 24). Die vorliegende Arbeit möchte der Leerstelle zur Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften mittels einer adressat\*innenspezifischen Erhebung begegnen und die Verhältnisse wissenschaftlich analysieren. Aufgrund des Rahmens einer Masterarbeit wird sich die Arbeit inhaltlich auf das Land Berlin beschränken.

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist demnach die Untersuchung der Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben. Das Erkenntnisinteresse lässt sich anhand zweier Forschungsfragen präzisieren. Die erste Forschungsfrage lautet:

*Wie gestaltet sich die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben?*

Der Schwerpunkt der ersten Forschungsfrage liegt dabei auf der Lebenssituation in den Unterkünften sowie der dortigen Versorgung durch Sozialarbeiter\*innen sowie Hebammen und wurde aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit im Laufe des empirischen Prozesses festgelegt. Begründet wird die thematische Eingrenzung durch den Fokus der

---

<sup>2</sup> Der Begriff „geflüchtet“ soll alle Personen inkludieren, die aus ihrem Herkunftsland geflohen sind und in Deutschland Asyl beantragt haben, dies planen oder auf Basis anderer aufenthaltsrechtlicher Grundlagen einen Schutzstatus begehren. Auch Menschen ohne Papiere und Personen mit abgelehnten Asylentscheidungen werden miteinbezogen.

Arbeit auf die Verknüpfung der Versorgung mit der Unterbringung sowie der inhaltlichen Ausrichtung des Masterstudiengangs auf Soziale Arbeit und Pädagogik. Die Fokussierung auf die Versorgung durch Hebammen ergibt sich aus der Nähe der Berufsgruppe zu Frauen\* im Kontext von Schwangerschaft und Geburt.

Zur Untersuchung des Forschungsvorhabens soll darüber hinaus die zweite Forschungsfrage bearbeitet werden:

*Inwiefern finden Ungleichheiten in der Versorgung statt und wie lässt sich die Situation verbessern?*

Neben der Schwerpunktsetzung der zweiten Fragestellung auf Macht- und Gewaltverhältnisse und daraus resultierenden Zugangsbarrieren, mit denen geflüchtete Frauen\* während und nach ihrer Schwangerschaft im Versorgungssystem konfrontiert sind, werden auch Verbesserungsansätze in den Blick genommen. Aufgrund der oben benannten Verortung der Arbeit im Masterstudiengang werden neben allgemeinen Ansätzen zur Verbesserung ebenfalls Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit sowie Implikationen für die Praxisforschung betrachtet.

Zur Bearbeitung des Forschungsvorhabens wird die Schwangerenversorgung geflüchteter Frauen\* als Teil reproduktiver Gesundheit im theoretischen Rahmen beleuchtet. Hierzu wird der aktuelle Forschungsstand zur Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Deutschland sowie der Forschungsstand zur spezifischen Versorgung in Unterkünften, insbesondere durch die Professionen der Sozialen Arbeit und Hebammen, dargestellt. Daran anknüpfend soll durch qualitative leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit drei Hebammen und drei Sozialarbeiterinnen, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin arbeiten, ein empirischer Zugang zur Beantwortung der Forschungsfragen realisiert werden. Die Arbeit fokussiert durch das Interviewen von Fachkräften als Expert\*innen die strukturelle Ebene der Versorgungssituation, die Perspektive der schwangeren Frauen\* selbst kann dadurch nicht abgebildet werden. Die Interviews werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Hauptkapitel - die Einleitung (1), das Theoriekapitel (2), das Empiriekapitel (3), die Diskussion und den Ausblick (4) sowie das Fazit (5) - die wiederum in verschiedene Unterkapitel aufgeteilt sind.

Im Theorieteil wird im ersten Kapitel zunächst eine Einführung zu reproduktiver Gesundheit, reproduktiven Rechten und reproduktiver Gerechtigkeit in Deutschland gegeben.

Das zweite Kapitel vermittelt einen kurzen Überblick über den statistischen Anteil geflüchteter Frauen\* in Deutschland sowie mögliche Fluchtgründe. Das dritte Kapitel des Theorieteils nimmt Schwangerschaft als geflüchtete Frau\* in Deutschland in den Blick und betrachtet zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen. Anhand des aktuellen Forschungsstandes werden darüber hinaus die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\* sowie der Zugang und Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem betrachtet. Darauf aufbauend wird im vierten Kapitel die spezifische Versorgung schwangerer Frauen\* in Unterkünften für Asylsuchende dargestellt. Neben der Beschreibung der Organisation der Unterbringung in Berlin wird eine kurze Kritik an der Sammelunterbringung beschrieben. Der aktuelle Forschungsstand zur Lebenssituation in einer Unterkunft allgemein sowie spezifisch für schwangere Frauen\* wird ebenfalls dargelegt. Zum Abschluss des vierten Kapitels des Theorieteils wird die Versorgungssituation schwangerer Frauen\* in Unterkünften durch Sozialarbeiter\*innen sowie Hebammen beleuchtet. Das fünfte Kapitel fasst die vorangegangenen Theoriekapitel in einem Zwischenfazit zusammen.

Im ersten Kapitel des Empirieteils wird zunächst das Forschungsdesign der durchgeführten Studie expliziert. Dies beinhaltet die Darstellung der Fragestellungen und des Erkenntnisinteresses sowie die methodische Rahmung und Vorstellung der Erhebungsmethode der Expert\*inneninterviews. Der Forschungsprozess wird anhand der Leitfadendenkonstruktion, des Feldzugangs und Sampling sowie der Durchführung der Interviews beschrieben. Zum Abschluss des ersten Kapitels wird die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt und die Forschung unter Einbeziehung von Gütekriterien qualitativer Forschung reflektiert. Im zweiten Kapitel des Empirieteils werden die Forschungsergebnisse anhand der Kategorien, die sich den Fragestellungen zuordnen, dargestellt und interpretiert.

Im vierten Kapitel der vorliegenden Arbeit, der Diskussion, werden die Forschungsergebnisse mit dem theoretischen Rahmen zusammengeführt und anhand der zwei Fragestellungen diskutiert. Das erste Unterkapitel strukturiert sich anhand der thematischen Ordnung des Theoriekapitels 2.4. Die nachfolgenden Kapitel behandeln Ungleichheiten in der Versorgung, Verbesserungsansätze sowie Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit und Praxisforschung. Zum Abschluss der Diskussion wird ein Ausblick auf weiterführende Forschung gegeben.

Schließlich werden im fünften Kapitel, dem Fazit, der Gesamtprozess der vorliegenden Arbeit sowie die zentralen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

## 2 Theorie

Im folgenden Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand in Hinblick auf die in der Einleitung bereits genannten Forschungsfragen dargelegt. Es wird zudem ein theoretischer Rahmen gezeichnet, der den Fokus der Arbeit eingrenzen soll. Nachdem im ersten Kapitel eine Einführung zu reproduktiver Gesundheit, reproduktiven Rechten sowie reproduktiver Gerechtigkeit gegeben wird, folgt eine kurze Darstellung statistischer Daten über geflüchtete Frauen\* in Deutschland. Im dritten Kapitel wird die Schwangerenversorgung geflüchteter Frauen\* außerhalb der Unterkünfte anhand rechtlicher Rahmenbedingungen sowie anhand der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungssituation betrachtet. Hierbei werden ebenfalls Zugänge und Zugangsbarrieren dargelegt. Nachfolgend wird die spezifische Versorgung schwangerer Frauen\* in Unterkünften beleuchtet. Nach einem Überblick über die Unterbringung in Berlin sowie der Darstellung der Kritik an der Sammelunterbringung, wird der aktuelle Forschungsstand der Lebenssituation schwangerer Frauen\* in Unterkünften expliziert. Anschließend wird die Versorgung durch Sozialarbeiter\*innen sowie Hebammen beschrieben. Abschließend wird das Theoriekapitel in einem Zwischenfazit zusammenfassend dargestellt.

### 2.1 Reproduktive Gesundheit, Reproduktive Rechte, Reproduktive Gerechtigkeit

Schwangerschaft und Geburt sowie die damit einhergehende Vor- und Nachsorge sind Teil reproduktiver Gesundheit (vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) 2023). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Reproduktive Gesundheit nach der International Conference on Population and Development (ICPD) wie folgt:

*„Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations.“ (WHO 2006: 5)*

Das Recht auf reproduktive Gesundheit ist ein Menschenrecht. Völkerrechtlich wurden reproduktive und sexuelle Rechte erstmals nach der ICPD 1994 als Menschenrechte

definiert und von allen 179 teilnehmenden Staaten der ICPD in einem Aktionsplan verabschiedet. Darüber hinaus werden reproduktive Rechte in verschiedenen völkerrechtlichen Verträgen wie der UN-Frauenrechtskonvention, der UN-Behindertenrechtskonvention, dem Internationalen Pakt für bürgerliche und politische Rechte oder dem internationalen Pakt für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte festgehalten und konstituieren Staatsverpflichtungen (vgl. Klein & Wapler 2019/United Nations Population Fund (UNFPA) 2022). Reproduktive Rechte beinhalten unter anderem das Recht auf Aufklärung und Information über Sexualität, das Recht selbstbestimmt über die Anzahl und den Abstand zwischen Geburten zu entscheiden, das Recht den\*die Partner\*in und die Beziehungsform selbst auszusuchen, das Recht auf Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie das Recht ohne sexualisierte Gewalt und Vergewaltigung zu leben. Zudem sollen Entscheidungen bezüglich Reproduktion frei von Diskriminierungen, Zwang oder Gewalt getroffen werden können (vgl. UNFPA 1994: 45f.).

Darüber hinaus wurde Reproduktive Gerechtigkeit<sup>3</sup> als intersektionales aktivistisch-theoretisches Konzept 1994 von zwölf Schwarzen Frauen\*, die sich für reproduktive Gesundheit und Rechte einsetzten, begründet. Reproduktive Gerechtigkeit verbindet reproduktive Rechte mit sozialer Gerechtigkeit. Kritisiert wird die Nichtbeachtung der Anliegen von BIPOC in *weiß* dominierten feministischen Diskursen, in deren Mittelpunkt das Recht auf entkriminalisierte Abtreibungen steht. Ausgelassen werden dabei Kämpfe um das Recht auf Schwangerschaft und sichere Geburten von marginalisierten Gruppen, die aufgrund von rassistischen und diskriminierenden Politiken mit Zwangssterilisierungen und anderen Formen reproduktiver Unterdrückung konfrontiert sind (vgl. Ross 2021: 17/Kyere 2021/Rosa Luxemburg Stiftung 2021). Reproduktive Gerechtigkeit beinhaltet die Analyse ungleicher Zugänge zu medizinischer Versorgung für unterschiedliche soziale Gruppen sowie die Kritik an daraus resultierenden Barrieren (vgl. Kyere 2021a: 61).

Im Sinne reproduktiver Gerechtigkeit als rahmengebende Perspektive, fokussiert die vorliegende Arbeit die Lebenssituation schwangerer geflüchteter Frauen\*. Im folgenden Kapitel 2.2 soll ein kurzer Überblick über die (statistischen) Hintergründe geflüchteter Frauen\* in Deutschland gegeben werden.

---

<sup>3</sup> Ausführlicher zu reproduktiver Gerechtigkeit vgl. z.B. Kitchen Politics (Hrsg.) (2021).

## 2.2 Geflüchtete Frauen\* in Deutschland

*„Das deswegen ist das wirklich schwierig zu sagen die geflüchtete [Ja] Frau [Ja] das ist das geht ja ganz weit auseinander“ (H.1 P.60-64)<sup>4</sup>*

Geflüchtete Frauen\* sind keine einheitliche Gruppe, sie unterscheiden sich hinsichtlich vielschichtiger Faktoren (vgl. Lingen-Ali & Ullmann 2018: 2/Çalışkan 2018: 15). In Deutschland waren bundesweit 37 Prozent aller asylersantragstellenden Personen im Zeitraum Januar bis Juli 2022 weiblich. Die Anzahl der schwangeren Frauen\* wird nicht aufgeführt. 44,7 Prozent der weiblichen Asylersantragstellerinnen befanden sich im gebärfähigen Alter, waren also zwischen 16 und 49 Jahren alt<sup>5</sup> (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2022: 8). Die drei Herkunftsländer, die im Juli 2022 zusammen über 54 Prozent aller Asylersantragsteller\*innen ausmachen sind Syrien, Afghanistan und die Türkei. Danach folgen Irak, Georgien, Iran, Ungeklärt, Eritrea, Somalia, Moldau sowie Sonstige, wobei hier nicht zwischen Männern\*, Frauen\* und Divers differenziert wird (vgl. ebd.: 9)<sup>6</sup>. Die Fluchtgründe von Frauen\* sind unterschiedlich. Sie fliehen unter anderem aufgrund von Krieg, politischer Verfolgung, Klimakatastrophen und Armut sowie aufgrund von geschlechtsspezifischer Gewalt wie sexualisierter Gewalt, häuslicher Gewalt, Zwangsehen oder Female Genital Mutilation and Cutting (FGM-C) (vgl. Krämer & Scherschel 2018). Geschlechtsspezifische Verfolgung inkludiert weiterhin die Aberkennung von Rechten wie dem Recht auf Bildung, dem Recht auf Religionsfreiheit oder dem Recht einen Beruf auszuüben. Seit 2005 werden in Deutschland geschlechtsspezifische Fluchtgründe im Asylverfahren anerkannt (vgl. Çalışkan 2018: 10). Dies beinhaltet jedoch vornehmlich Gewalt und Verfolgung ausgehend von staatlichen Akteuren im Herkunftsland wie FGM-C, Zwangsheirat oder Vergewaltigung durch die Polizei. Häusliche Gewalt und andere Formen der Gewalt oder Verfolgung, die von nicht-staatlichen Akteuren wie bspw. Ehemännern, anderen Familienmitgliedern oder Nachbarn ausgehen, werden nur als Fluchtgrund anerkannt, wenn das Land nicht in der Lage ist, vor jener Verfolgung zu schützen und keine innerstaatliche Fluchtmöglichkeit besteht (vgl. Çalışkan 2018: 10/Frauen gegen Gewalt e.V. o.D.a). Für die Anhörung im BAMF

---

<sup>4</sup> Die sechs im Rahmen der durchgeführten empirischen Studie analysierten Interviews wurden nummeriert und differenziert in Hebamme (H) 1-3 und Sozialarbeiterin (S) 1-3. Die zweite Angabe P bezieht sich auf die Position im Interviewtranskript.

<sup>5</sup> Das statistische Bundesamt DeStatis definiert das gebärfähige Alter zwischen 15 und 49 Jahren. In der Statistik des BAMF sind die Altersgruppen jedoch in 11- unter 16 Jahre und 16-18 Jahre aufgeteilt, weshalb 15-Jährige nicht differenziert berücksichtigt werden können (vgl. DeStatis 2022).

<sup>6</sup> Da ukrainische Staatsangehörige in Deutschland keinen Asylantrag stellen müssen, um einen Aufenthaltstitel zu erhalten, werden sie in der Statistik zu Asylersantragstellenden vermutlich nicht beachtet (vgl. BAMF 2022a).

können Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifische Verfolgung bestellt werden, ebenso wie weibliche Anhörerinnen und Dolmetscherinnen (vgl. Frauen gegen Gewalt e.V. o.D.a). Laut Çalışkan ist jedoch vielen Frauen nicht bekannt, dass geschlechtsspezifische Gewalt und Verfolgung Asylgründe darstellen. Darüber hinaus kann es für Frauen aus verschiedenen Gründen (Angst, Scham, Tabuisierung) schwierig sein, überhaupt über Gewalterfahrungen zu berichten, weshalb diese im Asylverfahren unerwähnt bleiben. Weiterhin ist insbesondere häusliche Gewalt schwer zu belegen (vgl. Çalışkan 2018: 10f.).

## **2.3 Schwangerschaft als geflüchtete Frau\* in Deutschland**

In der Hinführung auf das Thema der vorliegenden Arbeit sollen im nachfolgenden Kapitel spezifische Aspekte beleuchtet werden, die für die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Deutschland maßgeblich sind. Hierzu werden zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, zu Schwangerschaft als besonderer Schutzbedürftigkeit sowie zu den Auswirkungen einer Schwangerschaft auf die Aufenthaltssituation bzw. eine Abschiebungsandrohung beleuchtet. Weiterhin werden die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgungslage sowie gynäkologische Bedarfe durch sexualisierte Gewalterfahrungen in zwei aufeinanderfolgenden Unterkapiteln dargestellt. Anschließend erfolgt die Beschreibung der Zugänge sowie der Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem. Die Aspekte in Kapitel 2.3 beziehen sich zunächst auf die allgemeine Schwangerenversorgung, die vornehmlich außerhalb der Unterkünfte stattfindet. Die Versorgungssituation in den Unterkünften wird in Kapitel 2.4 expliziert.

### **2.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen**

#### **2.3.1.1 Gesundheit**

In den ersten 18 Monaten nach Asylantragstellung sind geflüchtete Menschen nicht krankenversichert, sie haben Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach §§4,6 AsylbLG, die vom Sozialamt finanziert werden (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) 2022). §4 Abs. 2 AsylbLG umfasst die Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt (vgl. §4 AsylbLG). §6 AsylbLG umfasst Sonstige Leistungen, diese „[...] können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [sind] [...]“ (§6 Abs.1 AsylbLG). Gehört die antragstellende Person jedoch zur Gruppe der

besonders schutzbedürftigen Personen nach der EU-Aufnahmerichtlinie muss die Leistung trotz Kann-Regelung bewilligt werden (vgl. BAfF 2022). Nach 18 Monaten erhalten geflüchtete Menschen sogenannte Analogleistungen, die dem Umfang der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen ähneln, jedoch weiterhin vom Sozialamt finanziert werden. Mit dem Erhalt eines Aufenthaltstitels treten geflüchtete Menschen aufgrund der Versicherungspflicht in eine gesetzliche Krankenkasse ein und haben dann vollumfänglichen Leistungsanspruch der Krankenkassen, die auch die Leistungen finanziert. Menschen ohne Papiere sind abhängig von ehrenamtlichen Strukturen und Netzwerken, die medizinische Versorgung anbieten, da sie größtenteils von den Leistungen der Krankenkassen oder Sozialämtern exkludiert sind (vgl. ebd.). Für Menschen ohne Papiere ist der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen erheblich erschwert. In Notsituationen können sie medizinische Leistungen nach §§ 4,6 AsylbLG in Anspruch nehmen. Diese müssen sie jedoch bei dem zuständigen Sozialamt beantragen, was eine hohe Zugangsbarriere darstellt (vgl. Mohammed Oulad M'Hand 2022: 281) Insbesondere die Anzeigepflicht der Sozialämter an die zuständigen sogenannten Ausländerbehörden nach §87 AufenthG führt dazu, dass Personen keine Leistungen beim Sozialamt beantragen (vgl. Farrokh-zad et al. 2017: 238).

### **2.3.1.2 Besondere Schutzbedürftigkeit**

In der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 wurden Mindeststandards für die Aufnahme und Unterbringung von Personen, die internationalen Schutz begehren, beschlossen. In Kapitel IV Artikel 21 der Richtlinie werden besonders schutzbedürftige Personen benannt, deren Situation von den Mitgliedsstaaten berücksichtigt werden soll (vgl. Richtlinie (EU) 2013/33 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L180, 29.06.2013)). Neben bspw. Minderjährigen, älteren Personen, Personen, die schwere Formen körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt erlebt haben, Personen mit Behinderungen oder Alleinerziehenden, gelten auch schwangere Frauen\* als besonders schutzbedürftig. Artikel 22 der EU-Aufnahmerichtlinie hält fest, dass die besonderen Bedarfe im Asylverfahren identifiziert werden müssen und betroffene Personen entsprechende Unterstützung erhalten (vgl. ebd.). Besondere Bedarfe müssen bspw. bei der Unterbringung oder bei der Asylanhearing beachtet werden. In Deutschland besteht jedoch keine einheitliche Regelung zur Identifizierung der Schutzbedürftigkeit und Umsetzung der Unterstützung (vgl. BAfF 2021).

### **2.3.1.3 Aufenthalt/Abschiebung**

Eine Schwangerschaft begründet keine langfristigen aufenthaltsrechtlichen Ansprüche, kann aber dennoch Auswirkungen auf die aufenthaltsrechtliche Situation einer Frau\* haben. Ist eine geflüchtete Frau\* bspw. von einem deutschen Mann\* schwanger, erhält das Kind automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit und für die Frau\* begründet sich eine Aufenthaltserlaubnis nach §28 Abs.1 Nr.3 AufenthG, solange das Kind minderjährig ist (vgl. Frauen gegen Gewalt e.V. o.D.b/§28 AufenthG). Sind beide Elternteile nicht-deutsche Staatsangehörige, erhält das Kind die Staatsangehörigkeit beider oder eines Elternteils. Im Falle eines laufenden Asylverfahrens der Eltern zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes, wird beim BAMF ein Asylantrag für das Kind gestellt, insofern die Eltern nicht proaktiv davon absehen (vgl. Frauen gegen Gewalt e.V. o.D.b). Hat eine schwangere Frau\* eine Duldung, ist ausreisepflichtig, besitzt keine Papiere und kann auch über die Staatsangehörigkeit oder den Aufenthaltstitel des anderen Elternteils keine Bleibeperspektive erlangen, schützt sie die Schwangerschaft nicht vor einer Abschiebung (vgl. Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. o.D). In Berlin kann die schwangere Frau\* für die Zeit drei Monate vor und drei Monate nach der Geburt eine sogenannte Ermessensduldung beim Landesamt für Einwanderung (LEA) beantragen. In genanntem Zeitraum sieht das Landesamt für Einwanderung dann von der Durchführung der Abschiebung auf Grund des Mutterschutzes ab (vgl. LEA 2022: 455f.).

### **2.3.2 Die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\***

Folgend soll der aktuelle Forschungsstand zur Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* dargestellt werden.

In der Recherche wird deutlich, dass es bisher wenig Studien gibt, die sich explizit mit dem Themenfeld Schwangerschaft und Flucht befassen (vgl. Khan-Zvorničanin 2018: 15/Ernst et al. 2017: 48/Bozorgmehr et al. 2016: 609). Eine Übersichtsarbeit zu Forschungsarbeiten zu Schwangerschaft und Flucht wurde 2018 im Rahmen des Modellprojekts „*Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen*“ des pro familia Bundesverbands erstellt (vgl. Khan-Zvorničanin 2018). Hierbei wird deutlich, dass es mehrheitlich Studien gibt, die sich im gesundheitlichen Bereich mit Infektionskrankheiten oder Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) auseinandersetzen (vgl. Bozorgmehr et al. 2016: 607ff.). Die umfassende Studie „*Study on Female Refugees*“ die durch Einzelinterviews und Fokusgruppen in verschiedenen Bundesländern quantitative und qualitative Daten erhoben hat (vgl. Schouler-Ocak & Kurmeyer 2017: 11f.), fokussiert die psychosoziale Situation von geflüchteten Frauen\*. In der Studie werden Informationen

zum allgemeinen Gesundheitszugang für Frauen\* in Deutschland abgebildet, keine jedoch zum Thema Schwangerschaft (vgl. ebd.: 32, 35, 50f.). Benannt wird Schwangerschaft und Geburt lediglich im Rahmen von Geburtskomplikationen nach FGM-C und den damit einhergehenden Versorgungsbedarfen (vgl. ebd.: 38). In einer Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Menschen in Deutschland von 2017 wird Schwangerschaft einzig im Zusammenhang mit einer hohen Nachfrage an Informationen erwähnt (vgl. Frank et al. 2017: 40). Eine Studie von 2005 stellt laut Khan-Zvorničanin einen wichtigen Überblick dar (vgl. Khan-Zvorničanin 2018: 13): im Rahmen eines Projekts des International Center for Reproductive Health in Belgien wurden Daten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit geflüchteter Frauen\* in Europa gesammelt und Forschungsdesiderate sowie Bedarfe in der Umsetzung sexueller und reproduktiver Rechte benannt (vgl. Janssens et al. 2005: 13ff.). Die Autor\*innen stellen eine Forschungslücke im Bereich der sexuellen und reproduktiven Rechte geflüchteter Frauen\* fest. Weiterhin benennen sie diverse Zugangsbarrieren für geflüchtete Frauen\* wie fehlende Informationen zu Versorgungsangeboten, Rassismen und Diskriminierungen (vgl. ebd.: 15). Darüber hinaus wird in einem Fachbeitrag im Abschlussbericht des Modellprojekts von pro familia - wie bereits in der Einleitung dargelegt - kritisiert, dass Public Health Studien der letzten Jahrzehnte, die sich mit der Situation von Migrant\*innen befassen, geflüchtete Personen oft miteinbeziehen, ohne diese als eigenständige Gruppe zu erfassen. Dadurch werden keine spezifischen Daten zu Asylsuchenden erfasst und der Heterogenität der Menschen und ihrer Bedürfnisse wird nicht differenziert genug begegnet (vgl. Kasper 2019 zitiert nach Sayn-Wittgenstein et al. 2019: 24).

In den vorliegenden Übersichtsarbeiten wird deutlich, dass im Bereich Schwangerschaft und Flucht ein Mangel an Forschungsarbeiten besteht. Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die sich explizit mit dem Themenfeld befassen. Hierbei ist jedoch voranzustellen, dass sich nicht alle der erfassten Studien dezidiert auf geflüchtete Frauen\* beziehen. Teilweise umfassen die Studien Migrantinnen als Gruppe, die sowohl die erste als auch die zweite Generation immigrierter Frauen\* miteinbeziehen. In diesen Studien gibt es keine differenzierte Benennung von geflüchteten Frauen\*, oder sie werden explizit als in die Gruppe der Migrantinnen inkludiert benannt, oder es wird unterschieden in deutsche und nicht-deutsche Frauen\*, ohne spezifischere Angaben.

### 2.3.2.1 Gynäkologische und Geburtshilfliche Versorgung

#### Studien zur Schwangerenversorgung geflüchteter Frauen\*

In einem Scoping Review stellt Anne Kasper 2017 fest, dass die Gesundheit und insbesondere das psychische Wohlbefinden geflüchteter Frauen\* belastet ist (vgl. Kasper 2017). Es besteht eine größere Wahrscheinlichkeit an postpartalen Depressionen (PPD) zu erkranken und geflüchtete Frauen\* leiden verstärkt unter Depressionen, Angststörungen und den Folgen sexualisierter Gewalt. Weiterhin ist das Risiko für Schwierigkeiten während der Schwangerschaft erhöht. Die Versorgung konstatiert Kasper als unzureichend. Ebenso verweist die Autorin auf fehlende wissenschaftliche Erkenntnisse zum Themenfeld in Deutschland (vgl. ebd.).

In ihrer Dissertation *„Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung. Eine qualitative Untersuchung zum professionellen Handeln geburtshilflicher Akteur\*innen“* führte Anne Kasper qualitative Expert\*inneninterviews mit Hebammen und Gynäkolog\*innen durch (vgl. Kasper 2021: 95, 124). In den Ergebnissen der durchgeführten Studie beschreibt sie einen allgemeinen Fachkräftemangel: neben einem Mangel an Hebammen und Fachärzt\*innen fehlt es ebenso an Kinderärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen. Mit der geburtshilflichen Versorgung nicht-geflüchteter Frauen\* sind die Fachkräfte vollbeschäftigt und haben darüberhinausgehend wenig oder keine Ressourcen (vgl. Kasper 2021: 134). Kasper konstatiert, dass mittlerweile ehrenamtliche und andere nicht-staatliche Strukturen entstanden sind, die explizit auf die Unterstützung geflüchteter Frauen\* ausgerichtet sind. Die Autorin nennt als Beispiele Beratungsstellen oder Begegnungscafés (vgl. ebd.: 137). Die interviewten geburtshilflichen Fachkräfte geben an, dass geflüchtete Frauen\* in der Versorgung ähnliche Bedarfe haben wie nicht-geflüchtete Frauen\* (vgl. ebd.: 147). Dennoch bestehen besondere Risiken und ggf. für die Fachkräfte komplexe Themen wie die adäquate Begleitung der Geburt von Frauen\* mit FGM-C (vgl. ebd.: 147, 149). Eine interviewte Gynäkologin berichtet von schlechterer Versorgung bei der Geburt aufgrund der Sprachbarriere (vgl. ebd.: 181). Weiterhin ermitteln die Fachkräfte einen höheren Bedarf an psychosozialer Versorgung, unter anderem zur Behandlung von psychosomatischen Symptomen in der Schwangerschaft (vgl. ebd.: 190).

Henry et. al ermitteln im Rahmen einer Interviewstudie in Dresden mit arabisch-sprachigen geflüchteten schwangeren Frauen\* sowie Frauen\*, die ein Kind in Deutschland bekommen haben, verschiedene Faktoren, die den Zugang zum Gesundheitssystem für

schwängere geflüchtete Frauen\* beeinflussen können. Die Autor\*innen erheben, dass unter anderem Auffassungen von Schwangerschaft und Geburt sowie frühere Erfahrungen das Verhalten und Erleben im Kontext von Schwangerschaft und Geburt beeinflussen können (vgl. Henry et al. 2020: 437). Die Autor\*innen fordern bessere sowie bedürfnisorientierte Versorgungszugänge und empfehlen die Implementierung flächendeckender Sprachmittlung (vgl. ebd.: 445).

Eine vergleichende Querschnittsstudie kommt zu dem Ergebnis, dass geflüchtete Frauen\* weniger Schwangerenvorsorgetermine wahrnehmen als nicht-geflüchtete Frauen\* (vgl. Rosenberg-Jeß et al. 2021).

### **Studien zur Schwangerenversorgung von Migrantinnen\***

Laut einer Sekundäranalyse von Seidel et al. ist die vorgeburtliche Versorgung von migrantischen Frauen\* in Deutschland verhältnismäßig gut. Ein Ergebnis ihrer Studie ist jedoch, ähnlich wie bei Rosenberg-Jeß et al. 2021, dass mehr migrantische Frauen die vorgeburtliche Versorgung erst nach dem ersten Schwangerschaftstrimester in Anspruch genommen haben, als nicht-migrantische Frauen\* (vgl. Seidel et al. 2020). Zudem haben migrantische Frauen\* weniger Informationen zur Wochenbettversorgung und nehmen weniger nachgeburtliche Hebammenversorgung in Anspruch. Ausschlaggebender für die spätere Anbindung an vorgeburtliche Versorgungsstrukturen als der Migrationsstatus, ist jedoch ein geringes Einkommen. In der Ausarbeitung von gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sollten Einkommensverhältnisse entsprechend berücksichtigt werden (vgl. ebd.).

Borde et al. kommen in der Studie „*Perinatale Gesundheit und Migration Berlin*“ zu dem Ergebnis, dass Migration keine entscheidenden Auswirkungen auf die Menge der Vorsorgeuntersuchungen schwangerer Frauen\* hat (vgl. Borde 2015: 62/Brenne et al. 2015). Ein Faktor für eine Unterversorgung ist laut den Autor\*innen jedoch die Sprachbarriere. Ein Drittel der Frauen\* mit niedrigem Deutschniveau nahm weniger als fünf Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Die Hebammennutzung war bei nicht-migrantischen Frauen\* höher als bei migrantischen Frauen\* (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist eine unsichere aufenthaltsrechtliche Situation ebenfalls mit der Gefahr der Unterversorgung verknüpft (vgl. Brenne et al. 2013: 195).

Sievers konstatiert eine höhere Säuglingssterblichkeit sowie eine höhere Zahl Totgeborener bei migrantischen Frauen\* im Jahr 2013 im Vergleich zu nicht-migrantischen

Frauen\* (vgl. Sievers 2015: 64). Eine höhere Totgeburtenrate beschreiben auch Razum et al. (vgl. Razum et al. 2011: 68f.). Sievers empfiehlt verschiedene Maßnahmen zur bedürfnisorientierten und sensiblen Versorgung migrantischer Frauen\* während der Schwangerschaft und Geburt. In den Krankenhäusern bedarf es interkultureller Fähigkeiten der Mitarbeiter\*innen sowie ausreichend Sprach- und Kulturmittler\*innen (vgl. Sievers 2015: 64). Für die Aufklärung über Untersuchungen bedarf es ebenfalls Dolmetscher\*innen, multilingualer Informationsmaterialien sowie Videos oder Fotos für Frauen\*, die nicht alphabetisiert sind. Die Autorin beschreibt die Potenziale aufsuchender Arbeit durch Familienhebammen und unterstreicht die Wichtigkeit der Stetigkeit der Betreuung (vgl. ebd.: 65).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ungeachtet der Nicht-Differenziertheit zwischen Migrantinnen\* und geflüchteten Frauen\*, im Großteil der ermittelten Studien eine unzureichende und ungleiche Versorgung geflüchteter schwangerer Frauen\* erkennbar ist. Als ausschlaggebende Faktoren, die in Zusammenhang mit einer Unterversorgung stehen werden mehrfach geringe Deutschkenntnisse, eine unsichere Aufenthaltssituation sowie ein geringes Einkommen genannt. All diese Faktoren treffen auf geflüchtete Frauen\* in verschiedenen Nuancen zu.

### **2.3.2.2 Gynäkologische Versorgungsbedarfe von Schwangeren mit sexualisierten Gewalterfahrungen**

Ernst et al. fokussieren in ihrem Beitrag in der Onlinezeitschrift „IZGOnZeit“ das Thema Schwangerschaft durch Vergewaltigung sowie Traumata und besondere Bedarfe in der geburtshilflichen und gynäkologischen Versorgung, die mit erlebter sexualisierter Gewalt geflüchteter Frauen\* einhergehen (vgl. Ernst et al. 2017: 48). In einer Übersichtsarbeit zu Auswirkungen von Gewalt, werden verschiedene psychische Konsequenzen benannt. Hierzu gehören zum Beispiel PTBS, Depressionen oder Angst- und Panikstörungen (vgl. Hornberg et al. 2008: 17). Dies führt zu besonderen Bedarfen in der medizinischen Versorgung. Fachkräfte, die mit Frauen\* arbeiten, die sexuelle Gewalt erlebt haben, sollten mögliche Triggerreize zur Vermeidung von Retraumatisierungen kennen (vgl. Ernst et al. 2017: 51f.). Gynäkologische und insbesondere vaginale Untersuchungen können einen Trigger darstellen, ebenso wie die Rückenlage oder das Festgehaltenwerden durch Fachkräfte (vgl. ebd.: 52f./Skolik 2006). Auch die Veränderung des Körpers während der Schwangerschaft kann als Kontrollverlust und somit als Trigger wahrgenommen werden (vgl. Heynen 2007: 70f.). Ebenfalls können erlebte Gewalt und die daraus resultierenden Folgen zu Schwierigkeiten während der Geburt führen (vgl.

Hornberg et al. 2008: 19). Frauen\*, die durch eine Vergewaltigung schwanger geworden sind und keine Abtreibung durchführen wollen, versuchen teils, die Schwangerschaft durch physische Überbelastung zu beenden (vgl. Heynen 2007: 69). Ernst et al. vermuten, dass die Gefahr hierfür bei geflüchteten Frauen\* besonders hoch ist. Gründe hierfür können die Sprachbarriere oder Schamgefühle sein (vgl. Ernst et al. 2017: 52). Unsichere Abbrüche gehen mit hohen gesundheitlichen Risiken einher und sind international einer der Hauptgründe für Müttersterblichkeit (vgl. WHO 2021). In Teilen Deutschlands finden bereits traumaspezifische Fortbildungen für Hebammen statt. Die Autor\*innen empfehlen dies berufsgruppenübergreifend auszubauen sowie traumasensible Versorgung als Teil von medizinischen Aus- und Weiterbildungen festzuschreiben. Weiterhin empfehlen sie die multiprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen zur verbesserten Versorgung (vgl. Ernst et al. 2017: 54f.). Schwangere geflüchtete Frauen\* müssen vermehrt über ihre Versorgungsansprüche wie Geburtsvorbereitungskurse oder Hebammenbetreuung im Wochenbett aufgeklärt werden (vgl. Deutscher Hebammenverband 2016 zitiert nach Ernst et al. 2017: 55). Die Geburtsvorbereitung für schwangere traumatisierte Frauen\* sollte bedürfnisorientiert und individuell ausgerichtet sein. Über das Vorgehen der Behandlung sollte detailliert informiert werden, sodass Trigger während der Geburt vermieden werden können (vgl. Singer & Freystedt 2008: 1).

### **2.3.2.3 Zugang zu Versorgungsangeboten**

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfolgt je nach Bundesland mithilfe eines Behandlungsscheins, der beim Sozialamt beantragt werden muss, oder mithilfe einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (vgl. Rolke et al. 2020: 962). Das Land Berlin nutzt das Modell der elektronischen Gesundheitskarte (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS) o.D.). Eine Studie aus Nordrhein-Westfalen, die die verschiedenen Zugänge analysiert, kommt zu dem Ergebnis, dass die Beantragung eines Behandlungsscheins zu Zeitverzögerung in der Behandlung führt und somit die elektronische Gesundheitskarte den Zugang zum Gesundheitssystem für geflüchtete Personen erleichtert (vgl. Rolke et al. 2020: 965f.). Die Empfehlung der Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte ohne Zeitverzögerung für Asylsuchende findet sich in der Literatur mehrfach (vgl. Gold et al. 2021: 14/Berrut de Berrut et al. 2020: 12).

Die Zugänge zu Gesundheitsleistungen werden von Frings aus juristischer Perspektive analysiert. Die Autorin ermittelt für geflüchtete Frauen\* in unsicheren Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf Versorgungsleistungen während Schwangerschaft und Geburt

sowie im Falle von Abtreibungen<sup>7</sup>, der der Versorgung von Frauen\* in sicheren Aufenthaltssituationen entspricht. Jedoch stellt sie fest, dass kein äquivalenter Zugang zu Familienplanung, Verhütung und reproduktiver Medizin besteht (vgl. Frings 2017: 15). Die Einschränkungen der medizinischen Leistungen während der ersten 18 Monate auf die Versorgung akuter Anliegen erachtet Frings als unvereinbar mit Artikel 12 der UN-Sozialcharta sowie Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz oder Artikel 1 der Grundrechtecharta der Europäischen Union (GRC) (vgl. ebd.: 14f.).

Razum et al. plädieren in ihrem Fachbeitrag für die Aufhebung der verminderten Gesundheitsleistungen für geflüchtete Menschen in den ersten 18 Monaten. Die Reduktion der Ansprüche auf Versorgungsleistungen durch §§ 4,6 AsylbLG führen zu höheren finanziellen Ausgaben, ggf. zur verspäteten Versorgung tödlicher Krankheiten sowie zur Beeinträchtigung der Integration (vgl. Razum et al. 2016: 714). Da sich die Regelungen über den Zugang zur Gesundheitsversorgung zwischen den Bundesländern sowie zwischen den einzelnen Kommunen unterscheiden und Ärzt\*innen unterschiedliche Wissensstände über die Bewilligung der Leistungen mitbringen, ist die gesundheitliche Versorgung geflüchteter Menschen ihrer Auffassung nach abhängig vom Zufall (vgl. ebd.: 713).

#### **2.3.2.4 Zugangsbarrieren**

Für schwangere geflüchtete Frauen\* gibt es verschiedene Zugangsbarrieren zum gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungssystem. Eine Zugangsbarriere, die in der Literatur immer wieder beschrieben wird, ist die Sprachbarriere. Dies stellt auch Anne Kasper als Ergebnis ihrer Literaturrecherche fest (vgl. Kasper 2021: 61). Ferner ergibt Kaspers Recherche, dass die spontane Beauftragung von Dolmetscher\*innen außerhalb der regulären Arbeitszeiten sowie uneindeutige Finanzierungen eine Schwierigkeit in der Inanspruchnahme gynäkologischer Versorgung darstellen (vgl. ebd.: 62). Als Ergebnis der von Kasper geführten Interviews wird deutlich, dass die Fachkräfte aufgrund der Sprachbarriere teils kein Wissen um die Bedürfnisse der Frauen\* haben (vgl. ebd.: 167). Eine interviewte Gynäkologin berichtet, dass es aufgrund fehlender Überwindungsmöglichkeiten von Kommunikationsschwierigkeiten zu schlechterer medizinischer Versorgung von geflüchteten Frauen\* kommt. Sie erzählt von Anästhesist\*innen, die aufgrund der Sprachbarriere keine Teilnarkosen durchführen, weil sie anschließend aufgrund des Ausschlusses von neurologischen Ausfällen mit den Frauen kommunizieren wollen. Da

---

<sup>7</sup> Auf das Thema Abtreibungen wird in der vorliegenden Arbeit aufgrund des eingeschränkten Umfangs einer Masterarbeit und des Fokus auf das Thema Schwangerschaft und Geburt nicht detailliert eingegangen. Ausführlicher vgl. z.B. Khan-Zvorničanin 2018, S. 26-28.

dies nicht möglich ist, bekommen die Frauen\* eine Vollnarkose, was ein gesundheitlich höheres Risiko mit sich bringt (vgl. ebd.: 181). Der Vertrauensaufbau, der für eine fachgerechte medizinische Versorgung grundlegend ist, wird durch die Sprachbarriere ebenfalls beeinträchtigt (vgl. Kurmeyer & Abels 2018: 59). Kurmeyer und Abels beschreiben darüber hinaus einen Mangel an weiblichen Dolmetscherinnen. Weiterhin beschreiben sie schlechte Beschäftigungsbedingungen für Dolmetscher\*innen, welche Einfluss auf das Niveau der Arbeit haben. Sie empfehlen die Einführung von Qualitätsmanagement, das insbesondere Supervision zur Vermeidung von sekundärer Traumatisierung beinhaltet (vgl. ebd.). Gaudion et al. beschreiben die Relevanz der Kommunikation und Sprachmittlung während der Geburt. Sie stellen im Rahmen ihrer Studie ein Informationsdefizit sowie eine schlechtere Geburtsbegleitung bei geflüchteten Frauen\* mit geringen Deutschkenntnissen fest. Konkursiv empfehlen sie eine 1:1 Betreuung während der Geburt (vgl. Gaudion et al. 2022: iii596). Das Forschungsprojekt PROREF („*Pregnancy and Obstetric Care of Refugees*“) in Kooperation zwischen der Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin und der Charité Berlin unter der Leitung von Theda Borde und Matthias David untersuchte vom 01.11.2019 bis zum 31.10.2022 inwiefern das Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse schwangerer geflüchteter Frauen\* ausgerichtet ist (vgl. ASH Berlin 2023). Zum Zeitpunkt der Verschriftlichung vorliegender Arbeit werden die finalen Publikationen der PROREF Studie noch erstellt. Drei Publikationen wurden jedoch bereits veröffentlicht, unter anderem ein Artikel zur Frage nach Möglichkeiten des Abbaus der Sprachbarriere (vgl. David et al. 2021). Die Autor\*innen beschreiben die Verpflichtung von Ärzt\*innen nach deutscher Gesetzeslage, zu gewährleisten, dass die Patient\*innen die Erklärungen über die Untersuchungen sowie Behandlungen nachvollziehen und informiert einwilligen können (vgl. Bundesamt für Justiz 2021 zitiert nach David et al. 2021: 54). In Deutschland fehlen einheitliche bundesweite Strukturen, die die Übersetzung im Gesundheitswesen garantieren. Stattdessen wird auf Übersetzungs-Apps, Freund\*innen und Familie der Patient\*innen oder mehrsprachige Mitarbeiter\*innen zurückgegriffen. Ideal wäre die flächendeckende Beschäftigung qualifizierter Dolmetscher\*innen vor Ort, bezahlt durch den Bund oder die Krankenkassen (vgl. David et al. 2021: 57). Solange dies nicht etabliert ist, empfehlen die Autor\*innen eine „Telefondolmetschzentrale ,24/7“ (David et al. 2021: 57). Sprachmittlung soll laut aktuellem Koalitionsvertrag in Zukunft „auch mit Hilfe digitaler Anwendungen [...] im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V [werden]“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021: 65).

Weitere Zugangsbarrieren für schwangere geflüchtete Frauen\* zur gesundheitlichen Versorgung sind Rassismen und Diskriminierungen<sup>8</sup> (vgl. Bartig et al. 2021: 18/Kurmeyer & Abels: 59). Braun und Zeeb konstatieren, dass in Deutschland ein Mangel an Forschungsarbeiten zu Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen von migrantischen Menschen besteht, dies inkludiert ebenfalls Erkenntnisse zu Rassismen und Diskriminierungen im Gesundheitsbereich (vgl. Braun & Zeeb 2021: 389). In einem Forschungsüberblick zu Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen geflüchteter Menschen in Deutschland wird das Gesundheitssystem nur einmalig hinsichtlich der fehlenden Sprachmittlung sowie teilweisen Verweigerung von Untersuchungen benannt (vgl. Kurtenbach 2018: 119 zitiert nach Diekmann & Fereidooni 2019: 352). Bartig et al. verweisen auf Studien aus den USA zu Rassismen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt. Studien zu Rassismen und Diskriminierungen während der Geburt in Deutschland liegen bisher nicht vor (vgl. Bartig et al. 2021: 34). In ihrem Beitrag geben Braun und Zeeb einen Überblick über bisherige Erkenntnisse aus internationalen sowie wenigen deutschen Studien (vgl. Braun & Zeeb 2021: 389). Trotz der geringen Untersuchungen gibt es Hinweise auf Rassismen im Gesundheitswesen als omnipräsentes Phänomen (vgl. ebd.: 390). Weiterhin stellen mehrere Studien fest, dass Rassismuserfahrungen sich negativ auf die mentale sowie körperliche Gesundheit auswirken (vgl. Jetten et al. 2017/Paradies et al. 2015/Igel et al. 2010/u.a. zitiert nach Braun & Zeeb 2021: 392f.). Scholaske et al. 2021 verweisen auf eine Studie (vgl. Scholaske et al. 2019), in der eine Relation zwischen Diskriminierungswahrnehmung und einem Frühgeburtsrisiko festgestellt wurde. Überdies sehen sie in diesem Kontext wie Bartig et al. einen eklatanten Forschungsmangel (vgl. Scholaske et al. 2021: 359). In der Ergebnisdarstellung der geführten Interviews mit Fachkräften im geburtshilflichen Bereich zitiert Kasper drei Interviewtextstellen, die Vorannahmen, Othering<sup>9</sup> und rassistische Äußerungen erkennen lassen (vgl. Kasper 2021: 143).

Neben Rassismen und Diskriminierungen sowie der Sprachbarriere gibt es weitere Zugangsbarrieren wie bspw. unzureichende Informationen zu den bestehenden Versorgungsstrukturen sowie zum Aufenthaltsrecht, dem Mutterschutz oder der

---

<sup>8</sup> Selbstverständlich erleben nicht nur geflüchtete Menschen Rassismen und Diskriminierungen im Gesundheitssystem. Auch Menschen, die nicht-geflüchtet sind erleben in Deutschland Diskriminierungen und Rassismen. Ebenso können geflüchtete oder „[...] Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund [...] gesellschaftlich als zur Dominanzgesellschaft zugehörig betrachtet und behandelt werden“ (Winkler & Babac 2022: 44).

<sup>9</sup> Das Konzept des *Othering*, entwickelt von den postkolonialen Theoretiker\*innen Edward Said und Gayatri C. Spivak, bezeichnet einen machtvollen Abgrenzungsprozess, der das „Anderere/Fremde“ im Kontrast zu dem „Eigenen“ konstruiert. Die Markierung des „Anderen“, die oft mit negativen Attribuierungen einhergeht, hat dabei eine identitätsgebende Wirkung für das „Eigene“ (vgl. Foroutan 2021: 131).

Krankenversicherung (vgl. Sievers 2015: 65/Rolke et al. 2020: 965f./Janssens et al. 2005: 82). Zudem könnten ebenfalls Traumatisierungen und Traumafolgestörungen dazu führen, dass schwangere Frauen\* nicht in gesundheitlichen Versorgungsstrukturen ankommen (vgl. Ernst et al. 2017: 50). Kurmeyer und Abels nennen darüber hinaus die Care-Arbeit für Kinder und andere Familienmitglieder als Zugangsbarriere (vgl. Kurmeyer & Abels 2018: 59).

Ferner identifizieren Janssens et al. fehlendes Vertrauen der geflüchteten Frauen\* in die vorhandenen Strukturen sowie die Dominanz von sozialen und administrativen Themen, die die Gesundheit in den Hintergrund geraten lassen, als Zugangsbarrieren (vgl. Janssens et al. 2005: 82).

Khan-Zvorničanin ergänzt einen erschwerten Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen (vgl. Khan-Zvorničanin 2018: 19f.). Eine Kurzzeittherapie kann zwar nach §6 AsylbLG beantragt werden, ist aber entsprechend des Paragraphen eine Ermessensleistung (vgl. ebd.: 20/Frank et al. 2017: 39). Die mangelhafte Finanzierung für Dolmetscher\*innen und der allgemeine Therapieplatzmangel erschweren die Inanspruchnahme einer Therapie für geflüchtete Frauen\* zusätzlich (vgl. Frank et al. 2017: 40). Diese ist aufgrund des erhöhten Risikos für Wochenbettdepressionen sowie PTBS aber eine relevante Versorgungsleistung (vgl. Khan-Zvorničanin 2018: 19).

Des Weiteren beschreiben Litau et al. (2019: 51f.) Umverteilungen in andere Unterkünfte und damit einhergehende Beendigungen der Betreuung als Schwierigkeit in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Ferner sind die Kapazitäten der medizinischen Fachkräfte, insbesondere der Hebammen, eingeschränkt (vgl. Kasper 2021: 138). Da aufsuchende Arbeit teilweise nicht möglich ist, richten die von Kasper interviewten Hebammen Sprechstunden in den Unterkünften ein, um trotz dessen Versorgung anzubieten oder arbeiten über ihre bezahlten Stunden hinaus (vgl. ebd.: 138f.).

Die bereits im vorherigen Kapitel dargestellte eingeschränkte Inanspruchnahme von Verhütungsmitteln (vgl. Frings 2017) wird ebenfalls von Khan-Zvorničanin beschrieben. Sie bewertet die Studie der Charité von Abels et al. 2017 als Hinweis hierauf (vgl. Khan-Zvorničanin 2018: 29): der Großteil der von Abels et al. befragten Frauen\* ohne Wunsch nach Schwangerschaft, verwendet keine Kontrazeptiva (vgl. Abels et al. 2017: 21).

Eine weitere Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung erleben Frauen\* ohne Papiere (s. Kapitel 2.3.1.1). Schwangere Frauen\* ohne Papiere sind aufgrund der unsicheren Aufenthaltssituation und Sorgen um eine Deportation besonders belastet (vgl. Mohammed Oulad M'Hand 2022: 285). Das Medibüro in Berlin versucht als ehrenamtliches

und solidarisches Netzwerk medizinische sowie asylrechtliche Unterstützung für Personen ohne Papiere zu gewährleisten (vgl. ebd.: 280, 285).<sup>10</sup>

## **2.4 Die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften in Berlin**

Nach der vorangegangenen Beschreibung der Schwangerenversorgung durch Strukturen, die sich vornehmlich außerhalb der Unterkünfte befinden, soll nun im folgenden Kapitel der Fokus auf der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in den Unterkünften selbst liegen. Hierzu wird zunächst die Organisation der Unterbringung in Berlin beschrieben und es wird eine kurze Kritik an der generellen Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften unter Darstellung der Entstehungsgeschichte der Sammelunterbringung beleuchtet. Darüber hinaus werden die Lebenssituation in der Unterkunft allgemein sowie spezifisch für schwangere Frauen\* beschrieben. Weiterhin wird detaillierter auf die in den Unterkünften agierenden Professionen Soziale Arbeit und Hebammen eingegangen, die die Versorgung schwangerer Frauen\* in Unterkünften mitgestalten.

### **2.4.1 Die Unterbringung geflüchteter Personen in Berlin**

In Berlin gibt es derzeit 94 Unterkünfte für geflüchtete Menschen (vgl. LAF 2022a), in denen Stand September 2022 27562 Menschen leben (vgl. LAF 2022b). Nach der Asylantragstellung besteht für geflüchtete Personen bis zur Entscheidung über ihren Asylantrag oder im Falle einer Ablehnung bis zur Ausreise oder Abschiebung eine Wohnverpflichtung in einer Erstaufnahmeeinrichtung (vgl. §47 Abs 1. AsylG). Die Wohnverpflichtung beträgt mindestens sechs Wochen und maximal sechs Monate. Personen aus sogenannten sicheren Herkunftsländern ist es nicht erlaubt in Gemeinschaftsunterkünfte umzuziehen, sie müssen bis zur Entscheidung über ihren Asylantrag oder im Falle einer Ablehnung, bis zur Abschiebung, in der Erstaufnahmeeinrichtung wohnen bleiben. In den EAE gibt es in der Regel wenig Raum, GU sollen mehr Privatsphäre und eine verbesserte Versorgung gewährleisten (vgl. LAF 2022h).

Die Verteilung in die Gemeinschaftsunterkünfte erfolgt in Berlin durch das sogenannte Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (vgl. §53 AsylG/LAF 2022c). Die Gebäudestrukturen der Unterkünfte sind unterschiedlich: es existieren Bestandsgebäude wie bspw. Gewerbegebäude, alte Krankenhäuser oder Bürogebäude (vgl. LAF 2022d).

---

<sup>10</sup> Ausführlicher zur Lebenslage Schwangerschaft ohne Papiere vgl. z.B. Khan-Zvorničanin 2018, S. 32-39.

Darüber hinaus werden sogenannte Tempohomes, also Container, für die Unterbringung genutzt (vgl. LAF 2022e). Weiterhin gibt es in Berlin Modulare Unterkünfte, die wie Wohnheime gestaltet sind und eine voraussichtliche Lebenszeit von circa 80 Jahren besitzen (vgl. LAF 2022f). Die Gebäudeart sowie die räumliche Aufteilung (Apartmentstruktur mit eigenen Sanitäranlagen oder Wohnheimstruktur mit gemeinsamen Sanitäranlagen und Küchen) und die damit einhergehende Qualität der Unterbringungssituation in Berlin lebender geflüchteter Menschen unterscheidet sich also erheblich, je nachdem welche Unterkunft ihnen zugewiesen wird.

#### **2.4.1.1 Die Kritik an der Sammelunterbringung**

Die obligatorische Unterbringung in Sammelunterkünften wurde Anfang der 1980er Jahre in Verbindung mit dem Asylverfahrensgesetz eingeführt, das auf eine abschreckende Asylpolitik zielte. Neben den Bestimmungen zur Massenunterbringung führte das Asylverfahrensgesetz (heute Asylgesetz (vgl. Deutscher Bundestag 2016: 4)) weitere restriktive Maßnahmen wie die Residenzpflicht, die Versorgung durch Sachleistungen oder Arbeitsverbote ein (vgl. Eichinger und Schäuble 2018: 276). Gemeinschaftsunterkünfte können als Teil eines unterdrückenden Asylsystems verstanden werden, das durch die Herabsetzung der Lebensumstände intendiert, dass weniger Menschen in Deutschland bleiben oder nach Deutschland kommen (vgl. Pro Asyl zitiert nach Wendel 2014: 85). Pieper beschreibt die stigmatisierende Wirkung von Sammelunterbringungen und konstatiert die dadurch entstehende Verschärfung rassistischer Diskurse (vgl. Pieper 2008: 18). Darüber hinaus besteht für geflüchtete Personen unter den Regularien des Asyl- und Aufenthaltsgesetzes eine juristische Schlechterstellung im Verhältnis zu deutschen Staatsangehörigen (vgl. Eichinger und Schäuble 2018: 276). Es existieren keine bundeseinheitlichen Mindeststandards zur Gestaltung der Unterkünfte wodurch sich die Lebensumstände für die Bewohner\*innen signifikant unterscheiden können (vgl. Wendel 2014: 37). Weiterhin wird kritisiert, dass bei fehlenden Qualitätskriterien Unterkunftsbetreiber\*innen nach ihrem günstigeren Preis ausgewählt werden, was wiederum einen negativen Effekt auf die Lebensumstände der Bewohner\*innen haben kann (vgl. Aumüller et al. 2015: 47).

#### **2.4.1.2 Die Lebenssituation in den Unterkünften**

Die Beschreibung der Lebensumstände in den Unterkünften für Asylsuchende in Deutschland ähnelt sich in der recherchierten Literatur. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass sich keine der Studien explizit nur auf Berlin bezieht. Berlin wird aber in einigen

Arbeiten miteinbezogen, weshalb die Ergebnisse an dieser Stelle den allgemeinen, länderübergreifenden Forschungsstand darstellen. Die konkrete Wohnsituation wird unterschiedlich beschrieben, die Unterbringungszeit variiert zwischen einigen Wochen, mehreren Monaten oder mehreren Jahren (vgl. Kasper 2021: 146/Baron et al. 2020: 13). Die Unterkünfte werden als schlecht angebunden und infrastrukturell isoliert beschrieben (vgl. Kasper 2021: 146/Bekyol & Bendel 2018: 33). Die Gebäudearten variieren ebenfalls und werden benannt als Zelte, Container, Messehallen, Sporthallen, ehemalige Schulen oder Kasernen sowie eigene Wohnungen (vgl. Kasper 2021: 146). Beschriebene Probleme in den Unterkünften sind unter anderem mangelnde Privatsphäre, hohe Lautstärke, fehlende Hygiene sowie beschädigte und verschimmelte Unterkuftswände (vgl. ebd./Schouler-Ocak & Kurmeyer 2017: 32). Hinzu kommen ein Verlust von Autonomie in der Gestaltung der Tagesstruktur, Perspektivlosigkeit und Kontrollen durch das Unterkuftspersonal (vgl. Pieper 2008: 291f.).

#### **2.4.1.3 Die Lebenssituation schwangerer Frauen\* in Unterkünften**

In der Literatur finden sich nur wenige Studien, die das spezifische Thema vorliegender Arbeit, also die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften, als Hauptgegenstand fokussieren. Folgende Untersuchungen konnten recherchiert werden. Zu nennen ist hier zum einen eine Studie aus der Schweiz, die die reproduktive Gesundheitsversorgung von schwangeren Frauen\* in Asylunterkünften in der Schweiz analysiert (vgl. Cignacco et al. 2017). Die Autor\*innen kommen zu dem Ergebnis, dass zwar theoretisch eine unentgeltliche Versorgung gewährleistet ist, die Versorgungsangebote aber so hochschwellig und nicht ausgebaut sind, dass es zu einer Benachteiligung und Unterversorgung von schwangeren Asylsuchenden kommt (vgl. Cignacco et al. 2017: 12). Umzüge führen zu Versorgungs- und Informationsabbrüchen (vgl. ebd.: 7). Eine nachgeburtliche Betreuung im Wochenbett durch Hebammen findet nur selten statt, was dazu führt, dass alleinstehende Frauen\* in dieser Zeit wenig oder keine Unterstützung erfahren. Die Autor\*innen benennen die Versorgung von Frauen\* mit sexualisierten Gewalterfahrungen als unzureichend (vgl. ebd.: 12f.). Ein weiterer Beitrag, der zu dem Thema der vorliegenden Arbeit recherchiert werden konnte ist eine Analyse von Marie Fröhlich, die die Unterbringung während des Asylverfahrens aus der Perspektive von Politiken der Reproduktion analysiert (vgl. Fröhlich 2022: 149f.). Fröhlich beschreibt die Situation in einer Gemeinschaftsunterkunft in Niedersachsen am Beispiel zweier Frauen\*, die sich mit ihren jeweiligen Partnern sowie kürzlich entbundenen Kindern ein Zimmer teilen. Zentrale Belastungsfaktoren, die aus der Wohnsituation hervorgehen sind geringe Sauberkeit der sanitären Anlagen, die mit einem Infektionsrisiko einhergehen sowie der

Mangel an Ruhe und Privatsphäre. Hinzu kommen weite Strecken zu Gemeinschaftsbädern und -küchen, die die Logistik des Alltags erheblich erschweren (vgl. ebd.: 155; 159f.). Darüber hinaus zu benennen ist eine Studie von Gewalt et al., die die Erfahrungen und Bedarfe von schwangeren geflüchteten Frauen\* und Frauen\* kurz nach der Entbindung untersuchen, die in Unterkünften für Asylsuchende in Deutschland leben. Dabei legen sie ihren Fokus auf die psychosoziale Gesundheit (vgl. Gewalt et al. 2018: 1). Die Autor\*innen benennen fünf Aspekte, die sich auf die Gesundheit der schwangeren Frauen\* auswirken: Ungewissheit über die Zukunft, belastende Wohnsituation, belastete Beziehung zum Kindsvater, soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien. Die Ungewissheit über die Zukunft betrifft hierbei vor allem die Unsicherheit um den Ausgang des Asylverfahrens sowie fehlende Informationen zu geplanten Verlegungen (vgl. ebd.: 9). Die Unterbringungssituation ist fremdbestimmt und wird von den Interviewteilnehmerinnen der Studie als kaum beeinflussbar und belastend wahrgenommen. Neben fehlender Privatsphäre und gemischtgeschlechtlicher Unterbringung löst auch die Beobachtung von verbaler und physischer Gewalt zwischen anderen Bewohner\*innen Ängste bei den Frauen\* aus. Die Frauen\* berichten von damit einhergehenden Schlafstörungen (vgl. ebd.: 9-14). Als Ergebnis identifizieren Gewalt et al. die Ungewissheit über die Zukunft, die belastende Wohnsituation sowie belastende Beziehungen als durch die Frauen\* negativ wahrgenommene Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit. Unterstützung durch das soziale Umfeld sowie individuelle Bewältigungsstrategien stärken hingegen die Resilienz und können den genannten Stressoren entgegenwirken (vgl. ebd.: 18). Weiterhin kommen Engelhardt et al. in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Unterbringungssituation mit bereits beschriebenen Belastungen und damit einhergehender fehlender Selbstbestimmung bei schwangeren geflüchteten Frauen\* zu erhöhtem körperlichen, psychischen und sozialen Stress führt und somit negative Auswirkungen auf die Schwangerschaftsgesundheit hat (vgl. Engelhardt et al. 2022: iii599).

Darüber hinaus finden sich in der Literatur Beschreibungen der Lebensumstände in Unterkünften, die sich spezifisch auf die Situation von Frauen\* oder die Situation von schwangeren Frauen\* beziehen, ohne Schwangerschaftsversorgung in Unterkünften als Kernthema der jeweiligen Arbeit zu behandeln. Diese sollen im Folgenden expliziert werden.

Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass für Frauen\* in Unterkünften eine erhöhte Gefahr besteht Gewalt zu erleben. Sanitäre Anlagen sind teilweise gemischtgeschlechtlich und nicht abzuschließen. Auch das Fehlen von ausreichend privatem Raum begünstigt sexualisierte Gewalt (vgl. Kurmeyer & Abels 2018: 59/Schröttle & Müller 2004: 454/Baron et al. 2020: 20). In der „*Study on female refugees*“ werden neben

Gewalterfahrungen als Problem in der Unterkunft ebenfalls Diskriminierungen, Respektlosigkeit sowie generelle Strukturen und Vernachlässigung benannt (vgl. Schouler-Ocak & Kurmeyer 2017: 31f.). Darüber hinaus kommt es zu Rassismen durch das Unterkunftspersonal (vgl. Engelhardt et al. 2022: iii599). Biddle et al. beschreiben, dass schwangere Frauen\* in EAE oft nicht um die Leistungen der Schwangerenversorgung wissen und aufgrund dessen erst kurz vor der Entbindung mit dem Gesundheitssystem in Berührung kommen (vgl. Biddle et al. 2019: 13). Eingeschränkte Zugänge zur medizinischen Versorgung sind insbesondere während der Zeit des Wochenbetts problematisch, da Frauen\* in dieser Zeit ein gesteigertes Risiko für Infekte und psychischen Stress zeigen. Zur verbesserten Versorgung empfehlen die Autor\*innen aufsuchende Angebote durch Hebammen (vgl. ebd.). Ernst et al. beschreiben in ihrem Fachbeitrag die Wichtigkeit von Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten für Frauen\* im Wochenbett. Dies ist durch fehlende Privatsphäre und den Platzmangel kaum möglich. Insbesondere für Frauen\* mit Traumata können die engen Lebensumstände als Trigger wirken. Die Effekte der Wohnsituation in Gemeinschaftsunterkünften für Frauen in der postnatalen Phase auf die Anzahl der geflüchteten Frauen\* mit postpartalen Depressionen sind bisher nicht bekannt (vgl. Ernst et al. 2017: 53). In einer qualitativen Studie von Al Munjid et al. geben befragte geflüchtete Mütter jedoch an, dass prekäre Unterkunftsbedingungen sowie strukturelle Barrieren im Versorgungssystem einen negativen Einfluss auf ihre psychische Gesundheit haben (vgl. Al Munjid et al. 2022: iii591). Khan-Zvorničanin beschreibt ein Fallbeispiel einer schwangeren geflüchteten Frau\*, die zum Zeitpunkt ihrer Entbindung von Hamburg nach Berlin verlegt werden sollte. Sie erhielt in Hamburg einen Notkaiserschnitt und musste kurz nach der Entlassung nach Berlin umziehen. In Berlin kam es zu einer Inflammation der Wundnarbe. Die Empfehlungen der Hebamme, wenig zu laufen und ihre Narbe mit warmem Wasser zu säubern konnte sie unzureichend befolgen, da sie vor den Gemeinschaftsbädern sowie bei der Ausgabe des Essens lange warten musste und somit nicht regenerieren konnte (vgl. Erlenmaier et al. 2016: 124f. zitiert nach Khan-Zvorničanin 2018: 48). Die geteilten sanitären Anlagen werden auch von den von Kasper interviewten Fachkräften beanstandet. Für Frauen\* im Wochenbett mit Wochenfluss und Dammrissen oder Frauen\* während der Schwangerschaft mit Übelkeit, Übereben sowie häufigerem Urinieren sind Gemeinschaftsbäder nicht geeignet (vgl. Kasper 2021: 146). Darüber hinaus sind die Versorgungsstrukturen in Unterkünften durch Cateringdienste und verbindliche Essenszeiträume insbesondere in der Schwangerschaft aber auch im Wochenbett problematisch (vgl. ebd.). Bekyol und Bendel beschreiben schwangere Frauen\* sowie deren Kinder, die durch die Vollverpflegung durch Caterer Gewicht verloren haben (vgl. Bekyol & Bendel 2018: 33). Die beschriebenen Belastungsfaktoren, die mit dem Wohnen in einer Unterkunft einhergehen, betreffen auch Personen, die

gesetzlich nicht mehr zum Wohnen in einer EAE oder GU verpflichtet sind. Neben dem Fehlen von preiswertem Wohnraum erleben geflüchtete Menschen Diskriminierungen und Rassismen bei der Wohnungssuche, was dazu führt, dass sie oft lange in Unterkünften leben müssen (vgl. Muy 2018: 264).

In der Literatur finden sich verschiedene Verbesserungsvorschläge für die Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende leben. Zum einen wird empfohlen, Gemeinschaftsunterkünfte als „die Gesundheit beeinflussendes Setting zu verstehen“ (Berrut de Berrut et al. 2020: 15) und die Wohnzeit in insbesondere Erstaufnahmeeinrichtungen auf ein Minimum zu reduzieren (vgl. ebd.: 17). Solange die Gemeinschaftsunterbringung nicht vermeidbar ist sollen Asylsuchende in die Ausgestaltung der Unterkünfte miteinbezogen werden. Die Unterkünfte sollen der Gesundheit zuträglich organisiert werden (vgl. ebd.: 15). Folgende Qualitätsstandards sollen eingehalten werden: ein gemeinsam erarbeitetes Gewaltschutzkonzept, hinreichende Hygiene in sanitären Anlagen, die Möglichkeit selbst und selbstbestimmt zu kochen sowie sichere Rückzugsorte. Darüber hinaus wird empfohlen konkrete Ansprechpartner\*innen für Schwangere festzulegen, damit spezifische Bedarfe mitgedacht und bearbeitet werden (vgl. ebd.: 18-20).

#### **2.4.2 Professionen in den Versorgungsstrukturen**

In den Versorgungsstrukturen, in denen schwangere Frauen\*, die in Unterkünften leben, sich bewegen, sind verschiedene Professionen gegenwärtig. Diese haben entsprechend Einfluss auf die Qualität der Versorgung. In Berlin gibt es, wie bereits weiter oben beschrieben, Erstaufnahmeeinrichtungen sowie Gemeinschaftseinrichtungen. In den Unterkünften sind folgende Fachkräfte vertreten: Einrichtungsleitung/stellvertretende Einrichtungsleitung, Betreuungspersonal - welches sich aus Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen, Sozial- und Kinderbetreuer\*innen zusammensetzt - Ehrenamtskoordination, Verwaltungspersonal, Hauswirtschaftspersonal sowie Hausmeister\*innen (vgl. LAF 2020a: 17-21). Die Gemeinschaftseinrichtungen untergliedern sich in drei Kategorien: GU 1, GU 2 und GU 3. Die verschiedenen Kategorien unterscheiden sich in der Wohnstruktur und den Betreuungsschlüsseln: GU 1 ist als Wohnheimstruktur mit Gemeinschaftsbädern und -küchen aufgebaut und hat einen höheren Personalschlüssel. GU 2 und GU 3 hingegen haben Apartmentstrukturen mit eigenen Küchen und Sanitäranlagen, dafür aber einen niedrigeren Betreuungsschlüssel. Beispielsweise ist der Personalschlüssel des Betreuungspersonals in einer GU 1 1:48, während es in einer GU 3 nur noch eine\*n Sozialarbeiter\*in pro 200 Bewohner\*innen gibt. Die Intention des LAF ist

hierbei die Betreuungsintensität stufenweise zu verringern, da davon ausgegangen wird, dass geflüchtete Personen mit der Zeit selbstständiger werden und weniger Personal benötigen (vgl. LAF 2022g).

Die folgende Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes soll sich auf Sozialarbeiter\*innen sowie Hebammen fokussieren. Dies hat den Hintergrund, dass die vorliegende Masterarbeit im Rahmen des Studiengangs „*Praxisforschung in Sozialer Arbeit und Pädagogik*“ entsteht. In der Versorgung von schwangeren Frauen\* spielen Hebammen eine wichtige Rolle. Da der Fokus der Masterarbeit auf der Versorgung in den Unterkünften vor Ort liegt, werden andere geburtshilfliche Akteur\*innen wie Gynäkolog\*innen oder Krankenhauspersonal an dieser Stelle nicht ausführlich beschrieben. Die in den Unterkünften angestellten Psycholog\*innen sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsstrukturen für schwangere geflüchtete Frauen\*. Die psychologische und psychosoziale Versorgung markiert jedoch nicht das Hauptinteresse der vorliegenden Arbeit und wird deshalb aufgrund der Kürze einer Masterarbeit an dieser Stelle ausgeklammert.

#### **2.4.2.1 Soziale Arbeit**

Dem Kapitel voranzustellen ist, dass zur spezifischen Versorgung schwangerer Frauen\* durch Sozialarbeiter\*innen in Unterkünften keine Literatur recherchiert werden konnte. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die generelle Versorgung von geflüchteten Personen durch Sozialarbeiter\*innen in Unterkünften.

Für Personen in Unterkünften mit medizinischen Anliegen sind Sozialarbeiter\*innen oft die ersten Ansprechpartner\*innen und unterstützen bei der Vermittlung zum Versorgungssystem (vgl. Rolke et al. 2020: 965). Scherschel (2016: 1) benennt die Importanz von Sozialarbeiter\*innen als Mitwirkende bei der Unterstützung von geflüchteten Menschen. Zu den Tätigkeiten von Sozialarbeiter\*innen in Gemeinschaftsunterkünften gehören Wäsche- sowie Materialverteilung, die Verteilung von Post und Vermittlung zu Beratungsstellen, Ärzt\*innen oder Deutschkursen, Verwaltung von Essensausgabe oder Reparaturen, Aufklärung über die Hausordnung und Kontrolle der Befolgung dieser (vgl. Eichinger & Schäuble 2018: 279). Weiterhin unterstützen sie bei der Kommunikation mit Behörden oder der Anbindung an Schulen sowie Kitas. Ferner bieten Sozialarbeiter\*innen auch Beratung zu verschiedenen Themenkomplexen an, dies ist allerdings nicht in jedem Bundesland gesetzlich festgeschrieben. Zusammenfassend stellen die Autorinnen fest, dass Sozialarbeiter\*innen in Gemeinschaftsunterkünften ein für Soziale Arbeit

überhöhtes Maß an Kontrollfunktion und Ausgrenzungsverwaltung erfüllen (vgl. ebd.).<sup>11</sup> Kritisiert wird in der Literatur zudem mehrfach der niedrige Personalschlüssel, der eine fachlich angemessene Einzelfallberatung und Unterstützung in diversen Problemlagen inklusive Aufbaus einer Arbeitsbeziehung für Sozialarbeiter\*innen verunmöglicht (vgl. Scherschel 2016: 7/Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 4).

In der Literatur zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften wird die grundsätzliche Unterbringung in Sammelunterkünften beanstandet (vgl. Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 4/Scherschel 2016: 7f.). Das 2016 erschienene Positionspapier vieler Hochschullehrer\*innen fordert die Unterbringung in Wohnungen statt in Unterkünften (vgl. Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 4). Die Autor\*innen beschreiben die vielschichtigen Schwierigkeiten, die die Wohnumstände mit sich bringen. Unter anderem produziert die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften Probleme, die Soziale Arbeit notwendig machen (vgl. ebd.). Darüber hinaus wird die Gewinnorientierung einzelner Träger kritisiert, die sich bspw. in der Zurückhaltung von Finanzmitteln (wie für die Instandsetzung von sanitären Anlagen) aber ebenso in der geringen Bezahlung der Mitarbeiter\*innen, Unterbesetzung oder der Übernahme von Verwaltungsaufgaben durch Sozialarbeiter\*innen zeigt (vgl. Muy 2018: 268f.).

Sozialarbeiter\*innen in Gemeinschaftsunterkünften sind mit Ansprüchen von externen Akteur\*innen konfrontiert, die ihrem Berufsethos widersprechen und deren Umsetzung mandatswidrig wäre, wie bspw. die Mithilfe bei der Durchsetzung von Abschiebungen (vgl. Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 5). Laut den Autor\*innen „besteht zwischen dem, was fachlich und professionsethisch geboten ist, und dem, was rechtlich sowie praktisch nahe gelegt wird, eine große Diskrepanz“ (ebd.: 2). Die Verweigerung von mandatswidrigen Aufgaben kann für

---

<sup>11</sup> Ulrike Eichinger und Barbara Schäuble analysieren in ihrem Beitrag die Handlungsspielräume Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften (2018: 274-299). Sie stellen die Frage, inwiefern eine menschenwürdige Praktik Einzelner im Kontext restriktiver Asylpolitik und Einrichtungen eigentlich möglich ist. Weiterhin werfen sie die Frage auf, inwieweit das Vorhandensein Sozialer Arbeit in Unterkünften als abschreckenden Räumen einen beschwichtigenden Effekt verkörpern soll (vgl. Eichinger & Schäuble 2018: 274) und nehmen Bezug auf Albert Scherr, der darüber hinaus überlegt „inwiefern das Betonen professioneller Ziele nicht nur zur öffentlichen Beruhigung, sondern auch zu einer professionellen Selbstberuhigung und Verschleierung beiträgt“ (Scherr 2015: 18 zitiert nach Eichinger & Schäuble 2018: 274). In ihrer Analyse kommen sie zu dem Ergebnis, dass Handlungsspielräume für Sozialarbeiter\*innen zur Verbesserung der Situation der Bewohner\*innen teilweise vorhanden sind, diese aber sehr begrenzt sind und mit eigenen Risiken einhergehen (vgl. Eichinger & Schäuble 2018: 293f.). Kritisch zu Sozialer Arbeit innerhalb restriktiver Migrationspolitik sowie zu postkolonialer Sozialer Arbeit vgl. auch Castro Varela (2018).

Sozialarbeiter\*innen die Gefährdung der eigenen Beschäftigung bedeuten (vgl. Muy 2018: 267). Im Rahmen der aktuellen Strukturen ist die Bereitschaft Auseinandersetzungen mit zuständigen Instanzen einzugehen und auszuhandeln jedoch Teil von Sozialer Arbeit, die ihrer Professionsethik entsprechend handeln will (vgl. ebd.). Muy fordert die Ausschöpfung von Handlungsspielräumen durch die Fachkräfte zur Unterstützung von geflüchteten Personen in Unterkünften sowie politische Öffentlichkeitsarbeit und das Einfordern von besseren strukturellen Voraussetzungen unter offenem Umgang mit den beschriebenen Schwierigkeiten, die aus der Positionierung im Spannungsfeld entstehen (vgl. ebd.: 270f.).

Ersichtlich wird in der dargestellten Literatur das Spannungsfeld, in dem Soziale Arbeit in Unterkünften agiert sowie die eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten, mit denen sie konfrontiert ist. In Anknüpfung an das Hauptthema der vorliegenden Arbeit stellt sich die Frage, inwiefern Sozialarbeiter\*innen zur Versorgung von schwangeren geflüchteten Frauen\* beitragen und inwieweit sie diese unterstützen (können). Dies geht aus der recherchierten Literatur nicht hervor.

#### **2.4.2.2 Hebammen**

Gemäß §4 Abs.2 AsylbLG haben geflüchtete schwangere Frauen\* Anspruch auf Hebammenhilfe (vgl. §4 AsylbLG). Seit 2018 gibt es vom LAF in Berlin ein Hebammenprojekt, in Zuge dessen im Jahr 2022<sup>12</sup> zehn selbstständige Hebammen auf Honorarbasis schwangere geflüchtete Frauen\* in Unterkünften aufsuchend versorgen (vgl. LAF 2020b/LAF 2022i). Erkenntnisse oder Evaluationen zu dem Projekt des LAF wurden bei einer Recherche nicht gefunden, weshalb an dieser Stelle nur allgemeine Studienergebnisse vorgestellt werden können. Kasper interviewte im Rahmen ihrer Dissertation 31 geburtshilfliche Akteur\*innen, darunter 22 Hebammen (vgl. Kasper 2021: 125). Zwar handelt es sich bei den hier interviewten Fachkräften nicht ausschließlich um Hebammen, die aufsuchend in Gemeinschaftsunterkünften arbeiten und die Ergebnisse inkludieren Aussagen von Gynäkolog\*innen. Trotzdem erscheinen die Erkenntnisse im Kontext dieser Arbeit relevant und werden daher aufgegriffen. Die interviewten Hebammen berichten, dass einige Unterkünfte Räume für ihre Sprechstunde anbieten und damit eine ruhige Umgebung herstellen. In anderen Unterkünften gibt es keine Sprechzimmer und die Hebammen treffen die Frauen\* in ihren Zimmern oder Apartments (vgl. Kasper 2021: 136). Darüber hinaus beschreiben die Fachkräfte teils Schwierigkeiten

---

<sup>12</sup> Die Pressereferentin des LAF, Monika Hebbinghaus, teilte mir via E-Mail mit, dass im Jahr 2023 zehn bis zwölf Hebammen im Rahmen des Hebammenprogramms tätig sein werden.

Medizinisches zu erläutern, wenn die Frauen\* einen geringen Bildungsstand haben (vgl. ebd.: 144). Weiterhin übernehmen Hebammen mehr psychosoziale Arbeit als Gynäkolog\*innen, sie nehmen sich mehr Zeit. Familienhebammen betreuen Frauen\* mit erhöhtem Bedarf und beraten darüber hinaus zu sozialen Themen (vgl. ebd.: 171). Die geburtshilflichen Akteur\*innen übernehmen häufig eine Lots\*innenfunktion. Sie unterstützen bei dem Zurechtfinden im medizinischen Versorgungssystem sowie in alltagspraktischen Bereichen und leisten damit sozialarbeiterische Tätigkeiten (vgl. ebd.: 174). Insbesondere bei Frauen\* mit starker psychischer Belastung und Traumatisierung vermitteln die befragten Fachkräfte an Psycholog\*innen oder Psychotherapeut\*innen und wahren damit die Grenze der eigenen Tätigkeit und Kompetenz (vgl. ebd.: 172). Hebammen erklären anstehende Untersuchungen sowie die Gründe der Untersuchungen um den Frauen\* Sicherheit zu geben. In akuten Situationen wie der Geburt oder eines Notfalls ist dies nicht immer möglich, die Fachkräfte versuchen aber die Abläufe zu einem späteren Zeitpunkt zu erläutern (vgl. ebd.: 177). Ihre Arbeitsweise charakterisieren sie als bedacht und sensibilisiert für Traumata (vgl. ebd.: 178). Kasper beschreibt abschließend zehn Handlungsempfehlungen für geburtshilfliche Akteur\*innen in der Arbeit mit geflüchteten Frauen\*. Diese sind Offenheit und Empathie, eine würdevolle und individualisierte Betreuung, Reflexion und Qualitätssicherung der Arbeit, individuelle Bedürfnisorientierung, Partizipation, Kontinuität, ausreichend Ressourcen, Herstellung von Kommunikation durch Überwindung von Sprachbarrieren, Netzwerkarbeit sowie stetige Fort- und Weiterbildung (vgl. ebd.: 215-218). Die sensibilisierte und bedürfnisorientierte sowie kontinuierliche Betreuung empfiehlt auch Mareike Kast in ihrem Artikel zu migrationsspezifischer Hebammenarbeit (vgl. Kast 2017: 136).

## **2.5 Zwischenfazit**

In den vorangegangenen Kapiteln wurde zunächst dargelegt, dass das Recht auf reproduktive Gesundheit - dass die Schwangerengesundheit mit einschließt - ein Menschenrecht ist. Daran anschließend wurde das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit, dass reproduktive Rechte mit sozialer Gerechtigkeit verbindet, als rahmengebende Perspektive der vorliegenden Arbeit expliziert. Es wurde aufgezeigt, dass es keine statistische Erfassung der Anzahl schwangerer geflüchteter Frauen\* in Deutschland gibt. Zudem wurde die Heterogenität geflüchteter Frauen\* sowie ihrer möglichen Fluchtgründe beschrieben. In den weiteren Kapiteln, die die allgemeine Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Deutschland außerhalb der Unterkünfte darstellen, zeigen sich zunächst rechtlich eingeschränkte Zugänge zu medizinischen Versorgungsleistungen in den ersten 18 Monaten oder bis zum positiven Ausgang des Asylverfahrens.

Schwangerschaft gilt als besonderer Schutzbedarf nach der EU-Aufnahmerichtlinie und muss hinsichtlich der Unterbringung berücksichtigt werden. Weiterhin wurde in den vorangegangenen Ausführungen ersichtlich, dass nur wenige Studien vorliegen, die die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* untersuchen. Die vorhandenen Studien lassen eine unzureichende Versorgung erkennen. Dies begründet sich unter anderem in den Faktoren, die laut der Studien mehrheitlich in Zusammenhang mit einer Unterversorgung stehen und auf geflüchtete Frauen\* in unterschiedlicher Nuancierung zutreffen: geringe Deutschkenntnisse, unsichere Aufenthaltssituationen sowie geringe Einkommen. Es wurde festgestellt, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung in Berlin mithilfe der elektronischen Gesundheitskarte organisiert ist. Verschiedene Zugangsbarrieren wie unter anderem die Sprachbarriere, Rassismen und Diskriminierungen, unzureichende Informationsvermittlung über Versorgungsangebote, der Fachkräftemangel oder fehlende Papiere können der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen jedoch entgegenstehen. Bezugnehmend zu der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in den Unterkünften in Berlin wurde in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, dass nur wenige Studien die Verschränkung von Schwangerschaft und Unterkünften untersuchen. Es wurde zunächst ein Überblick über die Unterbringung in Berlin gegeben sowie die Kritik an der Sammelunterbringung allgemein dargelegt. Hinsichtlich der Lebenssituation in den Unterkünften können verschiedene Belastungsfaktoren festgehalten werden. Diese sind unter anderem fehlende Privatsphäre, mangelnde Hygiene, lange Wege zu den Gemeinschaftsbädern und -küchen, teils gemischtgeschlechtliche Unterbringung oder Bäder sowie Vollversorgung durch Cateringdienste. Es wurde deutlich, dass für Frauen\* in Unterkünften ein erhöhtes Risiko besteht (sexualisierte) Gewalt zu erleben. Als zusätzliche Belastung zeigt sich der erschwerte Zugang zu eigenem Wohnraum aufgrund von Wohnungsmangel und Rassismen sowie Diskriminierungen. Darüber hinaus wurde die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* durch die Professionen der Sozialarbeiter\*innen und Hebammen beleuchtet. Bezugnehmend zu der Versorgung schwangerer Frauen\* in Unterkünften durch Sozialarbeiter\*innen, konnte keine spezifische Literatur ermittelt werden. Generell zeigt sich, dass Sozialarbeiter\*innen in Unterkünften für Asylsuchende in einem Spannungsfeld zwischen externen Anforderungen und dem eigenen Professionsmandat agieren. Die Versorgung geflüchteter Frauen\* durch Hebammen ist rechtlich festgelegt, es besteht ein Anspruch nach §4 AsylbLG. In Berlin existiert seit 2018 ein Hebammenprogramm des LAF, in Zuge dessen zehn freiberufliche Hebammen aufsuchend in Unterkünften in Berlin tätig sind. Zu der Umsetzung des Hebammenprogramms konnten keine Erkenntnisse recherchiert werden. Anknüpfend an den dargelegten theoretischen Rahmen, der die Leerstellen aufzeigt, die in Hinblick auf die Erkenntnisse zu der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in

Unterkünften in Berlin bestehen, soll die vorliegende Masterarbeit eben jenes Feld untersuchen. Im nachfolgenden Kapitel 3.1 werden die Forschungsfragen innerhalb des Forschungsdesigns dargelegt und die methodische Herangehensweise ausführlich beschrieben. Darüber hinaus werden die Forschungsergebnisse in Kapitel 3.2 dargestellt und interpretiert.

## 3 Empirie

### 3.1 Forschungsdesign

#### 3.1.1 Fragestellungen und Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit umfasst, wie bereits expliziert, die Versorgung von schwangeren geflüchteten Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin<sup>13</sup> leben. In der Literatur wird deutlich, dass in Hinblick auf die Schwangerenversorgung von geflüchteten Frauen\* erhebliche Datenlücken vorliegen. Insbesondere zu der Versorgung von schwangeren Frauen\* in Unterkünften konnten nur wenige Untersuchungen ermittelt werden. Infolgedessen ist ein Einblick in die Versorgungssituation in den Unterkünften von Interesse und soll anhand folgender Forschungsfrage untersucht werden:

*Wie gestaltet sich die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben?*

Anknüpfend an die Literaturrecherche und die daraus hervorgehende Vorannahme, dass schwangere geflüchtete Frauen\* keine äquivalente Versorgung im Vergleich zu nicht-geflüchteten Frauen\* erhalten, soll in vorliegender Arbeit darüber hinaus folgende Forschungsfrage untersucht werden:

*Inwiefern finden Ungleichheiten in der Versorgung statt und wie lässt sich die Situation verbessern?*

#### 3.1.2 Methodischer Rahmen: Qualitative Interviewforschung

Für die methodische Annäherung an die Forschungsfragen wurde die qualitative Interviewforschung gewählt. Qualitative Interviewforschung möchte Sinnstrukturen oder subjektive Perspektiven rekonstruieren und Phänomene verstehen (vgl. Helfferich 2011: 21), im Gegensatz zur quantitativen Forschung, die durch standardisierte Verfahren theoretische Vorannahmen auf ihre Häufigkeit und darüberhinausgehende statistische Merkmale überprüft (vgl. Kruse 2015: 45). Qualitativer Sozialforschung liegt eine „dynamisch-offene[ ], iterativ-zyklische[ ]“ (ebd.: 46) Erkenntnislogik zu Grunde. Zwei

---

<sup>13</sup> Aufgrund der Kürze einer Masterarbeit beschränkt sich die Untersuchung, wie bereits in der Einleitung dargelegt, auf das Land Berlin.

Grundsätze, die mit qualitativer Forschung einhergehen, sind Offenheit und Kommunikation (vgl. ebd.: 40/Helfferich 2011: 114). Offenheit meint hier zum einen, dass das Forschungsthema die Gestaltung des Forschungsdesigns und somit die Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode konstituiert. Zum anderen inkludiert es die Notwendigkeit der Forschenden ihr theoretisches Vorwissen zu prüfen und zu reflektieren, um so offen wie realisierbar, die subjektiven Schwerpunktsetzungen der\*des Interviewpartner\*in wahrzunehmen (vgl. Kruse 2015: 41). Das Prinzip der Kommunikation bedeutet, dass die Interviewsituation selbst eine umfassende kommunikative Situation darstellt (vgl. Kruse 2015: 43). Sowohl der\*die Interviewpartner\*in als auch die interviewende Person gestalten dieses Kommunikationssetting und damit auch das Datenmaterial, anhand ihrer Perspektiven. Anstatt die beeinflussenden Faktoren durch Interviewte und Interviewende auf die Interviewsituation also exkludieren zu wollen, möchte qualitative Forschung eben jene sozialen und kommunikativen Wirkungen bei der Erhebung sowie bei der Auswertung methodisch reflektieren (vgl. Helfferich 2011: 80).

Für die Annäherung an die oben dargestellten Forschungsfragen wurde die qualitative Interviewforschung ausgewählt, da das Verstehen und Explorieren des Forschungsfeldes - die Frage wie sich die Versorgungsstrukturen gestalten - für die vorliegende Arbeit von Interesse ist. Für die Beantwortung der Fragen danach, inwiefern Ungleichheiten stattfinden und welche Verbesserungsvorschläge sich ergeben, ist die qualitative Herangehensweise aus Perspektive der Forscherin aufgrund der Offenheit sowie der Reflexion des eigenen Vorwissens ebenfalls geeignet. Die Logik der Forscherin und ihre theoretischen Vorüberlegungen sollen weitestgehend zurückgestellt bzw. reflektiert werden, um eine größtmögliche Offenheit zur Erkenntnisgewinnung zu gewährleisten. Nicht von Interesse ist hingegen das Abfragen von Hypothesen der Forscherin sowie die Analyse von Häufigkeitsverteilungen oder statistischen Zusammenhängen.

### **3.1.3 Erhebungsinstrument: Expert\*inneninterviews**

Für die Untersuchung der Forschungsfragen wurden sechs leitfadengestützte teilstrukturierte Expert\*inneninterviews geführt. Interviewt wurden drei Hebammen sowie drei Sozialarbeiterinnen, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin arbeiten.

An dieser Stelle soll die Methode des Expert\*inneninterviews vorgestellt und anschließend die Auswahl der Methode begründet werden. Bei dem Expert\*inneninterview handelt es sich nicht um eine individuelle Interviewart, sondern um eine Form des Leitfadeninterviews. Charakteristisch ist dahingehend weniger die Gestaltung des Interviews,

sondern vornehmlich die zu interviewenden Personen (vgl. Kruse 2015: 166). Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz beschreiben, dass es „Das Experteninterview“ (Bogner et al. 2014: 3) nicht gibt. In der Methodenliteratur wird deutlich, dass es hinsichtlich der Frage, wer als Expert\*in gilt, unterschiedliche Auffassungen und Definitionsansätze gibt. Michael Meuser und Ulrike Nagel definieren Expert\*innen als Personen mit Sonderwissen, das über einen bestimmten Zugang generiert wird (vgl. Meuser & Nagel 2009: 468). Dieses Sonderwissen ist „sozial institutionalisiert und an einen spezifischen Funktionskontext gebunden“ (ebd.). Hierbei ist die\*der Expert\*in nicht als ganze Person von Interesse, sondern gilt als Repräsentant\*in einer spezifischen Gruppe (vgl. ebd.: 469). Meuser und Nagel grenzen den Begriff klar von einer umfassenderen Definition der „Experten für das eigene Leben“ (ebd.: 468) ab. Bogner et al. beschreiben, dass der Expert\*innenbegriff sich unter anderem über die Zuschreibung der Forschenden anhand ihres Erkenntnisinteresses definiert. Gleichzeitig reicht die Ansprache als Expert\*in durch die Forschenden nicht aus, sie geht ebenfalls einher mit der gesellschaftlichen Übereinkunft, dass eine Person im Allgemeinen als Expert\*in betrachtet wird (vgl. Bogner et al. 2014: 11). Bogner et al. beschreiben weiter, dass Expert\*innen Einfluss darauf haben, „aus welcher Perspektive und mithilfe welcher Begrifflichkeiten in der Gesellschaft über bestimmte Probleme nachgedacht wird. Genau diese Praxisrelevanz macht die Experten für viele empirische Forschungsprojekte und Forschungsfragen interessant.“ (ebd.: 15). Die Autor\*innen positionieren Expert\*inneninterviews nahe konstruktivistischer Haltungen zu der Beziehung von Wissen und sozialer Realität, da die Einordnungen und Lesarten der Aussagen der Expert\*innen von der Perspektive der\*des Interpret\*in abhängig ist (vgl. ebd.: 6). In der Literatur finden sich verschiedene Formen von Expert\*inneninterviews. Bogner et al. differenzieren zwischen explorativen sowie fundierenden Interviews, durch die die erhobenen Daten jeweils als Sachinformationen oder als Deutungen interpretiert werden können (vgl. ebd.: 22). Explorative Expert\*inneninterviews sind vornehmlich offen gestaltet und dienen zu einer Hervorbringung von Hypothesen oder der Gewinnung eines Überblicks im Forschungsfeld (vgl. ebd.: 23f.). Fundierende Interviews sind dahingehend systematisierend oder theoriegenerierend, hier steht das Expert\*inneninterview im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens (vgl. ebd. 22f.). Systematisierende Expert\*inneninterviews wollen umfangreiche Sachinformationen der Expert\*innen erheben. Hierbei handelt es sich um Wissensbestände, die den Expert\*innen zugänglich sind. Die Interviewgestaltung erfolgt mithilfe von vorstrukturierten Leitfäden, für die Auswertung eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. ebd.: 24f.). Dahingehend beabsichtigt das theoriegenerierende Expert\*inneninterview Deutungswissen der Interviewpartner\*innen zu erheben, es ist offener gestaltet und

interessiert an latentem Wissensbeständen. Zur Auswertung des Materials eignet sich die Interpretation und Rekonstruktion anhand von Kodierverfahren (vgl. ebd.: 25).

In diesem Forschungsvorhaben erfolgte die Wahl der Erhebungsmethode aufgrund verschiedener Faktoren. Zunächst liegt das Erkenntnisinteresse in den Versorgungsstrukturen sowie ungleichen Zugängen oder Behandlungen und Verbesserungsvorschlägen für die Situation in den Unterkünften in Berlin, weshalb die Entscheidung, Akteur\*innen in den Unterkünften zu interviewen, naheliegt. Diese besitzen aufgrund ihrer Präsenz vor Ort vermutlich die umfangreichsten Einblicke in das Forschungsfeld. Vor der Auswahl der Fachkräfte als Interviewpartner\*innen wurde ebenfalls überlegt, schwangere geflüchtete Frauen\* selbst zu befragen. Die Fragestellungen und die Leitfadenskonstruktion wären entsprechend an die Betroffenenperspektive angepasst worden. Da aber für die vorliegende Arbeit im Besonderen die strukturelle Ebene der Versorgung von Interesse ist und die Fachkräfte durch ihre Position einen Überblick über die Versorgungslandschaft in Berlin mitbringen, wurde sich letztendlich für die Befragung von Fachkräften entschieden. Hier wurde zunächst überlegt, zwei Sozialarbeiter\*innen, zwei Hebammen und zwei Personen aus migrantischen Selbstorganisationen, die unter anderem Beratungsarbeit (in Unterkünften) zu reproduktiver Gesundheit machen, zu interviewen. Die Perspektive von Personen aus migrantischen Selbstorganisationen, die ggf. selbst als (schwangers) geflüchtete Frauen\* in einer Unterkunft in Berlin gelebt haben und somit über doppelte Wissensbestände aus eigener Erfahrung sowie aus beratender struktureller Erfahrung verfügen, sollte die Betroffenenperspektive als wichtige Wissensquelle inkludieren. Die angefragten Organisationen haben sich nicht zurückgemeldet und konnten letztlich nicht interviewt werden. Die Auswahl von Sozialarbeiter\*innen und Hebammen als zu interviewende Fachkräfte begründet sich wie bereits in Kapitel 2.4.2 beschrieben. In Anlehnung an Meuser und Nagel sowie Bogner, Littig und Menz können Sozialarbeiter\*innen und Hebammen folgendermaßen als Expert\*innen definiert werden: zunächst verfügen sie aufgrund ihrer Tätigkeit im Feld über Sonderwissen und sind nicht als Privatperson von Interesse, sondern als Repräsentant\*in ihrer Berufsgruppe. Die Auswahl als Expert\*in generiert sich anhand des Erkenntnisinteresses der Forscherin und wird ergänzt durch die Annahme, dass die Fachkräfte auch im gesellschaftlichen Konsens als Expert\*innen betrachtet würden (vgl. Meuser & Nagel 2009: 468f./Bogner et al. 2014: 11). Da die Expert\*inneninterviews im Forschungsdesign die zentrale Stellung einnehmen, handelt es sich um fundierende Interviews. Für die Annäherung an die Forschungsfragen wurden also systematisierende Expert\*inneninterviews geführt, um umfangreiche Informationen zu erheben, die aufgrund der bestehenden Forschungslücken von

Interesse sind. Die Interviews wurden mithilfe eines teilstrukturierten Leitfadens geführt, dessen Entwicklung im Folgenden genauer beschrieben wird.

### 3.1.4 Leitfadenkonstruktion

Qualitative Expert\*inneninterviews gestalten sich teilstrukturiert und mithilfe von zuvor ausgearbeiteten Leitfäden. Der Leitfaden wird zur inhaltlichen und methodischen Planung der Interviewdurchführung sowie der Orientierung während der Erhebungssituation genutzt (vgl. Bogner et al. 2014: 27f.). In qualitativen Erhebungen wird der Leitfaden flexibel gehandhabt und kann iterativ-zyklisch angepasst werden, wenn festgestellt wird, dass einige Fragen unpassend oder bereits beantwortet sind oder Fragen dazukommen, die vorher nicht bedacht wurden (vgl. ebd.: 30). Die Reihenfolge sowie die Formulierungen der Fragen können sich in den konkreten Interviewsituationen unterscheiden und sollten abhängig von der Interaktion und dem Gesprächsverlauf durch die\*den Interviewer\*in angepasst werden (vgl. ebd.: 28f.). Zur tatsächlichen Konstruktion des Leitfadens wurde sich an Cornelia Helfferich (2011) orientiert, die sehr ausführlich die Entwicklung eines qualitativen Leitfadens beschreibt (vgl. Helfferich 2011: 178-189).<sup>14</sup> Hierfür wurde das sogenannte SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) angewandt, das die Reflexion der eigenen theoretischen Vorkenntnisse inkludiert. Zunächst wurden alle Fragen festgehalten, die im Rahmen des Forschungsthemas relevant sind (vgl. ebd.: 182). Anschließend wurden die vorliegenden Fragen auf die Geeignetheit für den Leitfaden überprüft. Hierzu wurden Faktenfragen gestrichen und es wurde geprüft, ob die Fragen offene Antworten produzieren können. Des Weiteren wurde kontrolliert, ob die Fragen bereits vorhandenes Wissen verifizieren sollen oder ob die Fragen auch Überraschungen zulassen können. Darüber hinaus wurde überprüft, ob die Fragen die Beantwortung der theoretischen Forschungsfragen erwarten und damit keine Interviewfragen mehr darstellen (vgl. ebd.: 182ff.). Die Fragen wurden auf ihre Formulierungen hin überprüft und ggf. so umformuliert, dass die Stimuli folgenden Grundregeln entsprechen: keine geschlossenen Fragen, keine direkten, suggestiven Fragen, keine wertenden Fragen, keine Erwartungshaltung, keine Fragen, die Scham- oder Schuldgefühle auslösen,

---

<sup>14</sup> Obgleich Cornelia Helfferich schreibt, dass das von ihr beschriebene Verfahren zur Konstruktion von teilnarrativen Interviewleitfäden je nach Forschungsschwerpunkt für Expert\*inneninterviews nicht geeignet ist (vgl. Helfferich 2011: 179) und sich im vorliegenden Forschungsdesign für das systematisierende Expert\*inneninterview entschieden wurde, um Wissenslücken abzubauen, wurde sich für Helfferichs Verfahren zur Leitfadententwicklung entschieden. Dies begründe ich unter Bezugnahme auf das Prinzip der Offenheit qualitativer Interviewforschung und der Annahme, dass mithilfe offener Erzählaufforderungen als einleitende Stimuli, die Relevanzsetzungen der Interviewpartner\*innen mehr Raum erhalten und die Möglichkeit von Themen oder Schwerpunkten überrascht zu werden und neue Erkenntnisse zu gewinnen, erhöht wird (vgl. Helfferich 2011: 114ff., 185/Kruse 2015: 212f.).

so wenig wie möglich präsuppositive Fragen, keine uneindeutigen Fragen, keine Mehrfachfragen und einfache Formulierungen (vgl. Kruse 2015: 215ff.). Im dritten Schritt wurden die übrigen Fragen in vier Themenblöcke sortiert:

- *Versorgung*
- *Lebenssituation in der Unterkunft*
- *Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen*
- *Perspektive/Erleben der Frauen\**

(vgl. Helfferich 2011: 185). Im vierten und letzten Schritt wurde der Leitfaden in eine handhabbare Tabellenform gebracht und für jeden Block eine offene Erzählaufforderung formuliert, die sich in der ersten Spalte befindet. Die den Themenblöcken untergeordneten Fragen wurden in der zweiten Spalte als Memo in Form von Stichpunkten festgehalten und in der dritten Spalte als konkrete Fragen formuliert, damit die offene Formulierung während der Interviewsituation leichter fällt, falls die Interviewpartner\*innen die Themen nicht von selbst ansprechen. In der vierten Spalte befinden sich Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen, die zum Weitererzählen anregen und Interesse verdeutlichen sollen (vgl. ebd.: 185ff.). Zu Beginn des Interviews wird den Themenblöcken die Frage „*Könnten Sie sich und Ihre Arbeit zum Einstieg kurz vorstellen?*“ vorangestellt. Nach Beendigung der Themenblöcke enthält der Leitfaden die Abschlussfragen: „*Was würden Sie sich bezüglich der Versorgung wünschen?*“ und „*Was fällt Ihnen noch ein, worüber wir noch nicht gesprochen haben, was möchten Sie noch erzählen?*“. Dies bietet sich an, um den Abschluss des Interviews zu eröffnen und der interviewten Person noch einmal Raum für eigene Relevanzsetzungen zu geben (vgl. ebd.: 181). Der Großteil der Fragen und Themen ordnet sich dem ersten Block zum Thema Versorgung unter. Dies begründet sich durch das schwerpunktmäßige Interesse durch die erste Forschungsfrage. Das Erkenntnisinteresse liegt hierbei zunächst auf der Gewinnung von Informationen zu den Versorgungsstrukturen, Zugängen zum Gesundheitssystem sowie Zugangsbarrieren aufgrund der vorliegenden Forschungslücken. Der zweite Block beinhaltet die Lebenssituation in den Unterkünften, die in der Analyse der Versorgungssituation von schwangeren Frauen\* in Unterkünften ebenfalls eine hohe Relevanz haben. Der dritte Block fragt nach Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen in den Versorgungsstrukturen und begründet sich in der Forschungsfrage nach Ungleichheitsstrukturen. Der vierte Block interessiert sich für Wünsche und Bedürfnisse der schwangeren Frauen\* selbst. Dies ist aus Perspektive der Fachkräfte nicht hinreichend beantwortbar. Da davon ausgegangen wird, dass die Frauen\* den Fachkräften ggf. mitteilen, was sie sich wünschen, wird aufgrund des Interesses an der Analyse der Verbesserungsmöglichkeiten der Situation dennoch danach gefragt. Zur Nachvollziehbarkeit befindet sich der Leitfaden im Anhang (A1). Die Entstehung des Leitfadens erfolgte prozessual,

sodass der Leitfaden bei Bedarf angepasst wurde. Nachfolgend wird nun der Feldzugang sowie das qualitative Sampling beschrieben.

### **3.1.5 Feldzugang und Sampling**

Das qualitative Sampling hat natürlicherweise Einfluss auf die Aussagefähigkeit der analysierten Daten sowie auf deren Abstrahierung im Sinne einer Reichweite der Erkenntnisse (vgl. Kruse 2015: 238). Das Ziel qualitativer Sozialforschung ist im Gegensatz zu quantitativen Studien nicht die statistische Repräsentativität, sondern die qualitative Repräsentation. Das Sample muss dabei die „*Heterogenität des Untersuchungsfeldes*“ (ebd.: 241) widerspiegeln (vgl. ebd.: 241).

Zur Bestimmung der Stichprobe und zur Beurteilung der Repräsentation soll zunächst das thematische Interesse definiert werden (vgl. Helfferich 2011: 173). Für die Erhebung des Datenmaterials wurde, wie bereits beschrieben, überlegt zwei Sozialarbeiter\*innen und zwei Hebammen, die in Unterkünften arbeiten sowie zwei Personen aus migrantischen Selbstorganisationen, die ebenfalls teilweise Beratungsarbeit in Unterkünften machen, zu interviewen. Hier ist die Lokalisation in den Unterkunftsstrukturen vor Ort sowie die eigene Erfahrung der Personen aus den migrantischen Organisationen und das damit einhergehende Sonderwissen ausschlaggebend. Die Akquise der Interviewpartner\*innen beschränkte sich aufgrund des eingeschränkten Zeitumfangs der Masterarbeit auf sechs Interviewpartner\*innen im Land Berlin. Folgend soll nun der Feldzugang beschrieben werden.

Der Feldzugang gestaltete sich via E-Mail mithilfe eines Anschreibens, für das sich an den Prinzipien der Erstkontaktaufnahme nach Kruse orientiert wurde (vgl. Kruse 2015: 254-258). Im Rahmen der Recherche wurden zwei migrantische Selbstorganisationen ermittelt, die unter anderem (ehrenamtliche) Beratungsarbeit in Unterkünften anbieten. Beide Organisationen wurden angeschrieben und haben sich, wie bereits beschrieben, nicht zurückgemeldet. Aufgrund dessen, dass die Akquise der Sozialarbeiter\*innen und Hebammen erfolgreich war, setzt sich das Sample lediglich aus Personen dieser Berufsgruppen zusammen. Da der Personenkreis der Hebammen, die auf o.g. Kriterien zutreffen, sehr klein ist, kann die nähere Akquise zur Gewährleistung der Anonymität nicht beschrieben werden. Um Sozialarbeiter\*innen zu erreichen, die in Unterkünften arbeiten, wurde zum einen ein Netzwerk-Verteiler von Akteur\*innen aus Unterkünften im Bezirk Steglitz-Zehlendorf genutzt, zu dem über die einjährige Arbeit der Forscherin in der Asylverfahrensberatung bei Xenion e.V. weiterhin Zugang bestand. Eine\*r der Akteur\*innen

meldete sich zurück, dass sie\*er eine Bekannte fragen könne, die in einer Unterkunft arbeitet und sich wieder bei mir meldet. Über die\*den Akteur\*in oder andere Beteiligte des Netzwerks in Steglitz-Zehlendorf ist zuletzt jedoch kein Kontakt zu einer\*m Sozialarbeiter\*in entstanden. Weiterhin hat eine ehemalige Kollegin von Xenion eine Freundin, die in einer Unterkunft arbeitet, angefragt. Auch hierüber ist jedoch letztlich kein Kontakt für ein Interview entstanden. Gleichzeitig wurden 24 Unterkünfte in Berlin angefragt, jeweils zwei oder drei Unterkünfte pro Bezirk mit Ausnahme von Steglitz-Zehlendorf, da die dortigen Unterkünfte bereits über den Netzwerk-Verteiler angefragt wurden. Die Anfragen an die Unterkünfte wurden per E-Mail je nach Kontaktdaten im Internet an die allgemeine Adresse der Unterkunft oder die Adresse der Leitung bzw. stellvertretenden Leitung gesendet, mit Bitte um Weiterleitung an den Sozialdienst. Für die Erlaubnis zur Durchführung von Interviews mit Mitarbeiter\*innen in Unterkünften wurde ich von der Pressestelle oder Einrichtungsleitung von fünf Unterkünften nach meiner Anfrage darauf hingewiesen, dass ich zunächst ein Referenzschreiben der Pressestelle des LAF bräuchte. Hierzu kontaktierte ich die Pressereferentin des LAF, Monika Hebbinghaus, die für die Ausstellung des Referenzschreibens wiederum ein Referenzschreiben der betreuenden Dozentin, ein Abstract über das Forschungsvorhaben sowie ein kurzes Telefonat voraussetzte. Nachdem Esther Lehnert mir ein Referenzschreiben zusendete und ich dieses sowie ein Abstract an Monika Hebbinghaus weiterleitete, vereinbarten wir ein Telefonat. Dieses gestaltete sich aufgrund der hohen Arbeitsauslastung im LAF durch den russischen Angriffskrieg auf die Ukraine sehr kurz und Monika Hebbinghaus sendete mir am gleichen Tag ein Referenzschreiben zu, mit Bitte um ein ausführlicheres Telefonat zu einem anderen Zeitpunkt, um das Hebammenprogramm vorzustellen.<sup>15</sup> Das Referenzschreiben vom LAF sendete ich an die Unterkünfte, die sich bis dahin zurückgemeldet hatten, woraus sich zwei Interviewtermine ergaben. Da sich für ein drittes Interview mit einer\*m Sozialarbeiter\*in niemand fand, sollten zwei Monate später erneut zwölf Unterkünfte (eine pro Bezirk) angeschrieben werden. Nach der Hälfte der versendeten E-Mails ergab sich eine Zusage für ein Interview und die Interviewakquise wurde beendet. Zusammenfassend wurden insgesamt 30 Unterkünfte angeschrieben, von denen sich 22 nicht zurückmeldeten, zwei absagten, drei rückmeldeten, dass es tendenziell mit einem Referenzschreiben möglich wäre, aber dann kein Interview zustande kam und drei Unterkünfte zusagten.

---

<sup>15</sup> Das zweite Telefonat mit Monika Hebbinghaus fand im Januar 2023 statt, es wurde ein ausführliches Forschungsmemo erstellt. Aufgrund mangelnder Kapazitäten wird das zweite Telefonat nicht mehr in die Bearbeitung der Masterarbeit miteingeschlossen. Lediglich die Hebammen Zahlen für 2023, deren Zusendung per E-Mail Monika Hebbinghaus während des Telefonats anbot, wurden anschließend in die vorliegende Arbeit integriert.

Das Sample der sechs Interviewteilernehmerinnen setzt sich zusammen aus drei Hebammen, die die Hebammenausbildung abgeschlossen haben und drei Sozialarbeiterinnen, die das Grundstudium Soziale Arbeit absolviert haben. Alle drei Hebammen bieten freiberuflich berlinweite Hebammenbetreuung an. Die Hebammen arbeiten sowohl in EAE als auch in GU mit Gemeinschaftsbädern und -küchen sowie Apartmentstruktur. Eine der Sozialarbeiterinnen arbeitet seit circa einem Jahr in einer Erstaufnahmeeinrichtung und war vorher über zehn Jahre in einem anderen Bereich der Sozialen Arbeit tätig. Eine Sozialarbeiterin arbeitet seit einem Jahr in der GU, hat aber bereits mehrjährige Arbeits Erfahrung in einer anderen Unterkunft. Eine der Sozialarbeiterinnen, ebenfalls in einer GU, bezeichnet sich als Berufseinsteigerin. Sie arbeitet Teilzeit und studiert gleichzeitig im Master. Alle der Sozialarbeiterinnen sind in den jeweiligen Unterkünften zuständig für Schwangere und Neugeborene und arbeiten eng zusammen mit den aufsuchenden Hebammen.

Zur Erfüllung des Kriteriums der qualitativen Repräsentation, soll das Sample maximal verschiedene sowie charakteristische Fälle beinhalten (vgl. Merrens 2000: 291f. zitiert nach Helfferich 2011: 173f.). Da das Sample (N=6) sehr klein ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass es die Heterogenität des Forschungsfeldes widerspiegelt. Die Interviewteilernehmerinnen sind alle weiblich gelesen, *weiß*, keine ist geflüchtet oder hat selbst in einer Unterkunft gelebt. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausbildungen (Hebamme/Soziale Arbeit), teilweise hinsichtlich weiterführender Abschlüsse, in ihrem Alter, in ihrer Berufserfahrung und in ihren Sprachkenntnissen. Die interviewten Fachkräfte arbeiten insgesamt in mindestens sechs verschiedenen Bezirken in Berlin. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Arbeitgeber\*innen und arbeiten entweder auf Honorarbasis oder als Angestellte. Die Interviewteilernehmerinnen arbeiten in einer EAE, einer GU oder in beiden Unterbringungsformen. Zur Akquirierung von mehr Interviewteilernehmer\*innen zur Herstellung einer größeren Varianz des Samples fehlte im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit die Zeit. Da die Akquise genau sechs positive Rückmeldungen ergab, bestand ebenfalls keine Wahlmöglichkeit, um den Aufbau des Samples zu verändern.

Nach der Beschreibung des Samples kann festgestellt werden, dass die Aussagekraft der Interviewteilernehmerinnen limitiert ist (vgl. Helfferich 2011: 174). Die Studie beschränkt sich auf Berlin, die Expertinnen haben keine Informationen zu allen Unterkünften in allen Bezirken und es fehlt die Perspektive von schwangeren geflüchteten Frauen\* selbst. Eine ausführlichere Methodenreflexion erfolgt in Kapitel 3.1.8.

### 3.1.6 Durchführung der Interviews

Die sechs Interviews wurden in einem Zeitraum von zweieinhalb Monaten geführt. Die Interviews mit den Sozialarbeiterinnen fanden vor Ort in der Unterkunft statt und die Interviews mit den Hebammen wurden in den Räumen ihrer jeweiligen Anstellung geführt. Aufgrund der Covid-19 Pandemie wurden entsprechende Schutzmaßnahmen wie Abstand halten, Lüften und das Tragen von Masken beachtet. Vier der sechs Interviews dauerten circa eineinhalb Stunden, ein Interview dauerte 1:44h und ein Interview 1:08h. Da die Hebammen sich auf die Akquise zuerst zurückmeldeten und es keine Verzögerung durch ein benötigtes Referenzschreiben, wie bei den Sozialarbeiterinnen gab, wurden zuerst die Hebammen und anschließend die Sozialarbeiterinnen interviewt. Zu Beginn der Interviews wurde das Vorhaben der Masterarbeit sowie der Interviewablauf kurz vorgestellt. Es wurde erneut, wie bereits in dem Anschreiben zur Interviewakquise, die Anonymität mündlich zugesichert. Des Weiteren wurde nach dem Interview eine Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten zu Forschungszwecken sowie ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt und durch die Interviewpartnerinnen unterschrieben. Damit wurde die ausschließliche Nutzung der erhobenen Daten für die wissenschaftliche Auswertung der Masterarbeit sowie die Anonymisierung der Daten schriftlich zugesichert. Ebenso wurde erklärt, dass die Interviews aufgezeichnet, transkribiert und für die Auswertung anonymisiert zitiert werden können. Weiterhin wurde die Freiwilligkeit der Einwilligung sowie die Möglichkeit des Widerrufs dargelegt. Die Interviews gestalteten sich unterschiedlich, die ersten drei Interviews mit den Hebammen verliefen etwas ruhiger und ohne viele Unterbrechungen. Die Interviews mit den Sozialarbeiterinnen in den Unterkünften vor Ort waren eingebettet in den Arbeitsalltag wodurch mehr Unterbrechungen - bei einem Interview auch ein Notfall - vorkamen. Bis auf ein Interview mit eher unruhiger und angespannter Atmosphäre wurde die Stimmung durch die Forscherin durchweg offen, vertraut und entspannt wahrgenommen. Bis auf eine Interviewpartnerin erzählten die Interviewten sehr offen und viel von sich aus und es musste wenig nachgefragt werden. Alle Interviewten wirkten interessiert am Thema, dies schien bereits während der Akquise durch eine sehr bereitwillige Teilnahme an den Interviews erkenntlich zu werden. Zwei der Interviewpartnerinnen sagten, dass sie sich gerne auf das Interview vorbereitet hätten, eine der Interviewten erwähnte, dass ihr durch ihr Studium die Methodik der qualitativen Interviewführung bekannt ist. Eine der Interviewten erzählte, dass sie bereits an vielen Interviews zu vorliegendem Thema teilgenommen hat. Vier der sechs Interviewteilerinnen äußerten, teils direkt zu Beginn, dass sie die fertige Masterarbeit gerne lesen würden, woraufhin ich ihnen die Zusendung versicherte. Eine Interviewpartnerin forderte im Laufe des Interviews eine

erneute Zusicherung der Anonymisierung ihrer personenbezogenen Daten, bevor sie zu einem bestimmten Thema erzählte. Eine Interviewpartnerin erzählte nach Beendigung der Aufnahme nachträglich von belastenden Geschichten von Frauen\*, die sie im Rahmen der Betreuung erzählt bekommen hat und eine Interviewpartnerin führte mich nach der Beendigung der Interviewaufzeichnung durch die Räumlichkeiten der Unterkunft. Für jedes Interview wurde ein Postskript als Forschungsmemo angefertigt. Nach Abschluss der Durchführung der Interviews wurden die Audioaufzeichnungen transkribiert und ausgewertet. Die Beschreibung der Auswertung erfolgt im nächsten Kapitel.

### **3.1.7 Auswertung der Interviews – die qualitative Inhaltsanalyse**

Für die Auswertung systematisierender Expert\*inneninterviews zur Generierung von Informationen eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Bogner et al. 2014: 72). Entsprechend wurde zur Auswertung des erhobenen Datenmaterials im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewählt. Mayring beschreibt als zentrales Ziel der Inhaltsanalyse „die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von *Kommunikation* stammt“ (Mayring 2015: 11). Obgleich es Uneinigigkeiten hinsichtlich einer einheitlichen Definition qualitativer Inhaltsanalyse gibt, fasst Mayring die Inhaltsanalyse folgendermaßen zusammen: die Inhaltsanalyse möchte protokollierte Kommunikation analysieren, dies erfolgt systematisch, regelgeleitet sowie theoriegeleitet und hat die Absicht, Schlussfolgerungen zu spezifischen Zusammenhängen der Kommunikation abzuleiten (vgl. ebd.: 11ff.). Die Analyse erfolgt angepasst an das Material, anhand eines festen Ablaufmodells, wobei der Entstehungskontext des Materials immer miteinbezogen wird. Inhärenter Bestandteil der Analyse ist die Arbeit mit einem Kategoriensystem. Dieses soll, neben dem festen Ablaufmodell, ebenfalls zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit beitragen (vgl. ebd.: 50f.). Im Folgenden soll nun die konkrete Vorgehensweise der Analyse des Textmaterials beschrieben werden.

Zu Beginn der Analyse muss das Ausgangsmaterial festgelegt werden, mit welchem im weiteren Verlauf gearbeitet werden soll (vgl. ebd.: 54f.). Dies umfasst im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit sechs Interviews, die mit drei Hebammen sowie drei Sozialarbeiterinnen geführt wurden. Die explizite Beschreibung des Entstehungskontextes erfolgte bereits in Kapitel 3.1.6. Weiterhin sollen die formalen Charakteristika des Materials beschrieben werden (vgl. ebd.: 55). Das zu analysierende Material besteht aus den sechs Interviewtranskripten, die mithilfe der Software MAXQDA transkribiert wurden. Aufgrund der Computerunterstützung wurden die Transkriptionsregeln zur

computergestützten Auswertung von Udo Kuckartz angewendet (vgl. Kuckartz 2018: 167f.) (siehe Anhang A2).

Des Weiteren bedarf es der Bestimmung der Richtung der Analyse sowie einer theoriegeleiteten Fragestellung (vgl. Mayring 2015: 58ff.). Die Inhaltsanalyse soll anhand der bereits beschriebenen Forschungsfragen erfolgen, deren theoretische Fundierung in Kapitel 2 dargelegt wurde. Entsprechend ist die Richtung der Analyse, durch das Interviewmaterial die strukturelle Versorgungssituation in den Unterkünften in Berlin zu beschreiben, potenzielle Ungleichheiten zu analysieren sowie Verbesserungsansätze herauszuarbeiten.

Mayring unterscheidet zwischen drei Interpretationsformen, die wiederum kleinteiliger differenziert werden und acht Analyseformen ergeben: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung, differenziert in Zusammenfassung, induktive Kategorienbildung, enge und weite Kontextanalyse sowie die formale, inhaltliche, typisierende und die skalierende Strukturierung (vgl. ebd.: 67f.). Für die vorliegende Masterarbeit wurde - auf Grundlage der Fragestellungen - die inhaltliche Strukturierung gewählt, da diese zum Ziel hat Daten zu präzisen Inhalten und Gegenständen, die von Interesse sind, herauszuarbeiten und zusammenzufassen (vgl. ebd.: 99, 103). Darüber hinaus wurde als Ergänzung zusätzlich die induktive Kategorienbildung angewendet, um Kategorien, die im Rahmen der Deduktion vergessen, ausgelassen oder nicht mitgedacht wurden und sich aus den Relevanzsetzungen der Interviewpartner\*innen ergeben, unmittelbar aus dem Material herauszuarbeiten und mit in die Analyse einbeziehen zu können (vgl. ebd.: 85ff.). Zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit wurde auf Basis der Entscheidung für die beschriebenen Analysetechniken ein konkretes Ablaufmodell festgelegt, anhand dessen die Analyse durchgeführt wurde (vgl. ebd.: 61f.). Dieses soll im Folgenden dargestellt werden.

Zunächst wurden explizite Analyseeinheiten festgelegt, um die Genauigkeit der Inhaltsanalyse zu optimieren. Die Kodiereinheit legt den kleinsten Textteil fest, der sich unter eine Kategorie einordnet. Die Kodiereinheit wurde im Rahmen der Analyse als ein Satz definiert. Die Kontexteinheit hingegen ist der größte Textteil, der einer Kategorie zugeordnet werden kann. Diese wurde definiert als so groß, wie für das Verstehen der Einheit notwendig. Die Auswertungseinheit beschreibt die Reihenfolge, in der die Textteile ausgewertet werden. Dies erfolgte in der Reihenfolge, in der die Interviews geführt wurden: zunächst die drei Interviews der Hebammen, dann die drei Interviews der Sozialarbeiterinnen (vgl. ebd.: 61).

Darüber hinaus wurden anhand des Interviewleitfadens sowie der Forschungsfragen deduktive Hauptkategorien und Unterkategorien gebildet, die in einem Kodierleitfaden festgehalten wurden (vgl. ebd.: 97f.). Für die Auswertung ergaben sich folgende fünf Hauptkategorien:

- *Versorgung*
- *Wohnsituation in den Unterkünften*
- *Rassismen und Diskriminierungen*
- *Bedürfnisse der Frauen\**
- *Verbesserungsansätze*

Für jede Kategorie und Unterkategorie wurde eine genaue Definition festgelegt, es wurden Ankerbeispiele bestimmt und Kodierregeln beschrieben, wenn Abgrenzungsschwierigkeiten bestanden (vgl. ebd.).

Anhand des ersten Interviews wurde der Kodierleitfaden mit den ausgewählten Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln auf seine Anwendbarkeit hin überprüft und angepasst. Der Probedurchgang sowie der anschließende Hauptmaterialdurchgang, der alle sechs Interviews inkludierte, wurde mithilfe von MAXQDA durchgeführt. In MAXQDA wurde ein Codesystem mit allen Haupt- sowie Unterkategorien erstellt, die verschiedenfarbig gekennzeichnet wurden. Die Textstellen, die sich den Kategorien zuordnen ließen, wurden entsprechend farblich markiert und der jeweiligen Kategorie oder Unterkategorie zugewiesen (vgl. ebd.: 97ff.).

Nachdem das Material hinsichtlich der deduktiven Kategorien gesichtet und eingeordnet wurde, erfolgte das induktive Vorgehen. Hierzu wurden aus dem Material, das sich nicht in die deduktiven Kategorien eingliedern ließ, induktive Kategorien gebildet, wenn dies in Hinblick auf die Richtung der Analyse sinnvoll erschien (vgl. ebd.: 85f.). Es ergaben sich folgende induktive Kategorien:

- *LAF*
- *Abschiebungen*
- *Menschenhandel*
- *Rassismus durch interviewte Fachkräfte*
- *Verhütung*

Mithilfe der induktiven Kategorien, für die in MAXQDA neue Codes erstellt wurden, wurde erneut das Gesamtmaterial durchgearbeitet und entsprechende Textstellen den induktiven Codes zugeordnet. Die induktiven Kategorien wurden in den Kodierleitfaden der deduktiven Kategorien integriert, wodurch sich eine neue Logik der Anordnung der

Themenfelder und Überschriften der Hauptkategorien ergab. Die Hauptkategorie *Rassismen und Diskriminierungen* wurde umbenannt in *Macht- und Gewaltverhältnisse* und um neue Unterkategorien erweitert. Der finale und ausführliche Kodierleitfaden inklusive der Unterkategorien befindet sich in Anhang A3.

Anschließend wurde das codierte Material für jede Kategorie, deduktiv wie induktiv, extrahiert und in einer Tabelle festgehalten (vgl. ebd.: 99). Dafür wurden die Zitate mit Benennung der Textstelle notiert und nachfolgend paraphrasiert (vgl. ebd.: 103f.). Entsprechend des Ablaufmodells der inhaltlichen Strukturierung wurden folglich die Paraphrasen nach dem Schema der Zusammenfassung (vgl. ebd.: 69-72) pro Kategorie gebündelt (vgl. ebd.: 103f.). Dies bedeutet, dass die Paraphrasen generalisiert und reduziert wurden. Abschließend wurden die Reduktionen auf ihre Repräsentationsfähigkeit des Ausgangsmaterials hin überprüft, indem sie mit diesem abgeglichen wurden (vgl. ebd.: 71f.). Im Laufe der Auswertung wurde ersichtlich, dass die Frage nach der Versorgungssituation ein sehr breites Themenfeld eröffnet. Aufgrund des begrenzten Umfangs einer Masterarbeit wurde der Schwerpunkt der Ergebnisdarstellung und -interpretation im nachfolgenden Kapitel auf die Lebenssituation in den Unterkünten sowie die Versorgung durch die Professionen Soziale Arbeit und Hebammen gelegt. Fokussiert wurden neben der Wohnsituation ebenfalls Ungleichheitsstrukturen in der Versorgung (auch außerhalb der Unterkünte) und Verbesserungsansätze. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgte hauptsächlich allein, wurde jedoch ergänzt durch die gemeinsame Auswertung mit Teilnehmer\*innen des Masterarbeitskolloquiums an der Alice Salomon Hochschule sowie einer privaten Forschungsgruppe.

### **3.1.8 Gütekriterien qualitativer Forschung und Methodenreflexion**

Zum Abschluss des Methodenkapitels sollen nun die Gütekriterien der qualitativen Forschung beleuchtet und die Erhebungs- und Auswertungsmethode sowie die Durchführung reflektiert werden.

Ein wesentliches Gütekriterium der qualitativen Sozialforschung ist die bereits beschriebene Intersubjektivität, also die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und ihres Entstehungsprozesses durch Andere. Diese kann nur durch die ausführliche Dokumentation und Erläuterung der gesamten Forschung gewährleistet werden (vgl. Kruse 2015: 55). In vorliegender Masterarbeit soll die detaillierte Beschreibung im vorangegangenen Methodenkapitel zur Erhebungs- sowie Auswertungsmethode zur Intersubjektivität beitragen. Weiterhin entspricht die Teilauswertung im Rahmen einer Analysegruppe jenem

Qualitätskriterium. Ein zusätzliches Gütekriterium ist die reflektierte Subjektivität und die damit einhergehende Reflexion und Kontrolle des methodischen Vorgehens (vgl. ebd.: 55f.). Das empirische Vorgehen der vorliegenden Masterarbeit erfolgte auf Grundlage wissenschaftlicher Methodenliteratur in einem iterativ-zyklischen Forschungsprozess und wurde mit der Erstgutachterin besprochen und stetig reflektiert. Insbesondere in Hinblick auf die Auswertung der Daten gilt als weiteres Qualitätsmerkmal die Konsistenzregel. Die Interpretation der Daten bedarf also einer Konsistenz durch das gesamte Material hinweg (vgl. ebd.: 56). Dies wird unterstützt durch die beschriebene Auswertung in der Analysegruppe, benannt als „*kollegiale Validierung*“ (ebd.: 57). Das Gütekriterium der qualitativen Repräsentation wird gewährleistet durch ein Sample, das die Heterogenität des Feldes widerspiegelt (vgl. ebd.). Wie bereits in Kapitel 3.1.5 beschrieben, ist dies im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur eingeschränkt der Fall. Die Interviewpartnerinnen unterscheiden sich zwar hinsichtlich einiger Merkmale, decken aber nicht alle Unterkünfte in Berlin ab. Ebenfalls beschränkt sich das Sample auf die Berufsgruppen der Sozialarbeiterinnen und Hebammen und kann damit nur eine Teilperspektive der beteiligten Akteur\*innen darstellen. Durch die eingeschränkten zeitlichen Ressourcen und limitierten Rückmeldungen gab es im Samplingprozess, wie bereits beschrieben, keine Wahlmöglichkeit, um eine größere Varianz herzustellen. In einem langfristiger angelegten Forschungsvorhaben wäre die Erweiterung um die Perspektive der schwangeren Frauen\* selbst von großem Interesse. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass bestimmte Aspekte im Rahmen der Erhebung oder Auswertung übersehen und nicht mitgedacht wurden, da die Interviewpartnerinnen ebenso wie die Forscherin, *weiß* und nicht geflüchtet sind. Darüber hinaus gilt es zu erinnern, dass empirische Sozialforschung immer aus subjektiver Perspektive der Forschenden heraus passiert (vgl. Kruse 2015: 54/Bogner et al. 2014: 6, 92ff.). Dies kann auch in Hinblick auf die Definition der Expert\*innen reflektiert werden. Die interviewten Expertinnen entsprechen zwar, wie weiter oben dargestellt, der methodischen Definition einer\*s Expert\*in. Dennoch liegt hier die subjektive Zuschreibung der Forscherin und das Erkenntnisinteresse zu Grunde. Fraglich ist, ob das Kriterium des gesellschaftlichen Konsenses bezüglich des Expert\*innenstatus wirklich herstellbar ist, da davon ausgegangen werden könnte, dass es hier unterschiedliche Sichtweisen gibt, denen wiederum eine bestimmte (politische) Haltung zugrunde liegt. Ebenso ist zu vermuten, dass sich mit einer differenten Expert\*innendefinition und bspw. der Entscheidung, Mitarbeiter\*innen des LAF oder andere bürokratische und politische Akteur\*innen zu interviewen, abweichende Ergebnisse ergeben hätten. Nicht endgültig beantwortbar ist die Frage, inwiefern das Wissen der Interviewpartnerinnen, um meine zurückliegende Anstellung bei Xenion e.V., Einfluss auf die Materialproduktion hatte und inwiefern die eventuelle Wahrnehmung als Co-Expertin (vgl.

Bogner et al. 2014: 52f./Kruse 2015: 181) die Interviewsituation geprägt hat. Retrospektiv wäre es ggf. interessant gewesen die Forschungsfragen etwas präziser zu fassen und einen Schwerpunkt (bspw. Soziale Arbeit/Professionalität im Arbeitsfeld Unterkunft/Versorgung durch Soziale Arbeit/etc.) zu setzen. Die Offenheit der Fragestellungen führte in der Konsequenz zu einer Masse an Datenmaterial, das für die Beantwortung der Forschungsfragen von Interesse ist. Dennoch bleibt der Umfang und die Offenheit der Forschungsfragen in den bestehenden Datenlücken der Literatur begründet. Im nachfolgenden Kapitel 3.2 werden die Ergebnisse der empirischen Studie dargestellt und interpretiert.

## 3.2 Forschungsergebnisse und Interpretation

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Studie dargestellt. Neben der deskriptiven Darstellung werden die Ergebnisse ebenfalls interpretiert, die Interpretation wird kenntlich gemacht. Nach Integration der induktiven Kategorien in die deduktiven Kategorien ergibt sich, wie bereits in Kapitel 3.1.7 erläutert, eine neue Logik der Darstellung der Themenfelder. Die Ergebnisse werden anhand der Kategorien, die sich den Fragestellungen zuordnen, aufgeführt. Die Haupt- sowie Unterkategorien werden im Fließtext hervorgehoben.

### Fragestellung I

*Wie gestaltet sich die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben?*

Das Themenfeld **Versorgung** umfasst viele verschiedene Aspekte. Wie bereits in Kapitel 3.1.7 expliziert, wird sich die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug zur ersten Forschungsfrage, auf die **Wohnsituation** in den Unterkünften sowie die Versorgung durch **Sozialarbeiter\*innen** und **Hebammen** fokussieren. Im ersten Unterkapitel wird die **Wohnsituation** in den Unterkünften als Teil der Versorgungssituation während der Schwangerschaft sowie nach der Entbindung dargestellt. Im zweiten Unterkapitel wird die Versorgung durch **Sozialarbeiter\*innen** und **Hebammen** dargestellt. Anschließend an die Kategorie **Hebammen**, soll infolge des Fokus auf die Versorgung in den Unterkünften das Thema **Wochenbett** beleuchtet werden, da dieser Aspekt der Versorgung in der Unterkunft stattfindet.

### 3.2.1 Die Wohnsituation in den Unterkünften

Die **Wohnsituation** in den Unterkünften wird durch die Fachkräfte unterschiedlich beschrieben. Die Unterbringung erfolgt in verschiedenen Gebäudestrukturen: ehemalige Hotels, Büroräume oder Kasernen, Neubauten mit integrierten Spielplätzen sowie Containerunterkünfte. Die Unterkünfte sind organisiert mit Vollverpflegung ohne eigene Küchen, Gemeinschaftsküchen und -bädern oder Apartmentstruktur mit eigener Küche und eigenen sanitären Anlagen. Teilweise haben auch Unterkünfte mit Gemeinschaftsbädern und -küchen einzelne Apartments integriert. Eine Hebamme beschreibt:

*„[...] also ich habe schon von ganz schlechten Sachen bis richtig was heißt richtig gut es ist immer noch kein Zuhause aber richtig gut menschlich erstmal vertretbare Unterkünfte gesehen, alles. Von Kakerlaken Räumen und Mäuselöcher bis hin zu diese Tempohäü Tempodromhäuser die so Container sind und manche sich davor einen kleinen Garten machen mit Blumen also ganz unterschiedliche [...]“ (H.2 P.100)*

Teilweise existieren keine Aufenthaltsräume ausgenommen der Mensa und einige Unterkünfte werden als „ganz furchtbare Unterkünfte, wo also wo Leute mehr Geld daraus schöpfen, dass sie Menschen einfach nur unterbringen“ (H.2 P.100) beschrieben. Die Fachkräfte beschreiben, dass es in den Unterkünften ohne Apartmentstruktur keine Ruhe und keine Privatsphäre gibt. Partiiell haben Familien keine zusammenhängenden Zimmer, was die Kinderaufsicht logistisch erschwert. Die Durchsetzung der Vorschriften und Regeln des **LAF** wird unterschiedlich streng gehandhabt. Eine Sozialarbeiterin berichtet von einem Beispiel:

*„was ich auch echt nicht so cool fand neulich gab es eine (.) Frau sie hat entbunden und ihr Mann lebt in einer anderen Unterkunft und sie hat schon drei andere Kinder (.) und sie hat vor der Geburt angefragt ob dann für die Zeit der Entbindung ihr Mann hier sein kann um auf die Kinder aufzupassen [Ja] weil er dort bei sich in der Unterkunft keinen (.) nicht genau Platz hat und irgendwie mit anderen Leuten noch zusammenlebt (..) und dann ging das nicht (.) unsere Unterkunftsleitung hat sich quer gestellt und hat uns das heißt die Familie musste dann sich dann irgendwie eine Unterkunft nehmen für viel Geld und (.) da konnte keine Ausnahme gemacht werden weil eben hier noch die Regelung gilt dass es keine Übernachtungen geben darf das ist eine Vorgabe des LAF (.) die irgendwie so (.) durchgezogen wird (.) genau ja“ (S.3 P.238-240)*

Eine Hebamme erzählt, dass Frauen\* sich nachbarschaftlich vernetzen und durch die Selbstorganisation von Kinderbetreuung und Kochen gegenseitig unterstützen. Durch die Unruhe und die beengten Wohnverhältnisse können Kinder oft nicht einschlafen und kommen dadurch zu spät zur Schule oder Kita. In einer Unterkunft gibt es kein flächendeckendes WLAN, sondern Internetcodes mit beschränkten Daten. Die Unterkunft hat zeitweise mit einem Belohnungssystem gearbeitet: waren die Gemeinschaftsbäder dreckig, konnten die Bewohner\*innen durch das Putzen der Toiletten zusätzliche Internetcodes erhalten. Eine Sozialarbeiterin berichtet, dass sie keine Beratung anbieten kann, wenn die Bäder trotz Reinigung durch den Reinigungsdienst so verschmutzt sind, dass sie sich darum kümmern muss.

Die Fachkräfte beschreiben spezifische Rahmenbedingungen der Unterkunft, die während einer Schwangerschaft besonders belastend sind. Zunächst werden die Gemeinschaftsbäder durch die Fachkräfte als Belastungsfaktor benannt. Diese sind teilweise gemischtgeschlechtlich und unhygienisch. Während einer Schwangerschaft, die mit häufigem Urinieren, Übelkeit und Erbrechen sowie Wochenfluss oder Blutungen einhergeht, ist das Teilen der Bäder ohne Privatsphäre mit ggf. langen Wegen über den Flur sowie unhygienischen Zuständen ein Problem. Eine Hebamme gibt den Frauen\* den Tipp, sich zumindest für das Erbrechen einen Eimer in das Zimmer zu stellen. Wenn die Küchen und Bäder nicht im Zimmer sind müssen Babys immer dorthin mitgenommen und getragen werden. Eine Hebamme berichtet von sehr schweren Türen, die Fahrstühle sind selten benutzbar. Weiterhin nennen die Fachkräfte Unterkünfte mit Vollverpflegung (meist die Erstaufnahmeeinrichtungen) als belastend für schwangere Frauen\*. Eine Hebamme beschreibt, dass Schwangere oft geruchsempfindlich sind und genau wissen, was sie essen wollen. Die selbstbestimmte Wahl des Essens ist durch das Catering nicht möglich, die Hebamme empfindet dies als unwürdig. Eine Sozialarbeiterin erzählt, dass sie beobachtet wie Kinder in der Unterkunft mit der Zeit an Gewicht verlieren, weil ihnen das Essen nicht schmeckt und sie entsprechend nicht oder nicht ausreichend essen. Ohne den Zugang zu einer Küche in EAE haben Eltern keine Möglichkeit die Flaschen ihrer Kinder auszukochen, was dazu führt, dass diese regelmäßig an einer Pilzinfektion im Mund erkranken. Eine Hebamme berichtet, dass sie die EAE kontinuierlich darauf hinweist. Manche Familien stellen sich deshalb einen Wasserkocher auf den Boden im Zimmer, was wiederum eine Unfallgefahr für Babys und Kleinkinder darstellt.

Es besteht die Möglichkeit, beim **LAF** einen Antrag auf Verlegung in eine bessere Unterkunft zu stellen. Schwangerschaft wird dabei nicht als Verlegungsgrund gehandhabt und die Erfolgsaussichten sind gering, insbesondere bei großen Familien. In seltenen Fällen können Familien jedoch umziehen. Eine Hebamme berichtet, dass sie oft Briefe an das **LAF** geschrieben hat, um die Frauen\* dabei zu unterstützen. Die allgemeine Unterstützung durch Fachkräfte in der Unterkunft ist laut Hebamme abhängig von dem Engagement der Sozialarbeiter\*innen, in einigen Unterkünften gibt es keinen Sozialdienst. Der durchschnittliche Aufenthaltszeitraum in den Gemeinschaftsunterkünften beträgt laut einer Sozialarbeiterin drei Jahre, da die Suche nach eigenem Wohnraum insbesondere ohne sicheren Aufenthaltstitel sehr geringe Erfolgschancen hat.

Verschiedene Punkte sollen interpretativ beleuchtet werden. Zunächst ist festzustellen, dass die Unterbringung in einer GU/EAE mit Gemeinschaftsbädern und -küchen oder Vollversorgung für schwangere Frauen\* mit erheblichen Belastungsfaktoren einhergehen. Eine Schwangerschaft führt nicht automatisch zu einer Verlegung in eine Unterkunft

mit Apartmentstruktur. In Unterkünften mit gemischtgeschlechtlichen Bädern fehlt der Schutzraum für Frauen\*, die teils bereits sexualisierte Gewalt erlebt haben. Die Lebenssituation in der Unterkunft geht einher mit fehlender Selbstbestimmung. Die Einschränkung der Internetnutzung durch Internetcodes ist als äußerst prekär zu bewerten. Insbesondere in einer Fluchtsituation ist die Nutzung des Internets zur Aufrechterhaltung des Kontakts mit Familie und Freund\*innen, zur Recherche und Information über weiteres Vorgehen in Deutschland oder andere Anliegen von hoher Wichtigkeit. Internetcodes als Belohnungssystem zu nutzen um Bewohner\*innen zum Putzen der Toiletten zu motivieren zeigt die hierarchischen Machtverhältnisse zwischen Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen in aller Deutlichkeit. Zudem wird ersichtlich, dass die Sozialarbeiter\*innen entgegen ihrer Professionsethik handeln. Wenn Kinder und Jugendliche nicht oder nicht ausreichend schlafen und essen, ist davon auszugehen, dass dies negative Auswirkungen auf ihre Entwicklung hat.<sup>16</sup> Weiterhin ist anzumerken, dass der Sozialdienst nicht für die Organisation der Toilettensäuberung zuständig sein sollte, wenn dies dazu führt, dass weniger Beratung angeboten werden kann. Die Beratung durch den Sozialdienst ist essenziell für Bewohner\*innen, wenn sie ihnen Zugänge ermöglichen und Informationen vermitteln, die sie benötigen und sollte nicht eingeschränkt, sondern wenn überhaupt ausgebaut werden. Wenngleich nicht alle Unterkünfte Gemeinschaftsbäder und -küchen oder Vollversorgung haben und teilweise Hygienestandards eingehalten werden, kann die Belastung während einer Schwangerschaft, die mit dem Leben in einer Sammelunterkunft einhergeht, festgestellt werden.

Erkennbar ist, dass alle interviewten Fachkräfte Empathie für die prekären Wohnverhältnisse der Frauen\* zeigen und sich das Leben in einer Unterkunft sehr schwer vorstellen. Teilweise äußern die Fachkräfte Kritik an den Strukturen (wie die Vollversorgung während der Schwangerschaft oder das Festhalten an dem Übernachtungsverbot) und erkennen und benennen grundlegend strukturelle Probleme wie den Mangel an bezahlbaren Wohnungen in Berlin. Eine Hebamme berichtet, dass sie versucht, den Familien die Situation in der Unterkunft „schönzureden“ (H.1 P.472), weil es nichts Anderes gibt. Sie erzählt weiter:

*„[...] im Sommer wenn wenn das die die gibt es ja jetzt nicht mehr so viel aber diese Metallcontainer sind ja da kann ich die Frau nicht trösten [Ja] dass es hier einfach so heiß ist [Ja ja ja] weil das ist Sachen das kann kein wohlwollender Sozialarbeiter da vor Ort ändern es ist einfach mal so und man kann ja nichts verteilen was man nicht nicht hat ne das ist ja Wohnsituation ist schon echt schwierig. Oder warum hat*

---

<sup>16</sup> Vgl. hierzu bspw. die Studie der BAfF: „Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder“ (Baron et al. 2020) oder die Studie „Zwischen Sandkasten und Abschiebung. Zum Alltag junger Kinder in Unterkünften für Geflüchtete“ von Anne Wihstutz (2019).

*die eine Familie da hat jetzt schon eine eigene Wohnung und wir immer noch nicht, da dann versuchen ja so eine Zufriedenheit zu vermitteln ja es ist ganz schlimm aber es ändert sich jetzt eben nicht, dass man dann eben erzählt ja auch eine deutsche Studentenfamilien findet jetzt einfach mal keine Wohnung das hat nichts mit euch an sich zu tun“ (H.1 P.484-494)*

Fraglich ist, ob das „Schönreden“ der Situation für die Betroffenen hilfreich ist oder ob nicht eine solidarische Haltung und Kritik an der strukturellen Unterbringung und den fehlenden Wohnungen sowie Zugängen angemessener wäre. Ersichtlich wird jedenfalls in der Gleichsetzung mit einer deutschen Studierendenfamilie die fehlende Sensibilisierung für rassistische Strukturen und Verhältnisse in Deutschland sowie die fehlende Kompetenz, intersektionale Diskriminierungsdimensionen zu erkennen und zu beanstanden.

### **3.2.2 Versorgung**

#### **3.2.2.1 Soziale Arbeit**

Nachfolgend wird die Versorgung durch **Sozialarbeiter\*innen** in den Unterkünften beschrieben. Die Sozialteams in den Unterkünften der Interviewpartnerinnen sind eingeteilt in verschiedene Zuständigkeitsbereiche. Die interviewten Sozialarbeiterinnen sind innerhalb ihrer Unterkunft verantwortlich für den Bereich „*Schwangere und Neugeborene*“. Die Versorgung durch die Sozialarbeiter\*innen ist laut einer Hebamme abhängig von deren Engagement und variiert in der Beschreibung zwischen sehr positiv und weniger umfänglich. Zu den beschriebenen Tätigkeiten der Sozialarbeiter\*innen in der Arbeit mit schwangeren Frauen\* sowie Neugeborenen gehören die Anbindung an Ärzt\*innen (Gynäkolog\*innen, Kinderärzt\*innen, etc.) und Beratungsstellen (z.B. **asylrechtlich**) sowie die Unterstützung bei allen bürokratischen und organisatorischen Aufgaben vor und nach der Geburt. Hierzu gehört unter anderem die Beantragung von Mehrbedarfen, Vaterschaftsanerkennung oder Geburtsurkunden sowie die Stellung eines Asylantrages für das Neugeborene. Hierfür kooperieren die Fachkräfte mit externen Stellen wie dem Sozialdienst der Krankenhäuser oder verschiedenen Beratungsstellen und Behörden. Dies wird durch die interviewten Sozialarbeiterinnen als positiv bewertet. Weiterhin erklären die Sozialarbeiter\*innen das U-Untersuchungssystem für Neugeborene, falls es den Eltern nicht bekannt ist und vermitteln zu eben jenen U-Untersuchungen. Die Sozialarbeiter\*innen sind Ansprechpartner\*innen für die Hebammen und teilweise auch zuständig für die Organisation passender Dolmetscher\*innen. Sie selbst arbeiten mit Übersetzungssapps, haben eigene Sprachkompetenzen, nutzen Träger, die telefonische

Sprachmittlung anbieten oder arbeiten zusammen mit Kolleg\*innen (teils Verwaltungspersonal), die die Übersetzung übernehmen.

Die Versorgung der schwangeren Frauen\* ist laut der Fachkräfte gekennzeichnet durch Zeit- und Personalmangel. Eine Sozialarbeiterin berichtet von einem Betreuungsschlüssel von 1:60, bei dem wenige Kapazitäten für die individuelle Versorgung bleiben und in Akutphasen nur Dringliches bearbeitet werden kann. Sie erzählt: „[...] also dann macht man (..) einfach das was was jetzt total super dringend ist was man nicht mehr aufschieben [Ja] kann oder man macht das von demjenigen der am lautesten schreit (lacht) sozusagen“ (S.2 P.316-318). Eine Sozialarbeiterin berichtet, dass sie keine gute und ausführliche Einarbeitung hatte. Weiterhin werden Betreiberwechsel der Unterkünfte thematisiert. In einer Unterkunft führte dies zu schlechterer Bezahlung der Fachkräfte, was wiederum Frustration und Resignation bei den Mitarbeiter\*innen hervorrief und eine „ich mache nur noch das Nötigste [...] Haltung“ (S.3 P.464) auslöste. In einem anderen Fall führte der Betreiberwechsel zu einem Wechsel des bisherigen Teams, was zur Folge hatte, dass die aufsuchende Hebamme nicht mehr angefragt und die schwangeren Frauen\* in der Unterkunft entsprechend nicht mehr versorgt wurden. Weiterhin berichtet eine Sozialarbeiterin von langjährigen Kolleg\*innen, die wenig Motivation haben, etwas auszuprobieren und die Einstellung haben: „Ah ja das haben wir schon mal versucht das hat nie funktioniert und dann lässt man es halt oder macht nur noch das, was sich irgendwie auf jedenfall bewährt hat“ (S.3 P.464). Die Interviewpartnerin bringt mehr Initiative mit und würde gerne frauen\*spezifische Angebote schaffen. Die fehlende Unterstützung ihrer Kolleg\*innen bringt sie in Zusammenhang mit den schlechten Arbeitsbedingungen sowie der Abhängigkeit des Trägers vom **LAF**. Für die Ausübung ihrer Tätigkeit würde sie sich einen Träger wünschen, der einen politischeren Anspruch daran hat, wie Soziale Arbeit gestaltet ist. Eine Interviewpartnerin berichtet, dass dem Sozialdienst einer Unterkunft durch die Leitungsebene aufgetragen wurde, keine weiteren Termine bei Ärzt\*innen zu vereinbaren, weil diese oft nicht wahrgenommen werden würden. Zudem berichtet eine Interviewpartnerin von Schwierigkeiten in der Arbeit mit dem **LAF**. Als Beispiel nennt sie den Fall, dass Personen trotz besonderer Bedarfe wie einer Chemotherapie, einer Mehrfachbehinderung oder einem Suizidversuch nicht aus der Erstaufnahmeeinrichtung entlassen worden sind, obwohl die dortigen Wohnverhältnisse für jene Lebenssituationen nicht geeignet sind. Zudem beschreibt sie, dass sie oft keine Antworten auf E-Mails an das LAF erhält und Familien teils keine Leistungsbescheide ausgestellt werden.

Eine Sozialarbeiterin schreibt ihrer Berufsgruppe eine wichtige Rolle in der Versorgung der schwangeren Frauen\* zu. Sie nennt vornehmlich das Erinnern an Ärzt\*innentermine

als wesentlichen Aspekt Sozialer Arbeit, ihrer Einschätzung nach würden die Frauen\*, die sie betreut, ohne ihre Motivation keine Termine bei Ärzt\*innen vereinbaren oder wahrnehmen. Die anderen interviewten Sozialarbeiterinnen sehen ihre Aufgabe in der Unterstützung der Frauen\*. Eine Sozialarbeiterin beschreibt Soziale Arbeit als „Zwischenschalte“ (S.3 P.362) zwischen den Frauen\* und den bürokratischen Anforderungen, die an sie gestellt werden. Darüber hinaus benennt eine Sozialarbeiterin die Abhängigkeit der Bewohner\*innen von dem Sozialdienst: insbesondere während der **Co-vid-19 Pandemie** wurden behördliche oder organisatorische Anliegen teilweise digitalisiert. Ohne deutsche Sprachkenntnisse sowie einem Zugang zu Internet und der Möglichkeit des E-Mail-Verkehrs sind die Bewohner\*innen auf die Unterstützung des Sozialdienstes angewiesen. Sie sagt: „Und wenn wir das nicht machen (.) ja dann macht es halt niemand [...]“ (S.2 P.734).

Einige der genannten Aspekte sollen nun interpretativ beleuchtet werden. In der Analyse der Versorgung durch die Sozialarbeiter\*innen wird deutlich, dass die Arbeit der Sozialteams eingebettet ist in die strukturellen Gegebenheiten durch die Träger und die Vorschriften des **LAF** im System Unterkunft. Betreiberwechsel und damit einhergehende schlechtere Bezahlung, sowie niedrige Betreuungsschlüssel und daraus resultierende fehlende Kapazitäten für intensive Betreuung der Frauen\*, führen zu Frustration und Resignation der Fachkräfte. Dies wiederum kann sich negativ auf die Motivation der Fachkräfte und somit auf die Qualität und den Umfang der Versorgung auswirken. Weiterhin ist die Hebammenversorgung, die durch die Sozialteams organisiert wird, abhängig von deren Motivation und ggf. Priorisierung. Erkennbar wird zusätzlich die Resignation der Fachkräfte aufgrund der langjährigen Arbeit im gleichen Bereich. Um eine allumfassende Versorgung zu gewährleisten, welche nicht durch die Demotivation der Mitarbeiter\*innen vermindert wird, muss dem durch Supervision und intensiver Reflexion der eigenen Haltung als Sozialarbeiter\*in begegnet werden. Es gibt, wie bei den Hebammen, keine einheitliche Regelung für die Übersetzung. Fraglich ist, inwiefern Sozialarbeiter\*innen qualitative Beratungsarbeit mithilfe einer Übersetzungsapp gelingt.

Zudem ist zu kritisieren, dass die Leitungsebene einer Unterkunft dem Sozialdienst aufgetragen hat, keine Ärzt\*innentermine mehr für die Bewohner\*innen zu vereinbaren, da diese nicht wahrgenommen würden. Insbesondere hinsichtlich der beschriebenen Abhängigkeit der Bewohner\*innen von dem Sozialdienst und deren Unterstützung in der Recherche/Übersetzung/Vermittlung etc., ist dies höchst problematisch und entspricht nicht der Berufsethik Sozialer Arbeit, die bedürfnisorientiert unterstützt. Zumal es nicht generalisierbar sein kann, wenn einige Bewohner\*innen ihre Termine nicht wahrgenommen haben. Ein gängiges und notwendiges Unterstützungsangebot Sozialer Arbeit wie

das Vereinbaren von Ärzt\*innenterminen allen und generell zu versagen, lässt auf das Fehlen einer menschenrechtsorientierten und ethisch-moralischen Haltung des Trägers schließen. Daran anknüpfend soll die Einstellung einer Sozialarbeiterin, die Frauen\* würden ohne ihre Erinnerung keine Ärzt\*innentermine wahrnehmen, kritisch beleuchtet werden. Eine weitere Sozialarbeiterin erklärt ebenfalls ihre Frustration über durch sie vereinbarte und nicht wahrgenommene Ärzt\*innentermine. Sie sagt:

*„also das ist für uns schon auch oft sehr frustrierend dass wir uns diese Mühe machen halt Arzttermine zu finden dann noch einen Dolmetscher organisieren und dann nachfra also teilweise erinnern wir ja auch vorher nochmal dass es den Termin gibt und dann findet es doch nicht statt, die Leute gehen teilweise dann doch nicht hinja oder wir fragen nachher wie war es beim Arzt und das hat dann doch wieder nicht stattgefunden teilweise auch mehrmals und das das ist noch zusätzlich auch schwierig also dass das Klientel mit dem wir arbeiten (räuspert sich) zum Teil halt auch dann diese diese Möglichkeiten die eigentlich da sind nicht wahrnimmt ja und dann kommt natürlich auch die Anbindung nicht oder schwer zustande“ (S.2 P.62)*

Erkennbar wird bei beiden Fachkräften eine Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber den Adressatinnen, die wiederum nicht einer nutzerinnenorientierten professionellen Haltung entspricht. Die Aussage über „[...] das Klientel mit dem wir arbeiten [...]“ (S.2 P.62) ist stark generalisierend. Es wird in dem Interviewmaterial nicht ersichtlich, ob die Sozialarbeiterinnen die Frauen\* befragen, warum sie Termine nicht wahrnehmen, woran es liegt, welche Hürden ggf. dahinterstehen und was sie bräuchten. Fraglich ist, ob dies an den limitierenden Arbeitskapazitäten liegt, die eine bedürfnisorientierte Versorgung verunmöglichen. Es lässt sich jedenfalls eine Überforderung erkennen, der eindimensional begegnet wird, in dem den Frauen\* die Schuld zugewiesen wird.

Diese Haltung erscheint widersprüchlich zu sonst kritischeren Aussagen einer Sozialarbeiterin, die sich an anderen Stellen des Interviews für die Bedürfnisse der Frauen\* einsetzt und sie als Expertin ihrer Lebenswelt zu sehen scheint. Sie tätigt kritische Aussagen zu den restriktiven Asylgesetzen und berichtet, offen für die Beschwerden der Bewohner\*innen zu sein sowie diese im Team ernst zu nehmen. Darüber hinaus äußert sie strukturelle Kritik am LAF, sieht sich aber in ihren Möglichkeiten etwas an der Gesamtsituation zu verändern nicht handlungsfähig. Grundsätzlich wird eine feministische Haltung der interviewten Sozialarbeiterinnen erkennbar.

### 3.2.2.2 Hebammen

Die **Hebammen** arbeiten **aufsuchend** in den Unterkünften in einem Sprechzimmer oder bei den Frauen\* im Zimmer. Das Hebammenangebot ist freiwillig und wird von vielen Frauen\* angenommen. Die Qualität sowie die Flexibilität der Hebammenversorgung ist abhängig von dem Engagement und der Person der Hebamme. Die Hebammen kommen alle sieben, 14 oder 21 Tage in die Unterkünfte und können nicht bei jedem Besuch alle schwangeren Frauen\* und Frauen\* mit Neugeborenen versorgen. Manche Hebammen richten bei zusätzlichen Bedarfen zusätzliche Termine ein. Eine Hebamme berichtet bspw., dass **Traumata** dazu führen können, dass Frauen\* verstärkt Ängste um die Gesundheit ihrer Kinder entwickeln und sich vermehrt Absicherung durch medizinisches Personal wünschen. Die Hebamme versucht, solche Bedarfe zu berücksichtigen. Es werden unterschiedliche Aussagen dazu getroffen, ob alle Unterkünfte in Berlin durch das Hebammenangebot abgedeckt sind oder nicht. Die Fachkräfte berichten, dass die **Versorgung** nicht der 1:1 Betreuung entspricht, die im Rahmen einer privaten Hebammenbetreuung gewährleistet ist. Die Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und dem **Sozialdienst** der Unterkünfte funktioniert unterschiedlich gut. Wenn Frauen\* Bedarfe äußern oder Hebammen Bedarfe wahrnehmen (z.B. Vermittlung zu Ärzt\*innen/Psychotherapeut\*innen/Anträge etc.), geben diese die Information an den Sozialdienst weiter. Teilweise vermitteln die Hebammen die Frauen\* auch selbst zu Ärzt\*innen/Therapeut\*innen oder unterstützen sie bei bürokratischen Anliegen. Die Fachkräfte berichten, dass manche Frauen\* das Konzept einer Hebamme nicht kennen, weil Schwangerschaften und das **Wochenbett** in ihrer Erfahrung innerfamiliär begleitet werden. Die Hebammen bieten partiell Infoveranstaltungen in den Unterkünften zu verschiedenen Themen wie bspw. Frauen\*gesundheit, Familienplanung und **Verhütung** an. Dabei machen sie auch auf Angebote wie die Ausgabe kostenloser Verhütungsmittel im Zentrum für sexuelle Gesundheit in Berlin aufmerksam. Eine Hebamme beschreibt, dass sie sich viel Zeit nimmt um Fragen zu beantworten und Untersuchungen zu erklären, für deren ausführliche Beantwortung in der Gynäkologie Praxis oftmals keine Zeit ist. Da für die Arbeit der Hebammen eine Vertrauensbasis eine große Rolle spielt, ist die Kontinuität der Betreuung essenziell. Eine Hebamme berichtet, dass sie sich fortlaufend zu Themen weiterbildet, die in der Arbeit mit geflüchteten Frauen\* wichtig sind, diese Fortbildungen jedoch nicht vom **LAF** angeboten werden. Die Hebammen, die für das LAF arbeiten, können den Telefonübersetzungsdienst „*SprInt*“ nutzen. Dieser wird jedoch wenig genutzt, da die Sprachbedarfe für die Hebammen selten im Vorhinein planbar sind und für die Nutzung von „*SprInt*“, Termine mit den jeweiligen Dolmetscher\*innen vereinbart werden müssen. Eine Hebamme arbeitet nur mit Dolmetscher\*innen, die ebenfalls vor Ort

sind, für sie ist die Beratung in Muttersprache essenziell für eine gute Versorgung. Die anderen Hebammen arbeiten vornehmlich mit Translator Apps, Bildern und Vokabelzetteln oder sie bringen eigene Sprachkenntnisse mit.

In der Interpretation der Ergebnisse wird deutlich, dass die interviewten Hebammen gerne mit den Frauen\* zusammenarbeiten. Es lässt sich eine Sensibilität hinsichtlich **Traumatisierungen** sowie hinsichtlich der herausfordernden Lebenssituation, in denen die Frauen\* sich befinden, erkennen. Die Hebammen arbeiten bedürfnisorientiert und interessieren sich für die Erfahrungen der Frauen\*, eine Hebamme reflektiert deutlich die Grenzen ihres eigenen Wissens bezüglich der Möglichkeiten mit dem Umgang mit Schwangerschaft oder Neugeborenen und ist offen, von den Frauen\* dazuzulernen. Durch die Aussagen der Hebammen wird ein feministischer Anspruch an ihre Arbeit ersichtlich, die Hebammen wollen für die Frauen\* einen Schutzraum schaffen, sie unterstützen und ihnen Kontrolle und Definitionsmacht über ihre Situation (zurück-)geben. Dies kann als Kompetenz gewertet werden. Es wird deutlich, dass die Qualität der Versorgung abhängig ist von der jeweiligen Person und ihrem Engagement. Es scheint keine einheitliche strukturelle Regelung zu geben, wie oft die Hebammen die Unterkünfte aufsuchen oder welche Art von Übersetzung sie nutzen. Auffällig ist zudem, dass die Hebammen sozialarbeiterische Aufgaben wie die Vermittlung zu Ärzt\*innen oder die Anmeldung zur Geburt übernehmen. Eine Hebamme berichtet, dass sie auffängt, was bei den Ärzt\*innen nicht ausführlich erklärt wird und bei den Frauen teils Ängste und Unsicherheiten auslöst. In der Übernahme der Aufgaben, die eigentlich in anderen Zuständigkeitsbereichen liegen, wird eine Lücke im Versorgungssystem sichtbar: die Hebamme versucht auszugleichen, was strukturell nicht erfüllt wird.

### 3.2.2.3 Wochenbett

Die Sprechstunde der Hebammen ist ebenfalls ausgelegt für Frauen\* während des **Wochenbetts**. Für Erstgebärende oder Frauen\* mit Babys, die zu klein sind oder zu wenig Gewicht haben sowie in Notfällen, versuchen die Hebammen die Frauen\* über die wöchentliche oder zweiwöchentliche Sprechstunde hinaus aufzusuchen. Dennoch ist die Versorgung im Wochenbett nicht vergleichbar mit der Hebammenbetreuung, die Frauen\* mit einer privaten Hebamme erhalten. Eine interviewte Sozialarbeiterin gibt an, dass die Hebamme alle zwei Wochen kommt, „[...] so dass es dann jetzt bei einem Neugeborenen auch nicht allzu lange dauert bis das Kind einer Hebamme vorgestellt werden kann“ (S.2 P.382). Eine interviewte Hebamme spricht davon, dass die Frauen\* im Wochenbett unterversorgt sind, da die Hebamme fehlt, aber auch die Familie oder Community, die

die Frau\* unterstützen kann. Nicht alleine zu sein und mentale Unterstützung zu erfahren spielt im Wochenbett eine große Rolle. Sie erzählt:

*„Ja wir hatten ach das war ganz spannend wir hatten eine Frau die hat schon fünf Kinder, alle fünf Kinder gesund Gott sei Dank und auch sehr gut im Umgang mit den Kindern und beim sechsten hatte sie Angst weil sie sagte sie hat gar keine Unterstützung (unv.) aber du hast doch schon fünf Kinder guck mal das ist doch Wahnsinn das hast du alles geschafft Ja aber nie alleine ne ich war nie allein ich hatte immer meine Mutter die das das erste Bad gemacht hatte meine Schwester die hat das gemacht und ich dachte so krass was das für eine wichtige Rolle ist da nicht alleine zu sein und ich hab ihr dann hab sie unterstützt ich musste nichts machen ich musste einfach nur sagen sie macht das toll ich musste einfach nur sagen super genau so und einfach ich war nur da und hab einfach nur geguckt und war glaube ich nur der Rückhalt sie hat alles super alleine gemacht und da fehlte nur die moralische Unterstützung und das ist bei manchen Frauen eben hier nicht gegeben weil es keine Familie gibt außer vielleicht den Mann aber in den wenigsten Fällen haben die Frauen Mütter und Tanten und Nichten da.“ (H.2 P.110)*

Eine interviewte Sozialarbeiterin berichtet, dass sie in einem Fall eine Hebamme nur für die Wochenbettbetreuung gesucht hat, weil eine Frau\* den expliziten Wunsch geäußert hat. Ihre Erfahrung ist, dass viele andere Frauen\* sich keine engmaschige Wochenbettbetreuung wünschen oder dies nicht kennen. Für Eltern mit Neugeborenen gibt es von den Unterkünften eine Babywanne, die laut Sozialarbeiterin aber selten genutzt wird. Das Tragen des Wassers aus den Gemeinschaftsbädern in die Zimmer ist schwer, weshalb die Babys oft in den Waschbecken der Bäder gewaschen werden.

In der Analyse der Wochenbettsituation lässt sich erkennen, dass die Versorgung im Wochenbett, wie auch die vorgeburtliche Versorgung, nicht vergleichbar ist mit privater Hebammenbetreuung. In der Bewertung dessen gibt es zwischen einer interviewten Hebamme und einer interviewten Sozialarbeiterin eine Diskrepanz. Die Hebamme spricht von einer Unterversorgung, die Sozialarbeiterin empfindet es als zeitlich akzeptable Anbindung, wenn die Mutter nach der Geburt von der Hebamme aufgesucht wird, die alle 14 Tage die Unterkunft besucht. In der Einschätzung der Sozialarbeiterin fehlt der Blick für die Differenz zur 1:1 Betreuung. In ihrer Rolle als zuständige Sozialarbeiterin für Schwangere und Neugeborene sollte davon auszugehen sein, dass sie sich mit der durch die Hebamme beschriebene notwendige Versorgung im Wochenbett auskennt und strukturelle Unterschiede sowie Unterversorgung erkennt und benennen kann. Die Sozialarbeiterin, die berichtet, dass sie bereits für eine Frau\* eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung organisiert hat, da diese den konkreten Wunsch äußerte, erzählt,

dass andere Frauen\* dies nicht wünschen oder kennen. Fraglich ist, ob diejenigen, die nicht über die Möglichkeit informiert sind, sich eine Wochenbetthebamme wünschen würden, wenn sie darüber aufgeklärt werden würden. Anhand des Interviewmaterials kann nicht beurteilt werden, ob die Sozialarbeiterin jede Frau\* über diese Möglichkeit informiert. Die Prekarität der Unterbringungssituation insbesondere in Unterkünften mit Gemeinschaftsbädern und -küchen wird besonders deutlich und wurde bereits ausführlicher in Kapitel 3.2.1 beschrieben.

## **Fragestellung II**

*Inwiefern finden Ungleichheiten in der Versorgung statt und wie lässt sich die Situation verbessern?*

Die Forschungsergebnisse, die die Frage nach **Ungleichheiten** in den Versorgungsstrukturen sowie **Verbesserungsansätzen** hervorgebracht hat, werden in vier Unterkapiteln dargestellt. Zunächst werden vorhandene **Zugangsbarrieren** beschrieben und interpretiert. Darauf folgend werden **Macht- und Gewaltverhältnisse**, untergliedert in **Rassismuserfahrungen, Rassismen durch interviewte Fachkräfte** und **Menschenhandel** thematisiert. Anschließend werden die **Bedürfnisse der Frauen\*** dargestellt und zuletzt die **Verbesserungsansätze** beschrieben. Es werden ebenfalls Aspekte beleuchtet, die außerhalb der Unterkünfte stattfinden, wenn sie für die Versorgung der schwangeren Frauen\* maßgeblich sind.

### **3.2.3 Zugangsbarrieren**

Die am häufigsten benannte **Zugangsbarriere** zu **medizinischen, psychosozialen/psychotherapeutischen** und anderen Gesundheits- und Versorgungsleistungen ist die Sprachbarriere, da es keine flächendeckende Sprachmittlung oder ausreichend Ärzt\*innen/Beratungsstellen/Therapeut\*innen mit entsprechenden Sprachkenntnissen gibt. Nur eine Sozialarbeiterin beschreibt, dass die Anbindung an Gynäkologinnen mit entsprechenden Sprachkenntnissen in ihrem Bezirk gut funktioniert. Die Ärzt\*innen nehmen sich selten Zeit für andere Kommunikationswege in Form von Bildern/Videos/etc., sodass wichtige medizinische Fragen oder Sorgen und Ängste der Frauen\* nicht besprochen werden können. Die Sprachbarriere kann den Zugang zu Informationen über den Ablauf der Schwangerschaft sowie zum Geburtsvorbereitungskurs und damit zu wichtigen Informationen, die eine Geburt möglicherweise erleichtern würden, verhindern. Eine Klinik anmeldung ist ohne Übersetzung nicht möglich. Bei der Geburt im Krankenhaus ist

es abhängig vom Zufall, ob eine Fachkraft vor Ort ist, die die Sprache der Frau\* spricht und somit eine Sprachmittlung gewährleisten kann. Die fehlende Möglichkeit der Kommunikation im Krankenhaus und während der Geburt löst bei den Frauen\* oft große Ängste aus. Zu Beginn der **Covid-19 Pandemie** waren die Besuchs- und Begleitregelungen erheblich verschärft, was die Situation für die Frauen\* zusätzlich erschwerte. Eine Hebamme berichtet, dass sie kaum positive Erfahrungsberichte über Geburten kennt, wenn es eine Sprachbarriere gibt. Einige Ärzt\*innen agieren ohne den Versuch, die Sprachbarriere zu überwinden. Weiterhin berichtet die befragte Hebamme von abgerechneten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), deren Aufklärung nicht in Muttersprache erfolgte, von Frauen\*, die für Untersuchungen angefasst wurden ohne vorher gefragt zu werden, von Frauen\*, denen die Bettdecke im Krankenhaus weggezogen wurde ohne dies anzukündigen und von Dammschnitten unter der Geburt, die nicht vorher erklärt wurden oder die Frauen\* nicht gefragt wurden, ob sie dem zustimmen. Die Hebamme erzählt:

*„Und deshalb finde ich ((RTW Sirene)) es schwierig es gibt es gilt nicht für alle Kolleginnen aber ich rede jetzt wie gesagt nur von den Erfahrungen, die viele unserer Frauen gemacht haben. Dass Partner nicht mit rein durften, dass einfach nicht gesprochen wurde, dass mit dem Körper was gemacht wurde, angefasst wurde ohne zu fragen ne also wir haben ja den Anspruch, ich habe den Anspruch selbst auch wenn ich Blutdruck messe, frage ich darf ich dich anfassen darf ich deinen Ärmel hoch machen und wenn die Frau dann nicht kommunizieren kann dann ist es für manche Kollegen eine Selbstverständlichkeit Sachen zu machen. Ne wie Decken wegzuziehen oder so das darf also das finde ich es ist respektlos hoch 3 ja und die Zeit muss ich mir eben nehmen auch wenn ich nicht fragen kann Darf ich sondern mit Händen Füßen versuchen zu kommunizieren und ich glaube das liegt meistens an der Sprache.“ (H.2 P.80)*

Die Hebamme meldet Vorfälle, wie die abgerechneten IGeL, die nicht erklärt wurden und konfrontiert auch die behandelnden Ärzt\*innen mit Übergriffen, von denen ihr berichtet wird. Die bürokratischen Anforderungen ohne Sprachmittlung zu erfüllen bewertet eine Sozialarbeiterin als Überforderung. Die vorhandenen kostenlosen Sprachmittlungsdienste decken keine kurzfristigen Termine und Notfälle ab und für manche Sprachen (z.B. Georgisch) gibt es keine oder sehr wenige Dolmetscher\*innen. Die Verantwortung für die Organisation der Sprachmittlung wird nicht von den Fachärzt\*innen und Krankenhäusern übernommen, die Frauen\* sollen dies selbst organisieren. Ohne Sprachmittlung und Informationen über die Möglichkeiten ist die Organisation hochschwierig und führt dazu, dass Frauen\* gar keine oder schlechtere Versorgung erhalten. Eine Hebamme berichtet von Hemmungen auf Seiten von manchen Kolleg\*innen, die die Betreuung von

geflüchteten Frauen\* ablehnen, weil sie Angst vor Problemen haben, die aus der Sprachbarriere resultieren könnten. Für Frauen\*, die nicht alphabetisiert sind, ist die Zugangsbarriere zusätzlich erhöht.

Darüber hinaus werden weitere Zugangsbarrieren beschrieben. Eine häufig beschriebene Barriere ist die fehlende elektronische Gesundheitskarte (eGK), die die Frauen\* zu spät erhalten. Bis dahin wird ihnen vom **LAF** lediglich eine vorläufige Bescheinigung ausgestellt oder, wenn dies nicht der Fall ist, müssen sie versuchen lediglich mit ihrer Anmeldung einen Ärztinrentermin zu bekommen. Dies wird von manchen Ärzt\*innen akzeptiert, andere rechnen nur mit der eGK ab. Erschwerend ist, dass auch der öffentliche Dienst, der medizinische Leistungen für nicht-versicherte Personen anbietet, sich nicht zuständig fühlt, da die Frauen\* offiziell durch das **LAF** versichert sind. Dies ist auch eine Barriere für Neugeborene, deren Versicherung teilweise erschwert ist, wenn die Eltern noch keine Geburtsurkunde vorweisen können. Eine Hebamme berichtet, dass sie vor allem in der EAE Frauen\* erlebt, die in der gesamten Schwangerschaft nicht angebunden werden konnten und keinen einzigen Ultraschall bekommen haben.

Für Personen mit unsicherem Aufenthalt gibt es oft keinen Zugang zu Kitaplätzen. Zudem gibt es zu wenig Kinderärzt\*innen in Berlin, die Anbindung gestaltet sich schwierig, insbesondere für Familien mit vielen Kindern. Oft müssen die Familien weite Strecken oder bis an den Stadtrand fahren, wenn sie Kinderärzt\*innentermine benötigen. Weiterhin gibt es einen allgemeinen Versorgungsengpass durch Hebammen sowie Psychotherapeut\*innen, obwohl der Bedarf durch die Fachkräfte als hoch eingeschätzt wird. Die Fachkräfte berichten jedoch von psychosozialen Versorgungszentren für geflüchtete Menschen in Berlin, die mit Sprach- und Kulturmittler\*innen arbeiten. Die Zentren decken jedoch nicht den gesamten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bedarf ab.

Die Betreuungsschlüssel der Sozialarbeiter\*innen in den Unterkünften sind zu niedrig. Zudem fehlen Zugänge zu **Versorgungsangeboten** für psychisch belastete Frauen\*, für die die in Deutschland bekannten Methoden wie psychosoziale und psychotherapeutisch/psychiatrische Unterstützung nicht passen. Eine Hebamme erzählt hierzu von einer Frau\*, die sie als traumatisiert wahrnahm, die aber alle Hilfsangebote ablehnte. Die Frau\* berichtete von Geistern und Dämonen, die sie aufsuchten und suchte sich Unterstützung bei einem „[...] Geistheiler oder so aus ihrer Community [...]“ (H.3 P.124). Die Hebamme wünscht sich in diesen Fällen mehr Wissen um oder mehr Schnittstellen mit Angeboten, die der Frau\* helfen würden, da die ihr bekannten Konzepte nicht ausreichen.

Darüber hinaus entscheidet das Engagement der Fachkräfte über die Qualität der Versorgung und auch darüber, ob eine Hebamme für die Unterkunft angefragt wird. Fehlende Informationen und Kenntnisse über die Möglichkeiten der Versorgung können eine weitere Zugangsbarriere darstellen. Die Randbezirke in Berlin haben oft eine schlechtere Versorgungsinfrastruktur.

Wenn die Bearbeitung von Traumata oder andere Themen die Lebenswelt dominieren, gibt es für Frauen\* teils andere Prioritäten als die Versorgungsangebote wahrzunehmen. Bei Frauen\*, die bereits hochschwanger sind, wenn sie einziehen, bleibt wenig Zeit um Anbindungen herzustellen. Sind Frauen\* nicht an eine Gynäkologin angebunden, bekommen sie keinen Mutterpass, was wiederum dazu führen kann, dass das LAF keine zusätzlichen Leistungen bewilligt.

Manche Angebote werden nur über einen Aushang in der Unterkunft beworben, was oft dazu führt, dass die Frauen\* dort nicht ankommen. Die Digitalisierung von behördlichen Abläufen führt teils zu einer erhöhten Abhängigkeit von Unterstützung durch bspw. den Sozialdienst.

Illegalität ist eine erhebliche Zugangsbarriere, wenn Personen keine medizinischen Angebote wahrnehmen, weil sie befürchten dem Landesamt für Einwanderung gemeldet zu werden. Darüber hinaus führt Partnerschaftsgewalt in manchen Fällen zum Verbot der Nutzung der Angebote.

In der Analyse der Zugangsbarrieren wird deutlich, wie viele unterschiedliche Hürden existieren, sichtbar werden **Ungleichheiten** in der Versorgung. Die Zugangsbarrieren betten sich ein in ein strukturell rassistisches System. Nicht trennscharf analysierbar ist, inwiefern die Zugangsbarrieren aufgrund von strukturellen, institutionalisierten oder auch individuellen Rassismen entstehen. Rassismen an sich stellen ebenfalls eine eigene Zugangsbarriere dar und sollen im nächsten Kapitel neben weiteren Macht- und Gewaltverhältnissen gesondert betrachtet werden. Zunächst sollen nun die bisher beschriebenen Zugangsbarrieren interpretiert werden.

Es ist zu beanstanden, dass Ärzt\*innen und Krankenhäuser die Verantwortung der Organisation der Sprachmittlung an die Frauen\* abgeben und keine flächendeckende Sprachmittlung existiert. Es findet keine äquivalente Behandlung statt, wenn Informationen nicht übersetzt werden und es somit nicht möglich ist, informiert in Eingriffe oder Untersuchungen einzuwilligen. Zudem ist es problematisch, wenn Gesundheitspersonal keine Möglichkeiten nutzt, die Sprachbarriere mithilfe von Translator Apps zu verringern

und stattdessen gar nicht kommuniziert. Die interviewte Hebamme beanstandet die daraus resultierenden Übergriffe, sie selbst agiert respektvoll und setzt Kommunikation in ihrer Arbeit voraus. Zu vermuten ist, dass die Ängste der Frauen\*, die bei der Geburt alleine im Krankenhaus ohne Sprachmittlung sind, mit Ohnmachtsgefühlen einhergehen, die sich verstärken, wenn das medizinische Personal sich übergriffig verhält. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass traumatisierte Frauen\* durch die Situation, der sie im Krankenhaus ausgesetzt sind, getriggert und retraumatisiert werden können oder Frauen\*, die nicht traumatisiert sind, durch das Erleben im Krankenhaus traumatisiert werden können. Die Überwindung der Sprachbarriere ist ein wichtiger Teil einer traumasensiblen Versorgung. Durch die Beschreibung der Zugangsbarrieren werden noch weitere Ungleichheiten deutlich. Zum einen ist die verzögerte Aushändigung der elektronischen Gesundheitskarte, die den Zugang zu ärztlicher Versorgung erschwert oder sogar verhindert, nicht hinnehmbar. Dies stellt eine klare Benachteiligung dar. Fraglich ist, warum und an welcher Stelle sich die Aushändigung der eGK verzögert und daran anknüpfend, warum Ärzt\*innen nicht mit der Bescheinigung/Anmeldung abrechnen können oder wollen. Zudem sollte hinterfragt werden, warum es keine Sonderregelung im öffentlichen Gesundheitssystem für nicht-versicherte Personen gibt, die es diesem erlaubt, geflüchtete Personen in der beschriebenen Situation zu versorgen.

### **3.2.4 Macht- und Gewaltverhältnisse**

In der Auswertung der Ergebnisse sowie der Beschreibung der Zugangsbarrieren wurden verschiedene Ungleichheiten sowie **Macht- und Gewaltverhältnisse** deutlich. Im folgenden Unterkapitel sollen die Ergebnisse der Kategorien **Rassismuserfahrungen**, **Abschiebungen**, **Rassismen durch interviewte Fachkräfte** und **Menschenhandel** dargestellt und interpretiert werden. Wie bereits beschrieben sind die Kategorien Zugangsbarrieren und Rassismen ineinander verschränkt. Dennoch sollen die in diesem Unterkapitel beschriebenen Kategorien aufgrund des Umfangs und der Wichtigkeit gesondert betrachtet werden. Hierbei werden auch Rassismuserfahrungen, die außerhalb der Schwangerschaftsversorgung in den Unterkünften verortet sind, beschrieben.

#### **3.2.4.1 Rassismuserfahrungen**

Die interviewten Fachkräfte beschreiben verschiedene **Rassismuserfahrungen**, von denen ihnen die Frauen\* berichten oder die sie selbst in den Versorgungsstrukturen sowie außerhalb dieser beobachten. Rassismen sind für die Frauen\* eine alltägliche Erfahrung. Die Interviewpartnerinnen erleben rassistische Aussagen von Mitarbeiter\*innen

in Ärzt\*innenpraxen, wenn sie die Namen der Frauen\* angeben. Frauen\* werden wegen der Sprachbarriere oder fehlender Krankenkassenkarte abgelehnt. Weiterhin werden sie teils ohne Begründung abgelehnt, nachdem die Fachkraft die Adresse der Unterkunft oder die Muttersprache der Frau benennt. Des Weiteren führen diskriminierende Vorschriften in anderen Institutionen wie dem Standesamt zur Verhinderung gleicher Rechte. Beispielsweise werden Eheurkunden nach islamischem Recht in Deutschland nicht anerkannt, was bedeutet, dass für jedes Kind wieder eine Vaterschaftsanerkennung durchgeführt werden muss. Dies ist, außer im Jugendamt, jedes Mal mit Kosten verbunden. Eine Hebamme berichtet, dass teilweise Ehepaare aufgrund einer fehlenden Heiratsurkunde in verschiedenen Unterkünften und teilweise in verschiedenen Bundesländern untergebracht werden. Wenn Eltern ihre Identitätsdokumente nicht im Original vorlegen können, kann dies außerdem zur Verweigerung der Ausstellung einer Geburtsurkunde führen. Ohne Geburtsurkunde kann es wiederum dazu kommen, dass im **LAF** weniger Geldleistungen ausgezahlt werden und, dass Neugeborene nur verzögert eine Krankenversicherung erhalten und damit erschwert oder nicht medizinisch versorgt werden können. Die Fachkräfte erzählen, dass sie häufig Rassismus gegen Rom\*nja und Sinti\*zze erleben. Eine Sozialarbeiterin erzählt:

*„aber also unsere viele unsere Bewohner sind Sinti und Romas [Ja] Und das ist katastrophal ne sagst du mal am Telefon Hallo ich möchte gerne einen Termin machen alles klar die Person spricht russisch, Öh Nö eh Aufnahmestopp [Okay] Wir nehmen keine neuen Patienten mehr, hätte ich dann nicht gesagt die Person spricht russisch hätte ich dann vielleicht einen Arzttermin bekommen oder schickst du dann den Bewohner dann zu die Praxis mit offene Sprechstunden, innerhalb von zwei Wochen hast du ein Anruf Aufnahmestopp“ (S.1 P.873-879)*

Diskriminierungen und Rassismen im Herkunftsland von bspw. Rom\*nja in Moldawien, werden darüber hinaus als Fluchtursache benannt. Weiterhin berichten zwei Sozialarbeiterinnen von Rassismus gegenüber Rom\*nja Personen sowie Unterstellungen und Misstrauen gegenüber russisch und georgisch sprachigen Personen ausgehend von Teilen der Mitarbeiter\*innen der Unterkunft. Menschen mit schlechter Bleibeperspektive (wie z.B. Personen aus Moldawien) werden nicht in bessere Unterkünfte verlegt und haben keine Chance auf eine eigene Wohnung. Eine Sozialarbeiterin berichtet von einem Umzug einer moldawischen Familie in eine schlechtere Unterkunft aufgrund dessen, dass ein Dokument fehlte. Die Sozialarbeiterin nahm dies als Sanktion wahr. Unsichere Aufenthaltsstatus dauern teils Jahre an und sind verbunden mit der Angst, kein Asyl zu bekommen und abgeschoben zu werden. Die Angst vor **Abschiebungen** ist ein starker Stressfaktor und führt dazu, dass Personen nicht in der Unterkunft übernachten

und keine Ruhe finden. Eine Sozialarbeiterin berichtet von einer durchgeführten Umfrage in der Unterkunft, welche ergab, dass viele Kinder Angst vor Abschiebungen haben. Die Schwangerschaft schützt in einem Zeitraum vor und nach der Geburt vor einer Abschiebung, davor und danach können jedoch auch schwangere Frauen\* und Frauen\*, die entbunden haben, abgeschoben werden. Eine Sozialarbeiterin berichtet von einem Fall, in dem die drohende Abschiebung für eine schwangere Frau\* ein Grund war, über eine Abtreibung nachzudenken:

*„Und sie hat mir gesagt ich möchte das Kind nicht haben [Ja] und ich habe gesagt okay ja wenn du dann möchtest dann muss ich kann ich sie anbinden dann werde ich auch alles machen, hat gesagt aber ich will irgendwie möchte ich auch gerne das Kind haben und ich habe gesagt ja dann musst du dir aber Gedanken machen also ich kann diese Entscheidung für dich [Ja] nicht treffen [Ja] und sie hat gesagt aber [Name der Sozialarbeiterin, Anonymisierung d. Verf.] ich werde nicht in Deutschland bleiben ich werde abgeschoben [Ja] Ich kann es jeden Tag abgeschoben werden ich kann es kein Kind in Serbien dann auf die Welt bringen was für ein Welt dann erwartet dann mein Kind und ich habe gesagt so wie Ja dann weiß ich nicht was soll ich dann dir sagen, ich kann das total verstehen, aber die Entscheidung musst du dann selbst treffen“ (S.1 P.627-635)*

Des Weiteren gelten für manche Personen Arbeitsverbote. Ferner berichten die Interviewpartnerinnen von rassistischen Übergriffen außerhalb der Versorgungsstrukturen wie rassistische Beleidigungen im ÖPNV, auf Spielplätzen, Ignoranz, Nicht-Zuhören oder Augen rollen, wenn geflüchtete Frauen\* sich im öffentlichen Raum bewegen. Zudem werden Frauen\* die Kopftücher heruntergerissen oder sie werden angeschrien, mit der Begründung, sie würden nicht ausreichend Deutsch sprechen.

Einige Aspekte sollen nun interpretativ beleuchtet werden. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Rassismen Teil des (Versorgungs-)Systems sind, in dem schwangere geflüchtete Frauen\* sich bewegen. Rassismen prägen den Alltag geflüchteter Frauen\* und stellen eine erhebliche Zugangsbarriere dar, wenn Frauen\* aufgrund dessen bei Ärzt\*innen abgelehnt oder schlechter behandelt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Rassismen sowie ein unsicherer Aufenthaltsstatus und die Angst vor Abschiebungen als zusätzliche Stressoren auf die Schwangerschaft wirken können. Sichtbar wird die weitreichende Auswirkung der Abschiebungsandrohung an dem Beispiel der schwangeren Frau\*, die das Kind eigentlich bekommen möchte, aber in ihrer Situation über eine Abtreibung nachdenkt. Die erschwerte medizinische Versorgung von Neugeborenen aufgrund von strukturellen Rassismen und diskriminierenden Vorschriften in Ämtern und Behörden ist zu beanstanden. Äußerst problematisch ist zudem der

beschriebene Rassismus gegenüber Rom\*nja Familien oder generelle Unterstellungen und Misstrauen gegenüber russisch und georgisch sprachigen Menschen, ausgehend von den Mitarbeiter\*innen der Unterkunft. Dass also Personen, die sich in einem restriktiven und rassistischen Asylsystem bewegen müssen, Rassismen erfahren von den Personen, deren Aufgabe es ist sie zu unterstützen und zu beraten, ist inakzeptabel. Es sollte davon ausgegangen werden, dass Personen, die als Mitarbeiter\*innen in Unterkünften für Geflüchtete eingestellt werden, antirassistisch gebildet und sensibilisiert sind und sich diese Haltung in ihrer Arbeitspraxis äußert, da sie den ethischen und professionellen Prinzipien Sozialer Arbeit verpflichtet sind. Weiterhin ist zu beanstanden, dass die Sozialarbeiterin, die davon erzählt, dies nicht im gleichen Moment verurteilt und sich aus dem Interviewmaterial heraus die Annahme ergibt, dass sie die rassistischen Aussagen ihrer Kolleg\*innen unkritisch hinnimmt.

#### 3.2.4.2 Rassismen durch interviewte Fachkräfte

Thematisch schließt dies an die induktive Kategorie **Rassismen durch interviewte Fachkräfte** an, deren Ergebnisse im Folgenden dargelegt werden sollen. Eine Hebamme beschreibt, dass sie selbst nicht frei von Rassismen ist und dass sie versucht sich damit auseinanderzusetzen, soweit ihr das „nebenbei“ (H.3 P.304) möglich ist. Eine weitere Hebamme reflektiert, dass sie als *weiße* heterosexuelle cis-Frau die Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen der Frauen\* nicht nachempfinden kann und sich mit internalisierten Rassismen durch Workshops zu *critical whiteness* und *white saviourism* auseinandersetzt. Zudem berichtet sie, dass sie rassistische Vorfälle, von denen ihr Frauen\* berichten, bei einem Berliner Register<sup>17</sup> meldet, wenn dies im Sinne der Frauen\* ist und dass es für sie unvorstellbar ist, mit der bestehenden Belastung zusätzlich Rassismen zu erleben. Weiterhin verweist sie die Frauen\* an Fachberatungsstellen für von Rassismen betroffene Personen, wenn die Frauen\* dies wünschen. Darüber hinaus benennen mehrere Fachkräfte, dass sie Generalisierungen vermeiden wollen. Eine Hebamme verdeutlicht, dass es ihr wichtig ist „die Frauen nicht als die Frauen wahrzunehmen“ (H.2 P.202).

Trotz der beschriebenen Reflektion und teilweise vorhandenen Sensibilität der Fachkräfte ist in der Interpretation des Interviewmaterials in einem Teil der Interviews in

---

<sup>17</sup> Die Berliner Register dokumentieren rassistische, antisemitische, LGBTIQ\*-feindliche, extrem rechte, sozialchauvinistische, behindertenfeindliche, antifeministische oder rassistische Vorfälle gegen Rom\*nja und Sinti\*zze in Berlin, die ihnen gemeldet werden. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und so nutzbar gemacht für politische und andere Akteur\*innen, mit dem Ziel Diskriminierungen und Rassismen entgegenzuwirken (vgl. Berliner Register o.D.).

unterschiedlicher Nuancierung eine Gleichzeitigkeit mit der Reproduktion von Rassismen, Generalisierungen oder einem fehlenden Bewusstsein von strukturellen Rassismen erkennbar. Es zeigt sich partiell, dass es an antirassistischer und intersektionaler Kompetenz fehlt. Erkennbar wird dies bspw. in Generalisierungen der Herkunftsländer der Frauen\* bei gleichzeitiger Überhöhung von Deutschland und deutschen Strukturen wie bspw. den deutschen Abtreibungsregularien. Eine Fachkraft reproduziert antimuslimisch rassistische Bilder und vergleicht Mikroaggressionen und Alltagsrassismen mit den eigenen Abwertungserfahrungen als *weiße* deutsche Mutter von vielen Kindern. Es fehlt das Bewusstsein für die eigenen Privilegien. Rassistische Einstellungen gegenüber Geflüchteten in der Gesellschaft relativiert und begründet eine Interviewpartnerin damit, „dass es teilweise sehr geballt gekommen ist also sehr viele Familien plötzlich aufgetaucht sind“ (H.1 P.590). Es stellt sich die Frage, was dies für die Versorgung der schwangeren geflüchteten Frauen\* bedeutet. Die fehlende antirassistische und intersektionale Grundhaltung bei Teilen der interviewten Fachkräfte kann als erhebliche Inkompetenz gewertet werden. Gleichzeitig ist ein feministischer Anspruch der Fachkräfte erkennbar, sie wollen die Frauen\* bedürfnisorientiert unterstützen. Feststellbar ist auch, dass die Fachkräfte zu großen Teilen und so weit beurteilbar, Versorgung entsprechend ihrer Berufsgruppe leisten, die Frauen\* beraten, informieren und sie vermitteln. In der Arbeit mit von Rassismen betroffenen Adressat\*innen sollten antirassistische und intersektionale Kompetenzen Einstellungsvoraussetzung sein. Aufgrund des Fachkräftemangels und des fehlenden gesamtgesellschaftlichen Bewusstseins für Macht- und Ungleichheitsverhältnisse sowie ihren Wirkungen, ist dies aktuell vermutlich unrealistisch.

### 3.2.4.3 Menschenhandel

Eine weitere induktive Kategorie, die sich aus dem Interviewmaterial ergeben hat, ist das Thema **Menschenhandel**. Dies wird im theoretischen Rahmen nicht erwähnt, in der Leitfadenkonstruktion wurde es nicht mitgedacht. Lediglich eine der sechs Interviewpartnerinnen berichtet zu der Thematik am Ende des Interviews nach der Frage, ob ihr noch etwas einfällt, worüber wir noch nicht gesprochen haben. Die interviewte Sozialarbeiterin erzählt, dass 80 Prozent der schwangeren Frauen\* in der Unterkunft aus Vietnam kommen. Jeden Monat kommen zehn Frauen\* und zehn werden entlassen. Sie nimmt ein Muster wahr, aus dem sie auf Menschenhandel Netzwerke schließt. Die Sozialarbeiterin beschreibt folgenden Ablauf, den sie erlebt: die Frauen\* kommen in Gruppen in die Unterkunft und sind bereits hochschwanger, meist waren sie vorher beim Zentrum für sexuelle Gesundheit, viele haben Hepatitis. Sie bringen eine Vaterschaftsanerkennung und stellen kurz vor der Entbindung einen Asylantrag. Die Frauen\* wohnen nicht in der

Unterkunft und kommen alle drei Tage, um sich zu melden, da sie sonst den Platz in der Unterkunft verlieren würden. Viele haben zwei Handys. Die Sozialarbeiterin erzählt, dass die Frauen\* sozialarbeiterische Unterstützung oder die Hebamme ablehnen. Sie wissen, was sie von der Sozialarbeiterin wollen und auch, dass die Sozialarbeiterin von ihnen eine Liegebescheinigung des Krankenhauses nach der Entbindung benötigt, um beim LAF Leistungen für das Neugeborene zu beantragen. Die Information, dass eine Frau\* im Krankenhaus ist und entbunden hat, bekommt die Sozialarbeiterin bei diversen Frauen\* von derselben Handynummer. Die Sozialarbeiterin hat Informationsbroschüren zu Menschenhandel auf vietnamesisch, die sie den Frauen\* aushändigt. Sie macht ihnen Unterstützungs- und Beratungsangebote, die Frauen\* nehmen diese jedoch nicht an. Zur Überwindung der Sprachbarriere gibt es in der Unterkunft seit Neuestem eine ehrenamtliche Person, die vietnamesisch spricht, sodass keine App mehr genutzt werden muss. Die Sozialarbeiterin vermutet, dass die Frauen\* auch nicht mit der Ehrenamtlerin sprechen werden. Sie spricht von einer „anderen Welt“ (S.1 P.1035) und einer „geschlossene[n] Community“ (S.1 P.1133). Weiterhin sagt sie, dass sie „nicht [weiß] was da abgeht“ (S.1 P.1073) und stellt Vermutungen anhand von Erzählungen aus medialer Berichterstattung auf.

Es stellt sich die Frage, was dies in der Interpretation für die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* bedeutet. Zunächst ist auffällig, dass das Thema Menschenhandel sich induktiv und lediglich in einem Interview ergibt. Fraglich ist, ob die anderen Fachkräfte ähnliche Erfahrungen teilen und nicht darüber berichten, weil sie nicht danach gefragt werden, oder ob sie diese Erfahrungen nicht kennen. In der Erzählung der Sozialarbeiterin vermischt sich teilweise das, was sie erlebt mit ihren Hypothesen und dem, was sie aus den Mediendiskursen heranzieht. Die Sozialarbeiterin wirkt handlungsunfähig in ihren Unterstützungsmöglichkeiten, da die Frauen\* diese nicht annehmen. Unklar ist, inwiefern sie sich mit Beratungsstellen oder teamintern über ihre Erfahrungen austauscht um ggf. handlungsfähiger zu werden. Offen ist, ob das Hinzuziehen der vietnamesischen Ehrenamtlerin und die damit einhergehende Überwindung der Sprachbarriere der Unterstützung und Versorgung zuträglich ist. Das Nicht-Thematisieren durch die Forscherin sowie durch die anderen Fachkräfte könnte vermuten lassen, dass es hinsichtlich der Versorgung (schwangerer) geflüchteter Frauen\* an Sensibilisierung hinsichtlich des Themas **Menschenhandel** fehlt.

### 3.2.5 Bedürfnisse der Frauen\*

Im Rahmen der Interviews wurden die Fachkräfte danach gefragt, ob die Frauen\* ihnen gegenüber Bedürfnisse und Wünsche geäußert haben. Die Ergebnisse werden im Folgenden beschrieben. Die Wünsche und **Bedürfnisse der Frauen\*** sind verschieden und unterscheiden sich je nach individueller Situation. Anzumerken ist, dass die Bedürfnisse und Wünsche der Frauen\* aus der Perspektive der Fachkräfte nicht allumfassend beschrieben werden können. Die Fachkräfte nennen insbesondere den Wunsch nach einer eigenen Wohnung, einer eigenen Küche und einem eigenen Bad, den die Frauen\* äußern. Viele wünschen sich einfachere oder weniger Bürokratie und mehr Selbstbestimmung sowie damit einhergehende verringerte Abhängigkeit von Behörden. Zudem wünschen sich die Frauen\* einen sicheren Aufenthaltstitel, viele wollen ihre Familien im Herkunftsland unterstützen. Insbesondere in Erstaufnahmeeinrichtungen äußern Frauen\* Grundbedürfnisse wie einen Versicherungsschutz oder die Erstausrüstung für das Neugeborene. Viele Frauen\* würden gerne arbeiten gehen oder einen Deutschkurs machen und wünschen sich medizinische Versorgung. Zudem gibt es das Bedürfnis nach FLINTA\* spezifischen Angeboten wie Deutsch- oder Sportkursen mit Kinderbetreuung. Weiterhin wünschen sich die Frauen\* Kitaplätze und mehr Bildungsteilhabe für ihre Kinder. Damit einher geht auch das Bedürfnis nach mehr finanziellen Mitteln sowie erhöhter gesellschaftlicher und nachbarschaftlicher Teilhabe. In manchen Fällen haben die Frauen\* keine spezifischen Wünsche zur Schwangerschaft und der damit einhergehenden Versorgung, weil existenzielle Fragen wie die Anhörung, die Aufenthaltssicherung, Geld oder die schlechten Unterkunftsbedingungen im Vordergrund stehen. Für die Schwangerschaft verbleiben dann wenig oder gar keine Kapazitäten. Im Zusammenhang mit der Schwangerschaft sowie der Vor- und Nachsorge besteht das Bedürfnis nach Sprachmittlung während der Geburt sowie Kinderbetreuung während der Geburt für die Geschwisterkinder, die, wenn es keine Familienmitglieder gibt, vom Jugendamt übernommen wird. Zudem ist es für einige Frauen\* wichtig, dass das Krankenhaus für die Entbindung in der Nähe der Unterkunft ist, damit sie es mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen können. Da die Hebamme von dem Großteil der Frauen\* gut angenommen wird, wird dies durch die Fachkräfte als Bedürfnis nach einer qualifizierten Vertrauensperson gedeutet.

Die Bedürfnisse der Frauen\* sollen nachfolgend interpretiert werden. Deutlich wird, dass sich einige Bedürfnisse der Frauen\* nicht individuell und durch die Fachkräfte lösen lassen. Dies gilt insbesondere für die Grundbedürfnisse nach eigenem Wohnraum, dem Zugang zum Gesundheitssystem, dem Zugang zu Arbeit, einem sicheren Aufenthalt und

erhöhter Selbstbestimmung. Die Tatsache, dass als Bedürfnisse vornehmlich die Erfüllung der Grundbedürfnisse genannt werden, unterstreicht die Prekarität der Lebenssituation schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften. Im Besonderen in dem Wunsch nach gesellschaftlicher und nachbarschaftlicher Teilhabe drückt sich die exkludierende Wirkung der Unterbringung in einer Sammelunterkunft aus. Jene strukturellen Probleme und Barrieren müssen strukturell gelöst werden. Die Fachkräfte stoßen an die Grenzen ihrer Unterstützungsmöglichkeiten. Eine Hebamme berichtet:

*„aber natürlich wenn man wenn man keine Grund wenn man seine Grundversorgung nicht gedeckt hat, dann ist das was ich machen kann auch immer nur ein Tropfen auf dem heißen Stein und ich würde sagen in den ersten Arbeitsjahren hat mich das viel Mühe gekostet mich immer wieder sozusagen überhaupt zu rechtfertigen in meinem Job oder überhaupt selber anzuerkennen dass das trotzdem auch gut und wichtig ist“ (H.3 P.380)*

In der Analyse der benannten Bedürfnisse wird die Wichtigkeit der Sprachmittlung während der Geburt erneut ersichtlich. Eine Sozialarbeiterin kann auf die Frage nach den Bedürfnissen der Frauen\* keine Antwort geben, sie weiß nichts dazu. Dies kann einerseits als Inkompetenz gewertet werden, andererseits kann es aber auch in Zusammenhang mit den bereits beschriebenen geringen Arbeitsressourcen der Fachkräfte in den Unterkünften stehen. Es wäre wünschenswert, wenn die Fachkräfte wenigstens in der Lage wären, das Bedürfnis nach FLINTA\* spezifischen Gruppenangeboten zu erfüllen.

### **3.2.6 Verbesserungsansätze**

Die interviewten Fachkräfte formulieren folgende **Verbesserungsansätze** hinsichtlich der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben. Die Verbesserungsansätze wurden teilweise in der bisherigen Beschreibung oder Interpretation der Ergebnisse bereits benannt. Die Fachkräfte fordern flächendeckende Sprachmittlung sowie Supervision und Fortbildungen zur Entlastung für Dolmetscher\*innen. Weiterhin bedarf die verbesserte Versorgung einem höheren Personalschlüssel in den Unterkünften. Die Sozialarbeiter\*innen brauchen mehr Zeit und Kapazitäten um die Frauen\* auch über die bürokratischen Anliegen hinaus bspw. hinsichtlich psychosozialer/psychologischer Belastungen zu unterstützen. Die Arbeitsbedingungen in den Unterkünften müssen sich verbessern, sodass die Mitarbeiter\*innen nicht in ihrer Arbeit resignieren. Hierzu wäre mehr Unabhängigkeit der Träger vom LAF zuträglich sowie die Versorgung von Trägern, die nicht aufgrund ihres niedrigen Preises ausgewählt werden, sondern einen politischen und menschenrechtlichen Anspruch verfolgen.

Weiterhin bedarf es zur Verbesserung mehr Hebammen und einer 1:1 Betreuung bei Geburten generell, welche für geflüchtete Frauen\* um eine Sprachmittlung ergänzt wird. In der Ausstellung der eGK darf es nicht zu einer Zeitverzögerung kommen und es braucht mehr Ärzt\*innen, sodass eine sichere medizinische Anbindung und Versorgung gewährleistet werden kann. Zutraglich wäre außerdem ein\*e Ärzt\*in vor Ort in der Unterkunft. Zur Erweiterung der vorhandenen Therapieangeboten bräuchte es Peersysteme und vom Leistungserbringer bezahlte Entlastungen wie Entspannungsangebote, Massagen oder Kuren, um Wohlbefinden über den Körper herzustellen. Des Weiteren wären mehr aufsuchende Angebote oder Lots\*innen, die Frauen\* und Angebote zusammenbringen nützlich, um vorhandene Barrieren zu überwinden. In Berlin existieren bereits gute Beratungsstellen und Angebote, teilweise werden diese jedoch von den Frauen\* nicht erreicht. Für den Fall, dass Familien in eigene Wohnungen ziehen, wäre es von Vorteil, wenn diese an ambulante Beratungsstrukturen angebunden werden, da der Sozialdienst der Unterkünfte für eine weiterführende Beratung keine Kapazitäten hat, der Unterstützungsbedarf aber teilweise über das Wohnen in der Unterkunft hinaus vorhanden ist. Weiterhin fordern die Fachkräfte eine verbesserte Wohn- und Wohnungsmarktsituation, den Abbau von strukturellen Barrieren in Behörden sowie mehr finanzielle Mittel für den Bereich.

Zum Abschluss des Ergebniskapitels sollen nun die Verbesserungsansätze hinsichtlich der Forschungsfrage interpretiert werden. Die Vorschläge der Fachkräfte ähneln dem, was die Interviewpartnerinnen als Bedürfnisse der Frauen\* benennen. Ergänzt werden sollen diese nun um die Verbesserungsansätze, die sich aus den Gesamtergebnissen und Interpretationen ergeben. Zunächst lässt sich in der Gesamtanalyse der Ergebnisse feststellen, dass es keine einheitlichen Regelungen gibt, wie oft die Hebammen die Unterkünfte aufsuchen. Weiterhin scheinen einige Unterkünfte nicht von dem Hebammenangebot abgedeckt zu sein. Zu empfehlen ist also die Implementierung einer einheitlichen Struktur, die alle Unterkünfte in Berlin in einer möglichst hohen Frequenz abdeckt. Darüber hinaus wäre es für die Versorgung zuträglich, alle Frauen\* über die Möglichkeit einer privaten Hebamme aufzuklären und diese, wenn gewünscht, frühzeitig zu organisieren. Es bedarf unbedingt der direkten Ausgabe der eGK, sodass medizinische Leistungen in Anspruch genommen und abgerechnet werden können. Hinzukommend muss Sprachmittlung als Leistung der Krankenkasse implementiert werden. Ein Grundproblem, das sich in den Bedürfnissen der Frauen\*, den Verbesserungsansätzen der Fachkräfte sowie der Analyse der Wohnsituation widerspiegelt, ist die prekäre Lebenssituation in den Unterkünften. Das Land Berlin benötigt mehr bezahlbaren Wohnraum und die Zugänge zu Wohnraum, die durch befristete Aufenthaltstitel, Duldungen, Rassismen und

andere Barrieren verunmöglicht werden, müssen abgebaut werden. Solange es Unterkünfte als Unterbringungsform für geflüchtete Menschen gibt, müssen diese so menschenwürdig wie möglich gestaltet werden. Dies bedeutet unter anderem, dass Schutzräume für FLINTA\* gewährleistet werden müssen, Gemeinschaftsbäder dürfen nicht gemischtgeschlechtlich sein. Die Erfüllung der Grundbedürfnisse und das Maximum an Selbstbestimmung, das unter den Bedingungen der repressiven Asylsituation möglich ist, muss hergestellt werden. Praktiken wie die Vergabe von Internetcodes als Belohnungssystem für das Putzen von Toiletten sind inakzeptabel und unvereinbar mit dem Mandat Sozialer Arbeit. Sozialarbeiter\*innen, die professionell und entsprechend ihres Berufsethos handeln, müssen sich parteilich für Adressat\*innen verhalten. Antirassistische Kompetenzen sowie eine intersektionale Diskriminierungssensibilität der Fachkräfte müssen durch Schulungen, Workshops und Supervision hergestellt werden, wenn sie nicht bei Einstellung vorausgesetzt sind. Dazu gehört auch das Melden von rassistischen Vorfällen, wenn die Betroffenen dies wünschen, so wie eine Hebamme es beschreibt. Weiterhin dürfen rassistische und diskriminierende Aussagen von Kolleg\*innen nicht hingenommen, sondern müssen beanstandet werden. Des Weiteren erscheint eine Kompetenzerweiterung hinsichtlich des Umgangs mit Betroffenen von Menschenhandel notwendig.

Die dargestellten Ergebnisse und Interpretationen werden in der nachfolgenden Diskussion mit den Diskursen und bisherigen Studien, die im Theoriekapitel aufgegriffen wurden, verknüpft, um die Forschungsfragen zu beantworten.

## **4 Diskussion und Ausblick**

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse mit den theoretischen Diskursen verknüpft, um die Forschungsfragen zu diskutieren und zu beantworten. Hierbei soll zunächst auf die erste Forschungsfrage nach der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin eingegangen werden. Dabei werden die Lebenssituation in den Unterkünften sowie die Versorgung durch Sozialarbeiter\*innen und Hebammen beleuchtet. Anschließend werden in Bezugnahme zur zweiten Forschungsfrage Ungleichheitsstrukturen in der Versorgung sowie Verbesserungsansätze diskutiert. Abschließend werden Implikationen für die Soziale Arbeit sowie für die Praxisforschung in Sozialer Arbeit herausgestellt und es wird ein Ausblick auf weiterführende Forschung gegeben.

### **4.1 Die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin**

Zu Beginn der Diskussion soll zunächst die erste Forschungsfrage aufgegriffen und diskutiert werden. Wie gestaltet sich nun die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben? Im theoretischen Kapitel fand eine erste Annäherung an die Fragestellung statt. Der Großteil der ermittelten Studien gab an, dass in Hinblick auf die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* erhebliche Forschungsdesiderate bestehen. Auffallend ist, dass nur wenige Studien sich mit der spezifischen Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften befassen. Das Thema der Unterbringung wurde jedoch in einigen Studien miteinbezogen und teilweise verknüpft mit der speziellen Situation schwangerer Frauen\*. Zudem liegen Forschungsarbeiten zur Situation in Unterkünften für Asylsuchenden allgemein vor. Das Spezifikum der vorliegenden Arbeit liegt darin, dass sie Einblicke in die Versorgungssituation in Berlin gibt und die einzelnen Aspekte miteinander verknüpft.

#### **4.1.1 Die Lebenssituation in den Unterkünften**

In der Zusammenführung des theoretischen Rahmens mit den empirischen Ergebnissen ist zunächst festzustellen, dass das Leben in einer Unterkunft, sei es GU oder EAE, allgemein und insbesondere während einer Schwangerschaft sowie in der Zeit danach mit erheblichen Belastungsfaktoren einhergeht. Die erhobenen Daten der durchgeführten Studie ähneln der vorhandenen Literatur. Die Unterkünfte in Berlin unterscheiden sich nach Aussage der interviewten Fachkräfte in ihrer Qualität. Wie bereits in der

Literatur beschrieben (vgl. Muy 2018: 264/Kasper 2021: 146/Baron et al. 2020: 13), wohnen Familien - aufgrund von Rassismen und Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt sowie dem Mangel an Wohnraum - teils jahrelang in Unterkünften. Eine interviewte Sozialarbeiterin berichtet:

*„Also es gibt viele die [eine Wohnung; Anm. d. Verf.] suchen und es gibt auch viele die schon richtig richtig lange suchen (.) es kommt dann auch halt wieder auf den Aufenthaltstitel an (.) ob das überhaupt geht (.) weil es können ja eigentlich nur Leute wirklich suchen die einen keine Duldung mehr haben oder (.) ja also (.) irgendwie einen gesicherten Aufenthalt haben und die suchen oft jahrelang und (.) gerade hat eine Familie etwas gefunden aber das ist echt (lachend) irgendwie so ein bisschen eine Seltenheit (.) deswegen also ich glaube in der Unterkunft ist die durchschnittliche Wohnzeit irgendwie 3 Jahre (.) also wahnsinnig lang eigentlich (..)“ (S.3 P.452-454)*

In Berlin existieren gut angebundene Unterkünfte im Stadtzentrum wie auch isolierte Unterkünfte an den Stadträndern. Die Unterkünfte, die keine Apartmentstruktur haben, gehen einher mit den in der Literatur (vgl. Kasper 2021: 146/Kurmeyer & Abels 2018: 59/Schröttle & Müller 2004: 454/Baron et al. 2020: 20) bereits beschriebenen und durch die interviewten Fachkräfte bestätigten Schwierigkeiten: Gemeinschaftsbäder sind teils unhygienisch und stellen eine Belastung dar, wenn Frauen\* häufig erbrechen, Blutungen sowie Wochenfluss haben oder ihr Neugeborenes baden wollen. In manchen Unterkünften sind die sanitären Anlagen gemischtgeschlechtlich, ein Schutzraum vor sexualisierter Gewalt ist damit inexistent. Eine interviewte Hebamme beschreibt ein besonders eindrückliches Beispiel einer schlechten Unterbringungssituation:

*„Ich gehe gerade so ein paar Bilder durch mhm. Naja [Ja. Was kommen da so für Bilder?] Genau dieses einfach Vorgarten mit Blumen [Ja ja] und dann das ganz schlimme Zimmer mit Kakerlaken unter dem Teppich und man hat sich nicht mal getraut sich irgendwo hinsetzen weil man dachte gleich kriegt man irgendeine Krankheit und da wohnt dann eine Frau mit zwei kleinen Kindern und ist schwanger einfach nur die die Unterschiede die es gibt“ (H.2 P.100-104)*

Des Weiteren fehlt es in den Unterkünften an Ruhe und Privatsphäre, eine Fachkraft beschreibt eine EAE mit großen Zimmern, in der Eltern mit bis zu sechs oder sieben Kindern in einem Zimmer untergebracht sind. In Unterkünften mit kleinen Zimmern sind Familien teils nicht in zusammenhängenden Räumen untergebracht, was die Kinderaufsicht erheblich erschwert. Die von Ernst et al. beschriebene notwendige Ruhe sowie Rückzugsmöglichkeiten für Frauen\* im Wochenbett (vgl. Ernst et al. 2017: 53) sind dort

nicht gegeben. Die dargestellten Auswirkungen der Vollverpflegung in EAE durch Bekyol und Bendel (2018: 33), wie der Gewichtsverlust von Kindern und die Belastung für Schwangere, bestätigen sich in den erhobenen Daten. Eine Hebamme erzählt:

*„und der andere Riesenpunkt den ich auch sehr gut nachvollziehen kann und echt belastend finde ist nicht kochen können also und das ist aber Gott sei Dank aktuell bei mir glaube ich nur noch [Adresse einer Unterkunft, Anonymisierung d. Verf.] so also dieser Erstaufnahme. In allen anderen GUs haben die die Möglichkeit selber zu kochen. Aber das war ja auch gerade am Anfang 2015 16 so dass die immer beliefert wurden von diesen Caterern (lacht) das klingt immer so fancy (.) it is not. Und das finden die natürlich extrem belastend total verständlich weil das Essen ist schlecht und wenn man schwanger ist soll man sich gesund ernähren. Das ist weder gesund (.) und wenn man es halt nicht MAG da kann man sich ja auch drüber streiten ob es jetzt gesund oder nicht ist aber wenn man das Essen einfach nicht mag und wenn das nicht das ist was man kennt und dann isst man es am Ende nicht und man ist eh so geruchsempfindlich ((Kinder schreien im Hintergrund)) Schwangere sind eh oft sehr (.) die wissen genau ich habe jetzt Lust auf das und das und wenn man sich das dann nicht machen kann das finde ich tatsächlich unwürdig“ (H.3 P.280)*

Den Ausführungen im Theorieteil hinzufügend ergeben die Daten der Interviews, dass eine Unterkunft mit Vollverpflegung nicht geeignet ist um ein Neugeborenes mit einer Flasche zu versorgen. Aufgrund dessen, dass kein Zugang zu einer Küche besteht, gibt es für Eltern keine Möglichkeit die Flaschen auszukochen und zu sterilisieren, was dazu führt, dass die Neugeborenen regelmäßig an Pilzinfektionen im Mund erkranken. Eine Hebamme berichtet, dass sie die EAE kontinuierlich darauf hinweist, dadurch jedoch keine Veränderungen eingetreten sind. Für Frauen\*, die nicht stillen können, wollen oder abstillen, stellt dies einen Stressfaktor dar. Den bestehenden Forschungsstand ergänzt das Interviewmaterial ebenfalls um die Situationsbeschreibung, dass es in einer Unterkunft kein flächendeckendes WLAN, sondern lediglich begrenzt ausgegebene Internetcodes gibt. Wie bereits in der Ergebnisinterpretation dargelegt, ist dies als äußerst prekär zu bewerten. Für Personen in einer Fluchtsituation muss uneingeschränkter Zugang zum Internet bestehen. Die in dem Ergebnisteil beschriebene Nutzung der Ausgabe zusätzlicher Internetcodes durch die Mitarbeiter\*innen als Belohnungssystem, um Bewohner\*innen zum Putzen der verschmutzten Toiletten zu motivieren ist höchst problematisch und entspricht keiner menschenrechtskonformen Praxis Sozialer Arbeit. Zusammenfassend kann in der Zusammenführung des Theorieteils mit den empirischen Ergebnissen festgestellt werden, dass die Unterbringung in einer Unterkunft mit Gemeinschaftsbädern und -küchen oder Vollverpflegung für Schwangere und Frauen\* mit Neugeborenen nicht geeignet ist. An dieser Stelle sei ebenfalls erneut auf Engelhardt et al.

verwiesen, die die Unterbringungssituation als erheblichen Stressor identifizieren, der negative Effekte auf die Schwangerengesundheit hat (vgl. Engelhardt et al. 2022: iii599).

Die vorangegangene Schilderung der Situation in den Unterkünften steht im Gegensatz zu den verschriftlichten Qualitätsstandards für die Unterbringung für Geflüchtete in Berlin, die die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2021 gemeinsam mit dem LAF und anderen Akteur\*innen entwickelt hat (vgl. SenIAS 2021). Die festgehaltenen Standards garantieren beispielsweise kostenfreies WLAN mindestens in den Aufenthaltsbereichen (vgl. ebd.: 34), geschlechtergetrennte sanitäre Anlagen (vgl. ebd.: 37) oder den Zugang zu Aufzügen für Schwangere (vgl. ebd.: 46). Ebenfalls werden die Rechte bei besonderen Bedarfen geschildert, die die Verlegung in eine geeignetere Unterkunft beinhalten (vgl. ebd.: 45f.).

Wie bereits im Theoriekapitel expliziert, gilt Schwangerschaft als ein besonderer Schutzbedarf nach der EU-Aufnahmerichtlinie (vgl. ABI. L180, 29.06.2013), deren Umsetzung für Deutschland verpflichtend ist (vgl. Fröhlich 2022: 152). Dies umfasst auch eine angemessene Unterbringung (vgl. ABI. L180, 29.06.2013). Fraglich ist also, warum schwangere Frauen\* in Berlin dennoch unter beschriebenen Umständen leben. An dieser Stelle sollen die Möglichkeiten der Verlegung in eine bessere Unterkunft in den Blick genommen werden. Die interviewten Fachkräfte geben an, dass es die Option gibt, beim LAF einen Antrag auf Verlegung in eine bessere Unterkunft zu stellen. Dies funktioniert laut Aussage der Expertinnen in manchen Fällen, meistens jedoch nicht. Für Personen mit schlechter Bleibeperspektive vermutet eine Sozialarbeiterin keine Chancen auf Verlegung in eine bessere Unterkunft. Eine Hebamme erzählt:

*„[...] und Schwangerschaft per se ist jetzt kein Grund zur Verlegung leider. Das haben wir ganz oft gemacht, Briefe geschrieben aber dann sagen die Ja gut Sie sind jetzt schwanger und nicht krank [...]“ (H.2 P.100)*

Eine interviewte Fachkraft berichtet, dass Personen trotz besonderer Bedarfe wie Chemotherapie, Mehrfachbehinderung oder Suizidversuchen nicht aus der Erstaufnahmeeinrichtung entlassen werden, um in eine GU mit besserer Wohnstruktur ziehen zu können.

Die Ausführungen der Fachkräfte lassen darauf schließen, dass Schwangerschaft und andere besondere Schutzbedarfe bei der Verteilung in Unterkünfte nicht immer berücksichtigt werden und ebenfalls, wenn sie im Laufe der Zeit auftreten, bei Antragstellung auf Verlegung selten oder keine Beachtung finden. Neben den beschriebenen

Qualitätsstandards des LAF existiert für die Mitarbeiter\*innen des Sozialdienstes des LAF ein Leitfaden zur Identifikation besonderer Bedarfe mit konkreten und umfangreichen Handlungsempfehlungen (vgl. SenIAS/LAF 2018). Die Qualitätsstandards und der Leitfaden sind als positiv zu bewerten. Zwischen den Verschriftlichungen des LAF und den beschriebenen Praxiserfahrungen der Interviewpartnerinnen ist jedoch eine erhebliche Diskrepanz zu erkennen. Die Nicht-Umsetzung der Qualitätsstandards sowie die Nicht-Beachtung besonderer Schutzbedarfe nach der EU-Aufnahmerichtlinie sind zu beanstanden.

Wenngleich die empirische Studie in der Zusammenführung mit der Literatur keine mehrheitlich neuen Erkenntnisse hervorgebracht hat, wird anhand der erhobenen Daten die Prekarität der Wohnsituation in Unterkünften für schwangere Frauen\* in Berlin deutlich. Die vorliegende Arbeit leistet im Vergleich zu dem Großteil der recherchierten Literatur einen spezifischen Blick auf den Einfluss der Unterbringung auf schwangere Frauen\* und gibt dabei eine ausführliche Beschreibung der Lebensumstände in Unterkünften im Land Berlin.

In der Diskussion der Wohnsituation muss die Limitation der Ergebnisse beachtet werden. Es lässt sich keine generalisierende Aussage zu allen Unterkünften in Berlin treffen. Die interviewten Fachkräfte beschreiben, dass die Unterkünfte sich in ihrer Qualität unterscheiden, was bedeutet, dass es auch Unterkünfte gibt (z.B. diese mit Apartmentstruktur), in denen das Wohnen während einer Schwangerschaft und in der Zeit danach mit weniger Belastungsfaktoren einhergeht. Dennoch muss die Sammelunterbringung an sich kritisiert werden, verhindert sie doch ein selbstbestimmtes Leben und eine selbstbestimmte Schwangerschaft in einem diskriminierungsfreien, sicheren Raum. Das Ziel bleibt weiterhin die dezentrale Unterbringung von geflüchteten Personen in eigenem Wohnraum. Solange dies nicht gegeben ist, müssen Qualitätsstandards eingehalten und besondere Schutzbedarfe in der Unterbringung berücksichtigt werden.

#### **4.1.2 Die Versorgung in den Unterkünften durch Soziale Arbeit und Hebammen**

##### **4.1.2.1 Soziale Arbeit**

In der Literaturrecherche wurden keine Informationen zur Versorgung schwangerer Frauen\* in Unterkünften durch Sozialarbeiter\*innen gefunden. Jedoch existieren Beschreibungen und Analysen zur generellen Versorgung geflüchteter Personen durch

Sozialarbeiter\*innen in Unterkünften für Asylsuchende. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ergänzen die vorhandene Literatur um Einblicke in die explizite Versorgung schwangerer Frauen\* durch die Berufsgruppe Soziale Arbeit in Unterkünften in Berlin. Zunächst ist festzustellen, dass die Tätigkeitsbeschreibungen der Sozialarbeiter\*innen in den Unterkünften in der Versorgung Schwangerer den Aufgaben der Sozialarbeiter\*innen in der Literatur ähneln. Die Sozialarbeiter\*innen vermitteln den Zugang zum Gesundheitssystem (vgl. Rolke et al. 2020: 965) und zu anderen Versorgungsleistungen oder Beratungsstellen. Darüber hinaus unterstützen sie die Frauen\* bei allen bürokratischen Anforderungen vor und nach der Geburt (bspw. Vaterschaftsanerkennung, Geburtsurkunde, Asylantrag für das Neugeborene). In den Unterkünften der interviewten Sozialarbeiterinnen ist das Sozialteam eingeteilt in verschiedene Zuständigkeitsbereiche, die interviewten Sozialarbeiterinnen sind zuständig für den Bereich „*Schwangere und Neugeborene*“. Dies entspricht den Empfehlungen von Berrut de Berrut et al. (vgl. Berrut de Berrut et al. 2020: 20), explizite Ansprechpartner\*innen für schwangere Frauen\* festzulegen, um bedarfsgerecht auf die Frauen\* zugehen zu können. Die Einteilung der Sozialarbeiter\*innen in einzelne Zuständigkeitsbereiche ist als positiv zu bewerten. Die interviewten Sozialarbeiterinnen sind verantwortlich für die Organisation des Hebammenangebots (vgl. Kapitel 4.1.2.2) und ebenfalls Ansprechpartnerinnen für die aufsuchenden Hebammen. In den Unterkünften gibt es keine einheitliche Regelung für die Sprachmittlung. Die Sozialarbeiter\*innen arbeiten mit Übersetzungsapps, haben eigene Sprachkompetenzen, nutzen Träger, die telefonische Sprachmittlung anbieten oder arbeiten zusammen mit Kolleg\*innen (teils Verwaltungspersonal), die die Übersetzung übernehmen. Für eine qualitativ hochwertige Sozialarbeitsberatung sollte in Unterkünften für Asylsuchende flächendeckende Sprachmittlung implementiert werden, die im besten Fall durch anwesende Dolmetscher\*innen gewährleistet wird oder aber vorerst durch telefonische Sprachmittlung sichergestellt ist (vgl. die Empfehlungen zur Überwindung der Sprachbarriere in der medizinischen Versorgung von David et al. 2021: 57). Die Kritik in der Literatur an dem niedrigen Personalschlüssel Sozialer Arbeit in Unterkünften (vgl. Scherschel 2016: 7/Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 4) findet sich ebenfalls in der Analyse der durchgeführten Studie wieder. Eine interviewte Sozialarbeiterin beschreibt einen Betreuungsschlüssel von 1:60, bei dem wenig Kapazitäten für die individuelle Versorgung bleiben, in Akutphasen kann sie nur Dringliches bearbeiten oder „[...] das von demjenigen der am lautesten schreit (lacht) [...]“ (S.2 P.318). Die in der Literatur bereits beschriebene und kritisierte Auswahl der Betreiber\*innen nach ökonomischen Interessen (vgl. Aumüller et al. 2015: 47) wird von den interviewten Fachkräften bestätigt. Es kann festgestellt werden, dass Betreiberwechsel und die damit einhergehenden Konsequenzen wie schlechtere

Bezahlung der Mitarbeiter\*innen, die wiederum in einer Beispielbeschreibung zu Resignation in der Arbeit führten oder der Wechsel des gesamten Sozialteams, wodurch der Kontakt zur aufsuchenden Hebamme abbrach und diese nicht mehr die Unterkunft versorgte, direkte negative Auswirkungen auf die Versorgung der schwangeren Frauen\* haben. Eine Sozialarbeiterin beschreibt:

*„[...] ich fände es cool wenn es Träger gäbe die mehr auch so ein bisschen (.) einen politischen Anspruch daran haben wie (lacht) wie (unv.) Soziale Arbeit sein sollte weil dann (.) ist so etwas auch leichter dahinterzustehen und sich etwas zu trauen wenn man weiß der Träger steht irgendwie auch hinter einem ja (.) glaube ich und so ist es halt wirklich immer so (.) die Suche nach dem unkompliziertesten und billigsten Träger für das LAF und das (.) kann dann auch oder leidet glaube ich einfach die Qualität dann auch sehr darunter [...]“ (S.3 P.472)*

Die Bedeutung der Rahmung Sozialer Arbeit durch das System Unterkunft wird sowohl in der Literatur als auch in der Analyse der Interviews erkennbar. Die Sozialarbeiter\*innen agieren innerhalb struktureller Gegebenheiten des Trägers und Vorschriften des LAF. Durch eingeschränkte personelle Ressourcen kann keine umfängliche individuelle Beratung und Begleitung stattfinden. Zudem ist die Qualität der Sozialarbeit abhängig vom Engagement der jeweiligen Sozialarbeiter\*in. Daran anknüpfend soll erneut Bezug auf die Forderungen von Sebastian Muy genommen werden. Dieser verlangt die Ausschöpfung aller Handlungsspielräume Sozialer Arbeit trotz einschränkender Strukturen zur Unterstützung von geflüchteten Personen in Unterkünften (vgl. Muy 2018: 270f.). Es lässt sich zwar eine Parteilichkeit der interviewten Sozialarbeiterinnen mit ihren Adressat\*innen sowie die teilweise Äußerung von Kritik an den strukturellen Gegebenheiten erkennen, im Rahmen der Auswertung der Interviews sind jedoch Äußerungen über Handhabungen von Sozialarbeiter\*innen aufgefallen, die der Professionsethik Sozialer Arbeit im Sinne einer Menschenrechtsprofession und des Triplemandats (vgl. Staub-Bernasconi 2019) widersprechen. Die Beispiele sollen nachfolgend näher beleuchtet werden. Zunächst soll noch einmal der Träger kritisiert werden, der dem zuständigen Sozialdienst aufgetragen hat keine Ärzt\*innentermine mehr für die Bewohner\*innen zu vereinbaren, da diese die Termine nicht wahrnehmen würden. Neben dem, dass es nicht generalisierbar sein kann, wenn Bewohner\*innen ihre Termine nicht wahrnehmen, wird in dem Interviewmaterial nicht die Auseinandersetzung mit der Frage, warum Bewohner\*innen Termine nicht in Anspruch nehmen, ersichtlich. Hinsichtlich der in den Interviews beschriebenen Abhängigkeit der Bewohner\*innen von dem Sozialdienst in der Recherche, Übersetzung oder Vermittlung, lässt das Versagen eines gängigen Unterstützungsangebots Sozialer Arbeit auf das Fehlen einer menschenrechtsorientierten und

ethischen Haltung des Trägers konkludieren. Weiterhin ist zu kritisieren, dass aus dem Interviewmaterial keine Widersetzung des Sozialdienstes gegenüber der Regelung im Sinne des Triplemandats und der Positionierung für die Adressat\*innen hervorgeht. Dem hinzuzufügen ist die Haltung einer Sozialarbeiterin zu benennen, die davon ausgeht, dass die schwangeren Frauen\* ohne ihre Erinnerung keine Ärzt\*innentermine wahrnehmen würden. Eine weitere Sozialarbeiterin beschreibt ihre Frustration darüber, wenn Personen nicht zu den durch sie vereinbarten Terminen gehen. In der Analyse des Materials lässt sich eine Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber den Adressat\*innen erkennen, die nicht einer bedürfnis- und nutzerinnenorientierten Sozialarbeit entspricht. Die Verweigerung mandatswidriger Aufgaben, wie die Unterlassung des Vereinbarten von Ärzt\*innenterminen, kann die Gefährdung der eigenen Beschäftigung bedeuten, wie Muy sowie Eichinger und Schäuble bereits feststellen (vgl. Muy 2018: 267/Eichinger & Schäuble 2018: 293f.). Im Sinne einer Sozialarbeit, die ihrer Professionsethik entspricht, bedarf es jedoch einer Bereitwilligkeit Konflikte mit den Verantwortlichen einzugehen und auszuhandeln (vgl. Muy 2018: 267). Dies lässt sich in dem analysierten Interviewmaterial jedoch nicht erkennen. Als drittes Beispiel soll erneut die Implementierung eines Belohnungssystems mit Internetcodes durch Sozialarbeiter\*innen aufgegriffen werden, die damit Bewohner\*innen zum Putzen der verschmutzten Toiletten motivieren wollen. Neben dem, dass es wie bereits weiter oben aufgeführt, nicht den Qualitätsstandards des LAF entspricht, dass die Unterkunft kein WLAN, sondern nur eingeschränktes Internet zur Verfügung stellt, ist die Nutzung weiterer Internetcodes als Belohnungssystem nicht hinnehmbar. Es zeigt die asymmetrischen Machtverhältnisse zwischen Bewohner\*innen und Unterkunftspersonal auf. Der Grundstandard an Menschenrechten innerhalb der Unterkunft wird dadurch nicht nur nicht erfüllt, sondern durch die Praxis der Sozialarbeiter\*innen noch weiter herabgestuft.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in Anknüpfung an das Hauptthema der vorliegenden Arbeit und der Frage nach der spezifischen Versorgung schwangerer Frauen\* durch Sozialarbeiter\*innen keine wesentlich neuen Erkenntnisse herausgestellt werden können. Die Tätigkeitsbereiche der Sozialarbeiter\*innen ähneln der bereits in der Literatur beschriebenen allgemeinen Versorgung geflüchteter Personen in Unterkünften, mit dem Spezifikum der Unterstützung in bürokratischen Anliegen, die nur Schwangere erfahren, der Zuständigkeitsbereiche und der Organisation der aufsuchenden Hebamme. Dennoch enthält die vorangegangene Ausführung wichtige und die bereits vorhandene Literatur unterstützende Erkenntnisse zu Sozialer Arbeit in Unterkünften für Asylsuchende allgemein. Die Implikationen, die sich für die Soziale Arbeit aus der vorliegenden Arbeit ergeben, sollen in Kapitel 4.3 vertiefend betrachtet werden.

#### 4.1.2.2 Hebammen

Wie bereits im theoretischen Rahmen expliziert, haben geflüchtete Frauen\* Anspruch auf Hebammenhilfe nach §4 Abs.2 AsylbLG (vgl. §4 Abs.2 AsylbLG). In Berlin wurde 2018 das Hebammenprojekt des LAF implementiert, in Zuge dessen im Jahr 2022 zehn<sup>18</sup> freiberufliche Hebammen aufsuchend in den Unterkünften in Berlin arbeiten (vgl. LAF 2020b/LAF 2022i). In der Recherche konnten keine detaillierten Erkenntnisse zur Umsetzung des Hebammenprojekts in Berlin ermittelt werden. Die vorliegende Arbeit gibt durch die durchgeführte Studie neue Einblicke in das Hebammenprogramm des LAF. Diese werden nun in der Zusammenführung mit dem theoretischen Rahmen beleuchtet. Ebenso wie die von Kasper interviewten Hebammen (vgl. Kasper 2021: 136), arbeiten die Hebammen in Berlin aufsuchend in der Unterkunft in einem Sprechzimmer oder in den Zimmern der Frauen\*. Die Hebammen in Berlin versorgen die Frauen\* während der Schwangerschaft sowie während der Zeit des Wochenbetts. In der Auswertung des Interviewmaterials wird ersichtlich, dass die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften durch Hebammen nicht der privaten 1:1 Betreuung entspricht, die die Hebammen ebenfalls anbieten. Die Hebammen sind alle sieben, 14 oder 21 Tage in der Unterkunft und können nicht bei jedem Besuch alle Frauen\* versorgen. Bei Notfällen oder zusätzlichen Bedarfen versuchen sie zusätzliche Termine anzubieten. Es existiert keine einheitliche Regelung für die Sprachmittlung. Nur eine interviewte Hebamme arbeitet ausschließlich mit geschulten Dolmetscher\*innen, die vor Ort sind. Dies ist als positiv zu bewerten. Die anderen Hebammen arbeiten mit Translator Apps, Vokabelzetteln, Bildern oder bringen eigene Sprachkenntnisse mit. In Kooperation mit dem LAF kann der kostenlose Telefondolmetschdienst „*SprInt*“ genutzt werden. Dies scheint nach der vor Ort Übersetzung die zweitbeste Lösung zu sein und kann als vorteilhaftes Angebot herausgestellt werden. In der Praxis wird dieses jedoch kaum genutzt, da vorab Termine mit den jeweiligen Dolmetscher\*innen vereinbart werden müssen und die tatsächlichen Sprachbedarfe für die Hebammen selten planbar sind. Die Nutzbarmachung von „*SprInt*“ für die Praxis wäre für die Versorgung durch die Hebammen zur Erhöhung der Qualität durch fortwährende Sprachmittlung zweckdienlich. In der Nebeneinanderstellung der Ergebnisse der durchgeführten Studie mit den Ausführungen von Kasper 2021 werden weitere Ähnlichkeiten sichtbar. Wie auch bei Kasper (vgl. Kasper 2021: 171) nehmen sich die interviewten Hebammen in Berlin ausführlich Zeit um Fragen zu beantworten und Untersuchungen zu erklären, wofür in der Gynäkologiepraxis oft keine Kapazitäten vorhanden sind. Ebenfalls übernehmen sie sozialarbeiterische Aufgaben wie die Vermittlung zu Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen oder anderen Einrichtungen des

---

<sup>18</sup> Im Jahr 2023 werden es zehn bis zwölf Hebammen sein (vgl. Kapitel 2.4.2.2, S.28).

Versorgungssystems (vgl. ebd.: 174). Darüber hinaus ist, übereinstimmend mit Kaspers Ergebnissen (vgl. ebd.: 178), eine Sensibilität der Hebammen im Umgang mit den schwangeren Frauen\* hinsichtlich Traumatisierungen und der schwierigen Lebenssituationen erkennbar. Zusätzlich dazu wird ein feministischer Anspruch der interviewten Hebammen an ihre Arbeit deutlich, sie wollen für die Frauen\* einen Schutzraum kreieren.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Versorgung der schwangeren Frauen\* durch die aufsuchenden Hebammen nicht der privaten 1:1 Betreuung entspricht. Es wird deutlich, dass es keine einheitliche Regelung gibt, wie oft die Hebammen die Unterkünfte in Berlin aufsuchen. Wie bereits bei den Sozialarbeiter\*innen existiert ebenfalls keine einheitliche Struktur zur Sprachmittlung, obwohl das Angebot des Telefonübersetzungsdienstes „*SprInt*“ als positiv zu bewerten ist. Dieser müsste für die Praxis nutzbarer gemacht werden.

## 4.2 Ungleichheiten in der Versorgung

Im Folgenden soll nun die zweite Forschungsfrage nach Ungleichheiten in der Versorgung und Verbesserungsansätzen aufgegriffen werden. Zunächst werden Ungleichheiten anhand von Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem dargestellt und es wird das Thema Menschenhandel aufgegriffen. Darüber hinaus werden Verbesserungsansätze diskutiert und abschließend spezifische Implikationen für die Soziale Arbeit sowie die Praxisforschung in Sozialer Arbeit herausgearbeitet. Letztlich wird ein Ausblick auf weiterführende Forschung gegeben.

In der Verbindung der empirischen Ergebnisse mit dem theoretischen Rahmen wird deutlich, dass geflüchtete Frauen\* keine allumfassende und äquivalente Versorgung während der Schwangerschaft erhalten. Vorhandene Studien, die eine unzureichende Versorgung und erschwerte Zugänge aufzeigen, wurden bereits im Theoriekapitel dargelegt. Sie werden durch die Ergebnisse der durchgeführten Studie unterstützt. Folgende Konkretisierungen der Ungleichheiten in der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* beziehen sich nicht nur auf die Situation in den Unterkünften, sondern ebenfalls auf die Versorgung in Strukturen außerhalb der Unterkünfte. Sichtbar werden die Ungleichheiten insbesondere anhand diverser Zugangsbarrieren, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

Zunächst ist der rechtlich eingeschränkte Zugang zu Gesundheitsleistungen in den ersten 18 Monaten oder bis zur Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis (vgl. BAfF 2022) zu benennen. Die Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt ist zwar rechtlich nach §4

AsylbLG gewährleistet und für besonders schutzbedürftige Personen, zu denen auch Schwangere gehören, sind sogenannte Sonstige Leistungen nach §6 AsylbLG trotz Kann-Regelung zu bewilligen (vgl. BAfF 2022). Trotzdem ist die Schlechterstellung geflüchteter Personen für den Zeitraum von bis zu 18 Monaten zu kritisieren. Es soll noch einmal auf Frings verwiesen werden, die dies als unvereinbar mit Artikel 12 der UN-Sozialcharta sowie Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz oder Artikel 1 der GRC erachtet (vgl. Frings 2017: 14f.). Darüber hinaus soll auf die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte Bezug genommen werden. In Berlin ist die Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte an Stelle der Beantragung einzelner Gesundheitsleistungen beim Sozialamt im Vergleich zu anderen Bundesländern (vgl. Rolke et al. 2020: 962/SenIAS o.D.) bereits als positiv zu bewerten. Es zeigt sich aber anhand des Interviewmaterials, dass die eGK in Berlin in vielen Fällen zeitverzögert ausgestellt wird. Die vorläufige Bescheinigung des LAF erkennen manche Ärzt\*innen an, andere akzeptieren nur die eGK. Die interviewten Fachkräfte berichten, dass auch der öffentliche Dienst, der medizinische Leistungen für nicht-versicherte Personen anbietet, in Fällen der Abweisung durch Ärzt\*innen aufgrund der fehlenden eGK keine Zuständigkeit übernimmt, da die Frauen\* offiziell durch das LAF versichert sind. Eine Sozialarbeiterin erzählt:

*„[...] dann kommen die Bewohnerinnen ohne elektronische Gesundheitskarten die kommen mit diese Anmeldung die dann nicht akzeptiert wird [Okay] von viele Ärzten und genau dann müssen wir immer dann mit dem mit den Krankenkasse den sagen dann schickt uns mal bitte eine vorläufige Bescheinigung, die dann von einigen Frauenärzten akzeptiert wird aber von anderen nicht“ (S.1 P.56-58)*

Mit der Zeitverzögerung in der Ausstellung der eGK ist der Zugang zu medizinischer Versorgung für schwangere geflüchtete Frauen\* nicht sichergestellt.

In der Analyse der von den interviewten Fachkräften beschriebenen Zugangsbarrieren wird deutlich, dass übereinstimmend mit der Literatur, die Sprachbarriere als eine der Hauptbarrieren identifiziert wird. In Berlin gibt es keine flächendeckende Sprachmittlung und insbesondere Notfälle und kurzfristige Termine, wie bei Kasper (2021: 62) bereits beschrieben, sind mit den bestehenden Möglichkeiten nicht abgedeckt. In der Zusammenführung des theoretischen Rahmens mit den erhobenen Ergebnissen wird die besondere Belastung für Frauen\* durch die Sprachbarriere während der Geburt ersichtlich. Kasper und Gaudion et al. (vgl. Kasper 2021: 181/Gaudion et al. 2022: iii596) stellen bereits eine schlechtere medizinische Versorgung während der Geburt aufgrund der Sprachbarriere fest. Dies wird durch das Interviewmaterial bestätigt. In Berlin ist es abhängig vom Zufall, ob am Tag der Entbindung ein\*e Krankenhausmitarbeiter\*in mit

entsprechenden Sprachkenntnissen die Geburt begleiten kann. Die fehlende Möglichkeit der Kommunikation löst bei den Frauen\* oft Ängste und Unsicherheiten aus. Besonders zu kritisieren sind die durch eine interviewte Hebamme beschriebenen Übergriffe, die entstehen können, wenn medizinisches Personal nicht versucht die Sprachbarriere zu überwinden. Die Hebamme berichtet: „[...] auch in Krankenhäusern wo Frauen sagen mich hat man gar nicht gefragt unter der Geburt Dammschnitt da Ja Nein [...]“ (H.2 P.80). Darüber hinaus berichtet sie von Frauen\*, die für Untersuchungen angefasst wurden ohne gefragt zu werden oder von abgerechneten IGeL Leistungen, deren Aufklärung nicht in Muttersprache erfolgte. Wie bereits im Theorieteil beschrieben (vgl. Bundesamt für Justiz 2021 zitiert nach David et al. 2021: 54), sind Ärzt\*innen nach §630e BGB rechtlich verpflichtet, Patient\*innen über die Behandlung aufzuklären, sodass diese die Erklärung verstehen (vgl. §630e Abs.2 S.3 BGB). Die Beschreibungen der Hebamme sind also nicht gesetzeskonform. Ferner sind die übergriffigen Handlungen von medizinischem Personal auf anderer Ebene zu beanstanden. Ernst et al. (2017) beschreiben die Wichtigkeit der Triggervermeidung für eine traumasensible Versorgung, insbesondere gewaltbetroffener Frauen\*. Gynäkologische Untersuchungen, Rückenlage oder das Festgehaltenwerden durch Fachkräfte können einen Trigger darstellen (vgl. ebd.: 51ff./Skolik 2006). Es kann also davon ausgegangen werden, dass Frauen\* durch übergriffiges Verhalten von medizinischem Personal, welches nicht versucht die Sprachbarriere zu überwinden und handelt ohne Eingriffe zu erklären und zu übersetzen, getriggert und (re)traumatisiert werden können. Die Relevanz einer flächendeckenden Sprachmittlung für Frauen\* während der Geburt und in anderen medizinischen Versorgungskontexten wird wiederholt deutlich. Die im Theorieteil explizierte Implementierung von Sprachmittlung in das SGB V (vgl. SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021: 65) fand bisher keine Umsetzung. Im November 2022 veröffentlichten 30 Organisationen im Rahmen des „*Bundesweite[n] Bündnis für Sprachmittlung im Gesundheitswesen*“ (TransVer 2023) ein Positionspapier mit konkreten Forderungen zur Umsetzung des Koalitionsvertrags und damit einhergehender Verminderung von strukturellen Rassismen und Diskriminierungen (vgl. ebd.).

Die Sprachbarriere und weitere Zugangsbarrieren betten sich ein in strukturell rassistische und diskriminierende Gesellschaftsstrukturen. Gleichzeitig stellen Rassismen und Diskriminierungen eine eigene Zugangsbarriere dar und sollen nachfolgend ausführlicher beleuchtet werden. Die von Braun und Zeeb (2021: 390) beschriebenen Hinweise auf Rassismen im Gesundheitswesen als omnipräsentes Phänomen zeigen sich auch in den geführten Interviews. Die interviewten Fachkräfte berichten von rassistischen Aussagen von Mitarbeiter\*innen in Ärzt\*innenpraxen, wenn sie die Namen der Frauen\* angeben. Weiterhin erleben sie, dass Frauen\* ohne Begründung abgelehnt werden, sobald

die Fachkraft während der Terminvereinbarung die Adresse der Unterkunft oder die Muttersprache der Frau\* mitteilt. Darüber hinaus berichtet eine interviewte Sozialarbeiterin von institutionalisierten Rassismen und Diskriminierungen:

*„(.) Genau weil ich (.) ich finde richtig unangenehm tatsächlich Zusammenarbeit mit Standesämtern weil (.) ich glaube da gibt es viele Vorgaben die einfach es verhindern, dass Menschen geflüchtete Menschen zu den gleichen Rechten kommen wie andere Menschen also es geht da vor allem eben um so Eheurkunden [...]“ (S.3 P.78)*

In Deutschland werden zum Beispiel Eheurkunden nach islamischem Recht nicht anerkannt, was bedeutet, dass für jedes Kind wieder eine Vaterschaftsanerkennung durchgeführt werden muss. Weiterhin berichtet eine Hebamme, dass partiell Ehepartner\*innen aufgrund fehlender Heiratsurkunden in verschiedenen Unterkünften, teils in unterschiedlichen Bundesländern untergebracht werden. Ferner beschreiben die interviewten Fachkräfte Schwierigkeiten bei der Ausstellung der Geburtsurkunden der neugeborenen Kinder. Können Eltern ihre Identitätsdokumente nicht im Original vorzeigen, kann dies zur Verweigerung der Ausstellung einer Geburtsurkunde im Standesamt führen. Die verzögerte oder Nicht-Ausstellung der Geburtsurkunde wiederum kann zu geminderten Geldleistungen im LAF führen, zur verspäteten Anmeldung in der Krankenversicherung und damit letztlich zur erschwerten oder verweherten medizinischen Versorgung der Neugeborenen. Diese Ergebnisse entsprechen den Erkenntnissen von Engelhardt et al. (2022a), die im Rahmen des Forschungsprojekts PROREF einen Artikel zu „*Legalisierte[m] Othering bei der (Nicht-)Ausstellung von Geburtsurkunden geflüchteter Kinder*“ veröffentlicht haben. Als weitere Konsequenzen der Nicht-Ausstellung benennen sie unter anderem die mentale Belastung der Frauen\* im Wochenbett, fehlende Teilhabe der Kinder sowie finanzielle Nachteile in Bezug auf Kindergeld, Jobcenterleistungen oder Stiftungsanträge (vgl. Engelhardt et al. 2022a: 319). Die Praxis der Nicht-Ausstellung der Geburtsurkunden bezeichnen sie als „*legalisiertes Othering*“ (Elsheikh/Sisemore/Ramirez Lee 2017 zitiert nach Engelhardt et al. 2022a: 322), da die Diskriminierungspraktiken anhand rechtlicher Vorgaben passieren (vgl. Engelhardt et al. 2022a: 322). Die Beschreibungen der interviewten Fachkräfte zeigen, dass geflüchtete Frauen\* ebenfalls innerhalb der Unterkünfte mit Rassismen und Diskriminierungen durch das Personal konfrontiert sind, wie bereits Engelhardt et al. (2022: iii599) explizieren. Zwei der im Rahmen der vorliegenden Arbeit interviewten Sozialarbeiterinnen beschreiben partiell rassistische Einstellungen ihrer Kolleg\*innen, insbesondere gegenüber Rom\*nja. Des Weiteren werden in Teilen des Datenmaterials der durchgeführten Studie in unterschiedlicher Nuancierung rassistische und diskriminierende Aussagen, Generalisierungen, Othering sowie

ein fehlendes Bewusstsein für strukturelle Rassismen durch einen Teil der Interviewpartnerinnen selbst erkennbar. Auf der einen Seite zeigen die interviewten Fachkräfte eine Sensibilität und Reflektion von Rassismen und Diskriminierungen, auf der anderen Seite werden diese reproduziert und es zeigt sich, dass es teils an antirassistischer und intersektionaler Kompetenz mangelt. Wie bereits im Theorieteil beschrieben, zeigt sich dies ebenfalls in der von Kasper durchgeführten Studie (vgl. Kasper 2021: 143). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Rassismen und Diskriminierungen für geflüchtete schwangere Frauen\* und Neugeborene eine erhebliche Zugangsbarriere zu medizinischen sowie weiteren Versorgungsleistungen darstellen. Die beschriebenen rassistischen und diskriminierenden Äußerungen von Mitarbeiter\*innen der Unterkunft sowie die analysierten fehlenden antirassistischen und intersektionalen Kompetenzen der interviewten Fachkräfte sind als äußerst prekär zu bewerten. Dies bedeutet in einem allgemein rassistischen und restriktiven Asylsystem, dass Frauen\* zusätzlich Rassismen und Diskriminierungen erfahren müssen an dem Ort, an dem sie leben und von den Personen, deren Aufgabe es ist sie zu unterstützen.

In der Zusammenführung der Ergebnisse mit dem theoretischen Rahmen können weitere Zugangsbarrieren identifiziert werden, die an dieser Stelle kurz benannt werden sollen. Zunächst ergeben die Interviews, dass die fehlende Informationsweitergabe über Möglichkeiten der Schwangerenversorgung dazu führen kann, dass Frauen\* nicht in Versorgungsstrukturen ankommen. Dies erheben bereits Biddle et al. (2019: 13). Weiterhin schreiben auch Seidel et al. (2020), dass durch weniger Informationen zur nachgeburtlichen Hebammenbetreuung, weniger Wochenbettversorgung in Anspruch genommen wird. Eine interviewte Sozialarbeiterin berichtet hierzu:

*„[...] eine Hebamme vor der Geburt für die Wochenbettbetreuung zu suchen machen wir nicht [Okay] weil (...) ich weiß nicht ehrlich gesagt weil es ganz viele Frauen gibt die das gar nicht so kennen oder auch sagen sie wollen das nicht unbedingt (.) bei einer Frau haben wir das dann mal gesucht [Ja] als sie sich das explizit gewünscht hat“ (S.3 P.118-122)*

Es wurde bereits festgestellt, dass die Versorgung durch Hebammen für geflüchtete Frauen\* nicht der 1:1 Betreuung einer privaten Hebamme entspricht. In dem Beispiel der Sozialarbeiterin wird anhand des Interviewmaterials nicht ersichtlich, ob die Sozialarbeiterin jede Frau\* über die Möglichkeit einer privaten (Wochenbett)Hebamme informiert, auf die nach §4 AsylbLG ein Anspruch besteht. Fraglich ist, warum für geflüchtete Frauen\* in Unterkünften keine privaten Hebammen akquiriert werden, wenn ein rechtlicher Anspruch darauf besteht. Es wäre also herauszufinden, ob alle Frauen\* durch die

Unterkunftsmitarbeiter\*innen aufgeklärt und informiert werden und ob sich in Zuge dessen mehr Frauen\* eine private Hebamme wünschen würden. Der allgemeine Fachkräftemangel bei Hebammen und anderen Fach- und Kinderärzt\*innen sowie Psychotherapeut\*innen (vgl. Kasper 2021: 134), darf dem Versuch der Akquise von privaten Hebammen für geflüchtete Frauen\*, wenn sie dies wünschen, nicht entgegenstehen. Darüber hinaus erleben Schwangere ohne Papiere erhebliche Schwierigkeiten in dem Zugang zu Versorgungsleistungen, wie bei Mohammed Oulad M'Hand (2022: 281) dargelegt. Des Weiteren nennen die Interviewpartnerinnen geringe finanzielle Mittel, die auch mit verminderter gesellschaftlicher Teilhabe einhergehen. Die Digitalisierung von bürokratischen Abläufen während der Covid-19 Pandemie hat die Abhängigkeit von Unterstützung (bspw. durch den Sozialdienst) für Frauen\*, die keinen Zugang zum Internet, einem Handy oder einer E-Mail Funktion haben und nicht Deutsch sprechen oder schreiben, erheblich verstärkt. Zudem ergeben die Interviews einen Mangel an Vernetzung mit oder Vermittlungsmöglichkeiten der Fachkräfte zu Versorgungsangeboten für Frauen\*, die psychisch belastet sind, für die aber die existierenden Angebote wie Psychotherapie nicht passen. Eine Hebamme beschreibt hierzu ein Beispiel einer, aus ihrer Perspektive traumatisierten Frau\*, die keine Psychotherapie in Anspruch nehmen wollte und sich Unterstützung bei einem „[...] Geistheiler oder so aus ihrer Community [...]“ (H.3 P.124) geholt hat. Die Hebamme würde sich wünschen in solchen Situationen besser vermitteln zu können, da die ihr zur Verfügung stehenden Angebote nicht ausreichen.

Zusammenfassend wird in der Zusammenführung des Theorieteils mit den empirischen Ergebnissen deutlich, dass für schwangere geflüchtete Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben erhebliche Zugangsbarrieren zum (medizinischen) Versorgungssystem existieren. Insbesondere Rassismen und Diskriminierungen und, als Teil dessen, die Sprachbarriere können als erschwerend auf die Inanspruchnahme äquivalenter Versorgung herausgestellt werden.

Betrachtet werden soll nun das Thema Menschenhandel, dass sich induktiv aus dem empirischen Material ergeben hat. In der Verbindung mit dem theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass das Thema Menschenhandel in der theoretischen Rahmung nicht vorkommt, in der Leitfadenskonstruktion der Interviews wurde es nicht mitgedacht und ist entsprechend nicht enthalten. Lediglich eine der sechs Interviewpartnerinnen berichtet zu der Thematik in ihrer Erfahrung in der Arbeit mit geflüchteten schwangeren Frauen\* in der Unterkunft. Es stellt sich die Frage, ob die anderen Fachkräfte ähnliche Erfahrungen teilen und nicht darüber berichten, weil sie nicht dazu befragt werden, oder ob sie diese Erfahrung nicht kennen. In der Erzählung der

Sozialarbeiterin vermischt sich teilweise das, was sie erlebt mit ihren Hypothesen und dem, was sie aus den Mediendiskursen heranzieht. Sie berichtet, dass sie den Frauen\* Informationsmaterialien zu Menschenhandel und Anlaufstellen in Berlin gibt und Unterstützungsangebote macht, diese werden jedoch nicht angenommen. Sichtbar wird jedenfalls eine Handlungsunfähigkeit der Sozialarbeiterin, die sagt, dass sie neben dem Verteilen von Informationsmaterialien „[...] nichts machen [kann] [...]“ (S.1 P.1055). Aus dem Interviewmaterial geht nicht hervor, inwiefern die Sozialarbeiterin sich mit Beratungsstellen oder teamintern austauscht um ggf. handlungsfähiger zu werden. Menschenhandel als extreme Menschenrechtsverletzung (vgl. Oitner & Prasad 2018: 198) kann durch Soziale Arbeit jedenfalls nicht unthematisiert oder unbearbeitet bleiben. Die Identifikation von Betroffenen von Menschenhandel bedarf laut Oitner und Prasad (2018: 209) viel Kenntnis und Feingefühl. Teils gibt es Beratungsstellen, die mit Unterkünften für geflüchtete Menschen zusammenarbeiten, Informationsbroschüren bereitstellen oder vor Ort beraten (vgl. ebd.: 212). In Berlin wird dies bspw. durch die Fachberatungsstelle Ban Ying e.V. angeboten (vgl. KOK - Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V. o.D.). Menschenhandel ist ebenfalls im Leitfaden für die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit des LAF-Sozialdienstes integriert (vgl. SenIAS/LAF 2018: 40).

Die Tatsache, dass das Thema Menschenhandel induktiv und nur in einem der sechs Interviews vorkommt, wirft die Frage auf, ob die Thematik durch die Forscherin übersehen wurde oder ob Menschenhandel in der Literatur zur Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* unterbelichtet ist. Dies bedürfte einer erneuten umfänglichen Literaturrecherche, für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine Kapazitäten bestehen. Jedenfalls impliziert das Interviewmaterial einen Schulungsbedarf der Sozialarbeiterin in der Unterstützung der betroffenen Frauen\* und kann zunächst als Thematik, die weiterer Bearbeitung bedarf, festgehalten werden.

Zum Abschluss des Kapitels 4.2 soll nun ein Rückbezug zu Reproduktiven Rechten und insbesondere zu Reproduktiver Gerechtigkeit hergestellt werden. Wie bereits im Theorieteil beschrieben, ist das Recht auf Reproduktive Gesundheit ein Menschenrecht (vgl. Klein & Wapler 2019). Dies beinhaltet unter anderem das Recht auf Informationen und Aufklärung, das Recht auf Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie das Recht auf die Möglichkeit Entscheidungen zu Reproduktion frei von Diskriminierungen, Gewalt oder Zwang zu treffen (vgl. UNFPA 1994: 45f.). Wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, ist das Leben und damit die reproduktive Gesundheit schwangerer geflüchteter Frauen\* eingebettet in ein strukturell rassistisches und diskriminierendes Asyl- und

Versorgungssystem. Prekäre Lebensbedingungen in Unterkünften, Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung wie fehlende Sprachmittlung und daraus resultierende Übergriffe durch medizinisches Personal, die verzögerte Ausstellung der eGK, die Nicht-Ausstellung der Geburtsurkunde oder Rassismen und Diskriminierungen durch (medizinische) Fachkräfte verhindern die vollumfängliche Wahrnehmung reproduktiver Rechte. Die weitreichenden Auswirkungen, die die Lebenssituation einer geflüchteten Frau\* auf ihre Entscheidung über ihre reproduktive Gesundheit haben können, sollen anhand des in der Ergebnisinterpretation bereits dargestellten Beispiels einer interviewten Sozialarbeiterin aufgezeigt werden:

*„Und sie hat mir gesagt ich möchte das Kind nicht haben [Ja] und ich habe gesagt okay ja wenn du dann möchtest dann muss ich kann ich sie anbinden dann werde ich auch alles machen, hat gesagt aber ich will irgendwie möchte ich auch gerne das Kind haben und ich habe gesagt ja dann musst du dir aber Gedanken machen also ich kann diese Entscheidung für dich [Ja] nicht treffen [Ja] und sie hat gesagt aber [Name der Sozialarbeiterin, Anonymisierung d. Verf.] ich werde nicht in Deutschland bleiben ich werde abgeschoben [Ja] Ich kann es jeden Tag abgeschoben werden ich kann es kein Kind in Serbien dann auf die Welt bringen was für ein Welt dann erwartet dann mein Kind und ich habe gesagt so wie Ja dann weiß ich nicht was soll ich dann dir sagen, ich kann das total verstehen, aber die Entscheidung musst du dann selbst treffen“ (S.1 P.627-635)*

Anhand dieses Beispiels wird die Belastung durch eine unsichere Aufenthaltssituation bzw. eine konkrete Abschiebungsandrohung deutlich. Wie bereits im Theorieteil expliziert, garantiert eine Schwangerschaft keine langfristigen Aufenthaltsrechte, wenn nicht ein Elternteil deutsche\*r Staatsangehörige\*r ist (vgl. Frauen gegen Gewalt e.V. o.D.b/§28 AufenthG). Für Frauen\*, die von einer Abschiebung bedroht sind, gibt es in Berlin lediglich die Möglichkeit einen Antrag auf eine Ermessensduldung für den Zeitraum drei Monate vor und drei Monate nach der Geburt auf Grundlage des Mutterschutzes zu stellen (vgl. LEA 2022: 455f.). In der Verbindung der Definition reproduktiver Gesundheit der WHO, die besagt: „[...] Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so [...]“ (WHO 2006: 5) mit der beschriebenen Situation der geflüchteten Frau\*, die aufgrund der Abschiebungsbedrohung erwägt abzutreiben, lässt sich erkennen, dass die Frau\* nicht frei entscheiden kann, ob sie die Schwangerschaft austrägt oder nicht. Marie Fröhlich schreibt in einem Beitrag zu Reproduktionspolitiken im Kontext von Unterbringung von Asylsuchenden treffend: „Das [...] familienpolitische Ziel [des Familienministeriums; Anm. d. Verf.] – ‚Familien darin zu unterstützen, ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen gestalten zu

können‘ –, es gilt keinesfalls für alle Familien im Land“ (2022: 162). Solange nicht alle Frauen\* ihre reproduktiven Rechte allumfassend in Anspruch nehmen können, besteht in Deutschland keine reproduktive Gerechtigkeit.

### 4.3 Verbesserungsansätze

In Bezugnahme zur zweiten Forschungsfrage sollen nun die Verbesserungsansätze beleuchtet werden. Was braucht es zur verbesserten Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben? Hierbei werden die Vorschläge der interviewten Fachkräfte mit den Verbesserungsansätzen, die sich aus der Gesamtanalyse und Interpretation des Interviewmaterials ergeben, verknüpft und mit dem theoretischen Rahmen zusammengeführt. Die spezifischen Verbesserungsansätze für Sozialarbeiter\*innen werden an dieser Stelle exkludiert und im folgenden Kapitel 4.4 in Zuge der Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit beleuchtet.

Die im Theorieteil beschriebenen Verbesserungsansätze ähneln den Vorschlägen der interviewten Fachkräfte, sowie der Interpretation der Forscherin. In der Zusammenführung ergibt sich die Notwendigkeit der dezentralen Unterbringung von geflüchteten Personen in eigenem Wohnraum (vgl. Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 4), wie bereits weiter oben in Zuge der Wohnsituation diskutiert. Solange Sammelunterkünfte existieren, müssen die Qualitätsstandards, wie bereits durch Berrut de Berrut et al. (2020: 18f.) benannt, kontrolliert und eingehalten werden. Der in der Literatur mehrfach kritisierte niedrige Personalschlüssel in Unterkünften (vgl. Scherschel 2016: 7/Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 4), muss erhöht werden, dies ergibt ebenfalls die Analyse der Interviews. Darüber hinaus bedarf es zur verbesserten Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* der sofortigen Ausgabe der eGK (vgl. Gold et al. 2021: 14/Berrut de Berrut et al. 2020: 12) sowie der Aufhebung der eingeschränkten Leistungen in den ersten 18 Monaten (vgl. Razum et al. 2016: 714). Dem theoretischen Rahmen hinzufügend ergibt sich aus den Interviews die Notwendigkeit der Öffnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der nicht-versicherte Personen versorgt, für Frauen\*, die über das LAF versichert sind aber aufgrund der verzögerten Ausstellung der eGK keinen Zugang zu Ärzt\*innen erhalten. Eine interviewte Sozialarbeiterin ergänzt die Verbesserungsansätze mit dem Vorschlag einer Ärzt\*in vor Ort in den Unterkünften, um einen niedrigschwelligeren Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen herstellen zu können. Die durchgeführten Interviews bestätigen den hohen Bedarf an flächendeckender Sprachmittlung, der gleicherweise im Theorieteil beschrieben wird (vgl. David et al. 2021: 57/Kasper 2021: 61/Sievers 2015: 65). Nur eine der sechs interviewten Fachkräfte

arbeitet ausschließlich mit geschulten Dolmetscher\*innen, die vor Ort sind, weil sie dies als essenziell für eine gute Beratungspraxis erachtet. Dies ist als positiv hervorzuheben. Wie bereits weiter oben diskutiert, bedarf es der durch das Positionspapier des „Bundesweite[n] Bündnis für Sprachmittlung im Gesundheitswesen“ (TransVer 2023) geforderten Umsetzung des Koalitionsvertrags hinsichtlich der Implementierung der Sprachmittlung in das SGB V. Die interviewten Fachkräfte empfehlen dabei, wie Kurmeyer und Abels (2018: 59), bessere Arbeitsbedingungen für Dolmetscher\*innen zu schaffen, die auch Supervision beinhalten. In Zuge der Diskussion des Hebammenangebots wird deutlich, dass das Angebot des Telefonübersetzungsdienstes „Sprint“ in Berlin als positiv zu bewerten ist. Dieser müsste für die Praxis jedoch nutzbarer gemacht werden, eventuell durch einen Ausbau oder die Ergänzung durch die von David et al. vorgeschlagene „Telefondolmetschzentrale ‚24/7‘“ (David et al. 2021: 57), mit der Flexibilität auf spontane Bedarfe einzugehen. Das Hebammenangebot des LAF entspricht den Empfehlungen von Biddle et al. (2019: 13), aufsuchende Angebote durch Hebammen zu schaffen. Wie zuvor diskutiert wäre es jedoch zuträglich, eine einheitliche Regelung der Frequenz der Hebammenbesuche in Berlin zu etablieren. Darüber hinaus sollten alle schwangeren Frauen\*, wie in der vorangegangenen Diskussion aufgezeigt, über ihren rechtlichen Anspruch auf eine private Hebamme aufgeklärt werden, sodass diese bei Interesse akquiriert werden kann. Die interviewten Fachkräfte empfehlen ferner, wie auch Gaudion et al. (2022: iii596) eine 1:1 Betreuung während der Geburten. Ernst et al. (2017: 54f.) raten zu berufsübergreifenden Schulungen zu Traumasensibilität für Fachkräfte, um Trigger und Retraumatisierungen unter anderem bei der Geburt zu vermeiden. An dieser Stelle ist erneut die Wichtigkeit der Sprachmittlung als inhärenter Bestandteil einer sensiblen Versorgung hervorzuheben. Dies geht einher mit der bereits diskutierten verständlichen Aufklärung durch Ärzt\*innen, zu der sie rechtlich verpflichtet sind. Dem allgemeinen Fachkräftemangel (vgl. Kasper 2021: 134) muss begegnet werden. Wie zuvor diskutiert stellen Rassismen und Diskriminierungen eine erhebliche Zugangsbarriere für schwangere geflüchtete Frauen\* zum Gesundheits- und Versorgungssystem dar. Die im Theorieteil beschriebenen Rassismen durch das Unterkunftspersonal (vgl. Engelhardt et al. 2022: iii599), bestätigen sich in den Interviews. Ebenfalls finden sich, wie bei Kasper (2021: 143), in der Analyse des Materials bei Teilen der interviewten Fachkräfte in verschiedenen Nuancen rassistische und diskriminierende Aussagen, Generalisierungen, Othering sowie ein fehlendes Bewusstsein für strukturelle Rassismen. Es zeigt sich zwar eine teils vorhandene Sensibilität der interviewten Fachkräfte und die Reflexion internalisierter Rassismen. Positiv hervorzuheben ist, dass eine Fachkraft rassistische Vorfälle von denen Frauen\* ihr berichten, einem Berliner Register meldet, wenn die Frauen\* dies wünschen. Dennoch wird deutlich, dass flächendeckende antirassistische und

intersektionale Kompetenzen fehlen. Konklusiv ergibt sich die Notwendigkeit, diese Kompetenzen als Einstellungsvoraussetzung für Fachkräfte, die mit geflüchteten Personen arbeiten, festzuschreiben. Darüber hinaus sollten regelmäßige Antirassismus- und Antidiskriminierungsworkshops sowie Supervision zur kritischen Reflexion und Überprüfung der eigenen Haltung stattfinden, um die verbesserte Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* zu gewährleisten. Wie auch bei Engelhardt et al. (2022a: 324) expliziert, fordern die interviewten Fachkräfte den Abbau struktureller Barrieren und Diskriminierungen in Ämtern, wie bspw. bei der Ausgabe der Geburtsurkunde im Standesamt. Ferner empfehlen die interviewten Fachkräfte zur Verbesserung der Versorgungssituation die Vernetzung mit Systemen, die über die vorhandenen Angebote zur Unterstützung bei psychischer Belastung hinausgehen. Eine Hebamme empfiehlt weiterhin bezahlte Entlastungen wie Entspannungsangebote, Massagen oder Kuren, um Wohlbefinden über den Körper herzustellen. Des Weiteren erachten die Interviewpartnerinnen es als vorteilhaft, Familien, die in eigene Wohnungen ziehen, an ambulanten Beratungsstrukturen anzubinden, wenn weiterhin Unterstützungsbedarf vorhanden ist, dieser jedoch durch den Sozialdienst der Unterkünfte nicht mehr gewährleistet werden kann.

Der Blick auf die durch die interviewten Fachkräfte benannten Bedürfnisse der Frauen\*, die ihnen gegenüber häufig geäußert werden, zeigt wiederkehrend den Wunsch nach einer eigenen Wohnung, mehr Selbstbestimmung, einem sicheren Aufenthalt, die Unterstützung der Familie im Heimatland, Versicherungsschutz, medizinische Versorgung, weniger Bürokratie, die Möglichkeit zu arbeiten oder FLINTA\*-spezifischen Angeboten wie Sport- oder Deutschkurse mit Kinderbetreuung. Wenngleich es positive Aspekte gibt, die bereits gut funktionieren und auf denen ggf. aufgebaut werden kann, zeigt sich auch in der Inklusion der durch die Fachkräfte benannten Bedürfnisse der Frauen\*, zusammenfassend die Dringlichkeit der Veränderungs- und Verbesserungsbedarfe.

#### **4.4 Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit und Praxisforschung**

Nachdem im vorangegangenen Kapitel allgemeine Verbesserungsansätze diskutiert wurden, sollen nun spezifische Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit sowie für die Praxisforschung betrachtet werden.

Die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin durch Sozialarbeiter\*innen wurde in Kapitel 4.1.2.1 bereits diskutiert. Daraus ergeben sich nachfolgende Veränderungsbedarfe für die Praxis Sozialer Arbeit.

In der Betrachtung der strukturellen Ebene, impliziert die Zusammenführung des theoretischen Rahmens mit den Ergebnissen der Interviews, die Notwendigkeit der

Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Sozialarbeiter\*innen in Unterkünften für Asylsuchende. Um eine qualifizierte Beratungsarbeit zu garantieren, beinhaltet dies einen höheren Personalschlüssel und flächendeckende Sprachmittlung durch geschulte Dolmetscher\*innen, die Supervision erhalten. Betreiberwechsel, die mit schlechterer Bezahlung der Mitarbeiter\*innen oder zum Wechsel des gesamten Teams führen, ohne Informationen wie die Akquise der Hebamme weiterzugeben, sind einzustellen. Die Auswirkungen der geringeren Arbeitszufriedenheit kann, wie in Kapitel 4.1.2.1 aufgezeigt, negative Effekte auf die Qualität der Sozialen Arbeit haben. Insbesondere ersichtlich wird anhand des benannten Beispiels eines Trägers, der dem Sozialdienst aufgetragen hat keine Ärzt\*innentermine mehr für die Bewohner\*innen zu vereinbaren, die Notwendigkeit einer Grundhaltung der Träger sowie der Mitarbeiter\*innen, die menschenrechtsbasiert und ethisch-moralisch im Sinne der Adressat\*innen handelt. Die Arbeitsbedingungen für Sozialarbeiter\*innen in Unterkünften müssen sich also so weit verändern, dass sie die Adressat\*innen entsprechend ihrer Profession unterstützen können. Die Einteilung des Sozialdienstes in verschiedene Zuständigkeitsbereiche ist positiv hervorzuheben und sollte beibehalten oder ausgeweitet werden, falls dies nicht in allen Berliner Unterkünften Anwendung findet.

Über die strukturelle Ebene hinaus zeigt sich die Wichtigkeit der individuellen Haltung der Sozialarbeiter\*innen hinsichtlich der Umsetzung der Professionsethik. Auf der einen Seite ist es auf struktureller Ebene zu kritisieren, dass Sozialarbeiter\*innen mit Aufgaben konfrontiert sind, die ihrem Mandat widersprechen (vgl. Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften 2016: 5). Auf der anderen Seite ist es inhärenter Teil Sozialer Arbeit, sich individuell im Sinne der Adressat\*innen einzusetzen und hierfür ggf. auch Auseinandersetzungen mit verantwortlichen Strukturen einzugehen (vgl. Muy 2018: 267). In dem Beispiel des Sozialdienstes, der keine Ärzt\*innentermine mehr vereinbaren soll, geht aus dem Interviewmaterial keine kritische Auseinandersetzung mit der neuen Regelung hervor. Hinzu kommen die bereits beschriebenen partiell rassistischen und generalisierenden Aussagen der Fachkräfte sowie das scheinbare Ausbleiben der Kritik an Kolleg\*innen in der Unterkunft, die sich rassistisch gegenüber Rom\*nja äußern. Wie bereits in Kapitel 4.3 dargestellt, müssen auch Sozialarbeiter\*innen, die mit Asylsuchenden arbeiten, antirassistische und intersektionale Kompetenzen mitbringen. Diese sollten Einstellungsvoraussetzung sein und in regelmäßigen Antirassismus- und Antidiskriminierungsworkshops sowie Supervisionen überprüft und reflektiert werden. Supervision und Selbstreflexion sollten darüber hinaus genutzt werden, um der Resignation durch langjährige Arbeit im gleichen Arbeitsfeld zu begegnen. Wie eine interviewte Hebamme es aus ihrer Praxis beschreibt, sollten ebenfalls Sozialarbeiter\*innen rassistische Vorfälle, von denen ihnen Adressat\*innen berichten, bei einem Berliner

Register melden, insofern dies im Interesse der betroffenen Person liegt. Eine interviewte Hebamme berichtet, dass sie Probleme, die ihr in ihrer Arbeit begegnen „[...] auf höherer Ebene [...]“ (H.3 P.414) vorträgt. Dies ist positiv hervorzuheben und entspricht der Forderung von Muy gegenüber Sozialarbeiter\*innen, politische Öffentlichkeitsarbeit unter aktivem Einfordern von besseren Strukturen und der Sichtbarmachung der Schwierigkeiten, die sich aus der Arbeit im Spannungsfeld ergeben, zu leisten (vgl. Muy 2018: 270f.). Hierzu gehört auch die Kritik an der Sammelunterbringung generell. Im Theorieteil wird bereits die Importanz von Sozialarbeiter\*innen als Unterstützer\*innen von geflüchteten Menschen beschrieben (vgl. Scherschel 2016: 1). In der Zusammenführung mit den Ergebnissen der durchgeführten Studie zeigt sich insbesondere die Notwendigkeit von Sozialarbeiter\*innen geflüchtete Frauen\* allumfänglich über ihre Möglichkeiten und Versorgungsansprüche aufzuklären, um zu verhindern, dass das Fehlen von Informationen eine Zugangsbarriere darstellt. Hinsichtlich des Umgangs mit Betroffenen von Menschenhandel, scheint eine Kompetenzerweiterung in Unterstützungs- und Handlungsoptionen für Sozialarbeiter\*innen, die in Unterkünften für Asylsuchende arbeiten, notwendig.

Anknüpfend an die Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit ergeben sich ebenfalls Implikationen für die Praxisforschung in Sozialer Arbeit. Gleichwenn die vorliegende Arbeit nicht partizipativ mit schwangeren geflüchteten Frauen\* gemeinsam entstanden ist, liegt der Arbeit eine Haltung zugrunde, die anstrebt nicht lediglich „über“ geflüchtete Frauen\* zu forschen, ohne einen Transfer der Forschung zur Praxis herzustellen. Aus diesen Gründen erscheint die Nutzbarmachung der Ergebnisse - die diskriminierende Praktiken und Ungleichbehandlungen in der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Berlin aufzeigen - für politische und andere handlungsfähige Akteur\*innen forschungsethisch gegeben und notwendig, um bestenfalls zur Verbesserung der Situation und damit zur Förderung sozialer Gerechtigkeit beizutragen. Im Falle vorliegender Arbeit bedürfte es hierfür der Absprache mit den zuständigen Gutachterinnen. Gleichmaßen gilt es aus dieser Perspektive zu reflektieren, dass die Arbeit einer Forscherin, die als *weiße*, nicht-geflüchtete, deutsche FLINTA\* positioniert ist, vorgelegt wird, um einen hohen Bildungsabschluss zu erlangen. Im Rahmen einer machtkritischen bzw. reflexiven Forschung, ergibt sich aus der Haltung der Autorin zumindest der weitere Anspruch, die Ergebnisse nutzbar zu machen und verantwortungsvoll mit den vorhandenen Privilegien umzugehen.

Zusammenfassend ergibt sich in der Gesamtdarstellung der Diskussion in Bezugnahme zur ersten Forschungsfrage nach der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben, dass die Unterbringung in einer GU

oder EAE mit Gemeinschaftseinrichtungen und Vollversorgung für Schwangere mit erheblichen Belastungsfaktoren einhergehen kann. Sozialarbeiter\*innen, die in Unterkünften arbeiten benötigen bessere Arbeitsbedingungen, müssen ihrer Professionsethik entsprechend handeln und sich im Sinne ihrer Adressat\*innen einsetzen. Das Hebammenangebot des LAF entspricht nicht der privaten Hebammenbetreuung, obgleich geflüchtete Frauen\* rechtlich einen Anspruch auf Hebammenleistungen haben. Geflüchtete Frauen\* sollten z.B. durch Sozialarbeiter\*innen über diese Möglichkeit informiert werden und bei Interesse sollten auch für Frauen\* in Unterkünften private Hebammen für eine 1:1 Betreuung akquiriert werden. In Bezugnahme zur zweiten Forschungsfrage nach Ungleichheiten und Verbesserungsansätzen zeigen sich diverse Zugangsbarrieren, die die vollumfängliche Inanspruchnahme reproduktiver Rechte für schwangere geflüchtete Frauen\* verhindern. Zu benennen sind hier insbesondere die Sprachbarriere sowie Rassismen und Diskriminierungen. Das Thema Menschenhandel ergibt sich als schwere Menschenrechtsverletzung, die im Kontext der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* eine Rolle spielt, von der Forscherin im Vorhinein der empirischen Erhebung jedoch nicht mitgedacht wurde. Darüber hinaus ergeben sich verschiedene Verbesserungsansätze und Implikationen für die Soziale Arbeit, deren Umsetzung sowohl auf struktureller als auch auf individueller Ebene zu empfehlen ist. Ferner ist die Nutzbarmachung der Forschungsergebnisse für die Praxis zur Verbesserung der Versorgungssituation als Implikation für die Praxisforschung in Sozialer Arbeit denkbar.

#### **4.5 Weiterführende Forschung**

In dem Gesamtprozess der vorliegenden Arbeit haben sich verschiedene Themen und offene Fragen ergeben, die aufgrund des begrenzten Umfangs einer Masterarbeit nicht näher betrachtet werden, für weitere Forschungen aber interessant sein können. Zunächst wäre es äußerst gewinnbringend schwangere geflüchtete Frauen\* selbst zu interviewen und den Fokus auf die Perspektive der Betroffenen zu legen. Hierbei ist erneut auf das Forschungsprojekt PROREF unter der Leitung von Theda Borde und Matthias David hinzuweisen, die unter anderem geflüchtete Frauen\* selbst interviewt haben (vgl. ASH Berlin 2023). Die finalen Veröffentlichungen liegen zum Zeitpunkt der Verschriftlichung dieser Arbeit noch nicht vor und wären ansonsten in der Zusammenführung mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit von großem Interesse gewesen. Aufgrund der Breite des Themenfelds, die die erste Forschungsfrage nach der Versorgungssituation eröffnet hat und die Begrenzung der Beantwortung auf die Versorgung durch Soziale Arbeit und Hebammen sowie die Wohnsituation, konnten verschiedene weitere Aspekte, die das Interviewmaterial hervorgebracht hat, nicht ausführlicher betrachtet werden.

Hierzu gehören zum Beispiel Themen wie die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie, die Versorgungslage von Abtreibungen, die Finanzierung der Angebote sowie die Versorgung durch Kliniken und ambulante Ärzt\*innen. Darüber hinaus scheint es geboten, das Thema Menschenhandel ausführlicher zu recherchieren und ggf. im Kontext der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* wissenschaftlich zu untersuchen. Ferner wäre es von Interesse die Umsetzung der EU-Richtlinie zu besonderer Schutzbedürftigkeit umfassender zu analysieren. Weiterhin ergibt sich die Situation von Kindern und Jugendlichen, die in Unterkünften für Asylsuchende aufwachsen, als ein Forschungsthema, auf das im Rahmen dieser Arbeit nicht ausführlicher eingegangen werden konnte. Auf vorhandene Studien zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Unterkünften wurde in Kapitel 3.2.1 bereits verwiesen.

## 5 Fazit

Die vorliegende Arbeit hat, entsprechend des in der Einleitung beschriebenen Forschungsziels, die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben, untersucht. Hierzu wurde im theoretischen Teil der aktuelle Forschungsstand anhand des Erkenntnisinteresses dargestellt. Im Rahmen der empirischen Untersuchung wurden sechs leitfadengestützte systematisierende Expert\*inneninterviews mit drei Hebammen und drei Sozialarbeiterinnen, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin arbeiten, geführt. Diese wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. In der Auswertung der Ergebnisse - hinsichtlich der ersten Forschungsfrage, wie sich die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende leben gestaltet -, wurde die Notwendigkeit der thematischen Eingrenzung der Beantwortung der ersten Forschungsfrage aufgrund der limitierten Kapazitäten einer Masterarbeit sichtbar. Im Rahmen der Ergebnisdarstellung und Diskussion wurde zunächst als wesentlicher Aspekt die Lebenssituation in den Unterkünften betrachtet. Darüber hinaus wurde aufgrund der Verortung im Masterstudiengang „*Praxisforschung in Sozialer Arbeit und Pädagogik*“ die Versorgung schwangerer Frauen\* in Unterkünften durch Sozialarbeiter\*innen fokussiert. Ebenfalls inkludieren die Ergebnisse die Versorgung durch Hebammen, da diese interviewt wurden und in der Versorgung eine wichtige Rolle einnehmen. Die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der ersten Forschungsfrage wird nachfolgend anhand dieser drei Themenfelder - der Lebenssituation in den Unterkünften, der Versorgung durch Sozialarbeiter\*innen sowie der Versorgung durch Hebammen - beleuchtet.

Resümierend wurde deutlich, dass die Lebenssituation in einer GU oder EAE in Berlin während einer Schwangerschaft sowie in der Zeit danach mit erheblichen Belastungsfaktoren einhergehen kann. Zu nennen sind hier zum einen die Gemeinschaftsbäder, die teils unhygienisch sind. Für Frauen\*, die während einer Schwangerschaft häufig erbrechen, im Wochenbett Blutungen und Wochenfluss haben oder ihr Neugeborenes baden wollen, stellt dies ein Problem dar. Zudem existieren Unterkünfte, deren Sanitäreinrichtungen gemischtgeschlechtlich sind, wodurch kein Schutz vor sexualisierter Gewalt besteht. Die Untersuchung hat gezeigt, dass es in den Unterkünften in Berlin an Ruhe und Privatsphäre mangelt. Die fremdbestimmte Essensversorgung durch Vollverpflegung in EAE ist für schwangere Frauen\* nicht geeignet. Eine interviewte Sozialarbeiterin beobachtet Kinder, die Gewicht verlieren, da sie das Essen nicht mögen. Des Weiteren führt der fehlende Zugang zu einer Küche in EAE dazu, dass für Eltern keine Möglichkeit besteht, die Flaschen ihrer Neugeborenen auszukochen und zu sterilisieren. Aufgrund

dessen erkrankten Neugeborene in EAE regelmäßig an einer Pilzinfektion im Mund. Die Ergebnisse der Lebenssituation in den Unterkünften stehen im Gegensatz zu den Qualitätsstandards für die Unterbringung für Geflüchtete der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und dem LAF (vgl. SenIAS 2021). Wenngleich Schwangerschaft als besonderer Schutzbedarf im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie gilt und somit auch hinsichtlich der Unterbringung zu beachten ist (vgl. ABl. L180, 29.06.2013), zeigen die Ergebnisse, dass ein Antrag beim LAF auf Verlegung in eine bessere Unterkunft selten erfolgreich ist. Weiterhin wird deutlich, dass Familien aufgrund des Mangels an Wohnraum in Berlin sowie Rassismen und Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt oft jahrelang in Unterkünften leben müssen. Konklusiv zeigt sich in der Diskussion des theoretischen Teils und der empirischen Ergebnisse die fehlende Selbstbestimmung, die mit dem Leben in Unterkünften für Asylsuchende einhergeht. Es ergibt sich die Notwendigkeit der dezentralen Unterbringung geflüchteter Menschen in eigenem Wohnraum, um eine selbstbestimmte Schwangerschaft in einem sicheren Raum zu ermöglichen. Solange dies nicht gegeben ist, müssen Qualitätsstandards eingehalten und besondere Schutzbedarfe in der Unterbringung berücksichtigt werden.

In der Zusammenfassung der Versorgung durch Sozialarbeiter\*innen schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin leben, können verschiedene Aspekte beleuchtet werden. Zunächst ist festzustellen, dass die Sozialteams der Unterkünfte der interviewten Fachkräfte in unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche eingeteilt sind, hierzu gehört auch der Bereich Schwangere und Neugeborene. Dies entspricht den Empfehlungen der Literatur, spezifische Ansprechpartner\*innen für schwangere Frauen\* zu benennen, um bedarfsgerecht auf diese zugehen zu können (vgl. Berrut de Berrut et al. 2020: 20). Sozialarbeiter\*innen vermitteln schwangere Frauen\* an das Gesundheits- und Versorgungssystem sowie an spezifische Beratungsstellen. Zu ihren Aufgaben gehört darüber hinaus die Unterstützung bei bürokratischen Anforderungen vor und nach der Geburt. Für Sozialarbeiter\*innen in den Unterkünften in Berlin besteht keine einheitliche Regelung für die Sprachmittlung. Sie arbeiten mit Übersetzungsapps, eigenen Sprachkenntnissen, telefonischer Sprachmittlung oder zusammen mit Kolleg\*innen (teils Verwaltungspersonal), die die Übersetzung übernehmen. Die Untersuchung zeigt, dass die niedrigen Personalschlüssel Sozialer Arbeit eine umfängliche und individuelle Beratung und Betreuung der Frauen\* verhindern. Darüber hinaus wird deutlich, dass Betreiberwechsel der Unterkünfte, die mit schlechterer Bezahlung der Mitarbeiter\*innen oder einem Wechsel des Sozialteams einhergehen, negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung schwangerer Frauen\* haben können, beispielsweise wenn Mitarbeiter\*innen durch schlechtere Arbeitsbedingungen demotiviert sind oder

Informationen nicht an das neue Team weitergegeben werden. Als ein zentrales Ergebnis herauszustellen ist die Deutlichkeit des Spannungsfelds zwischen dem eigenen Professionsmandat und externen Anforderungen, in dem Sozialarbeiter\*innen in Unterkünften für Asylsuchende agieren. Dies zeigt sich anhand der Aufforderung der Leitung einer Unterkunft an die Sozialarbeiter\*innen, keine weiteren Ärzt\*innentermine für die Bewohner\*innen zu vereinbaren, da diese mehrheitlich nicht wahrgenommen werden würden. Die von Sebastian Muy geforderte Bereitwilligkeit, Konflikte mit Verantwortlichen einzugehen und auszuhandeln, um im Sinne der Professionsethik und des Triplemandats zu handeln und sich für die Adressat\*innen einzusetzen (vgl. Muy 2018: 267), wird im Interviewmaterial hinsichtlich dieses Beispiels nicht erkennbar. Darüber hinaus zeichnet sich das Bild eines Sozialteams, dass durch die mandatswidrige Handlung der Implementierung eines Belohnungssystems (die Ausgabe zusätzlicher Internetcodes für das Putzen von verschmutzten Toiletten) den Grundstandard an Menschenrechten der Bewohner\*innen innerhalb der Unterkunft durch seine Praxis weiter herabstuft. Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen also, dass neben den strukturellen Gegebenheiten und Vorschriften des Trägers oder des LAF, mit denen Soziale Arbeit in Unterkünften konfrontiert ist, die professionsethische Grundhaltung und die Reflexionsfähigkeit individueller Sozialarbeiter\*innen über die asymmetrischen Machtverhältnisse ausschlaggebend für die Versorgung geflüchteter Personen in Unterkünften sind.

In der Zusammenfassung der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Unterkünften für Asylsuchende in Berlin durch Hebammen, konnte festgestellt werden, dass die Versorgung durch das Hebammenprogramm des LAF nicht der 1:1 Betreuung einer privaten Hebamme entspricht. Rechtlich besteht für geflüchtete Frauen\* ein Anspruch auf Hebammenhilfe nach §4 Abs.2 AsylbLG. Die Hebammen des LAF arbeiten aufsuchend in den Unterkünften, die Frequenz unterscheidet sich zwischen sieben, 14 oder 21 Tagen. Es existiert keine einheitliche Regelung für die Sprachmittlung, die Hebammen arbeiten mit Übersetzungsapps, Bildern oder Vokabelzettel. Nur eine interviewte Hebamme arbeitet ausschließlich mit geschulten Dolmetscher\*innen, die vor Ort sind. Der durch das LAF verfügbare Telefondolmetschdienst „*SprInt*“ wird in der Praxis kaum genutzt, da dieser einer Terminvereinbarung bedarf, die Bedarfe jedoch selten im Vorhinein planbar sind. Erkennbar wird eine Sensibilität der Hebammen im Umgang mit den schwangeren Frauen\* hinsichtlich Traumatisierungen und der schwierigen Lebenssituationen.

Die zentralen Ergebnisse der zweiten Forschungsfrage werden untergliedert in die zwei Aspekte - Ungleichheiten in der Versorgung und Verbesserungsansätze - dargestellt.

Resümierend zeigen sich in der Zusammenführung des theoretischen Rahmens mit den empirischen Ergebnissen hinsichtlich der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* in Berlin Ungleichheiten anhand diverser Zugangsbarrieren zum (medizinischen) Versorgungssystem. Zunächst ist der rechtlich eingeschränkte Zugang zu Gesundheitsleistungen in den ersten 18 Monaten oder bis zur Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis (vgl. BAfF 2022) zu benennen. In Berlin erhalten geflüchtete Personen im Vergleich zu anderen Bundesländern die eGK (vgl. SenIAS o.D), diese wird jedoch häufig zeitverzögert ausgestellt. Einige Ärzt\*innen lehnen Frauen\* ohne eGK ab, ein Zugang zu medizinischer Versorgung ist somit nicht gegeben. Der öffentliche Gesundheitsdienst, der nicht-versicherte Personen medizinisch versorgt, übernimmt in Fällen der verzögerten eGK-Ausstellung ebenfalls keine Zuständigkeit, da die Frauen\* offiziell durch das LAF versichert sind. Eine zentrale Zugangsbarriere, die bereits im Rahmen der Versorgung durch Sozialarbeiter\*innen und Hebammen herausgestellt wurde, ist die Sprachbarriere. In Berlin existiert keine flächendeckende Sprachmittlung im (medizinischen) Versorgungssystem. Die Ergebnisse verdeutlichen die daraus resultierende Belastung insbesondere in der Situation der Geburt. Die Nicht-Überwindung der Sprachbarriere durch medizinisches Personal widerspricht der ärztlichen Pflicht nach §630e Abs.2 S.3 BGB, Patient\*innen verständlich über die Behandlung aufzuklären. Eine interviewte Hebamme berichtet von Übergriffen durch medizinisches Personal, die durch fehlende Kommunikationsbereitschaft der Fachkräfte entstanden sind. Als Beispiele nennt sie das Anfassen, ohne zu fragen oder etwas zu erklären sowie die Durchführung eines Dammschnitts unter der Geburt, ohne dies mit der Frau\* zu besprechen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Frauen\* durch übergriffiges Verhalten von medizinischem Personal getriggert und (re)traumatisiert werden können. Weitere zentrale Zugangsbarrieren stellen individuelle, institutionalisierte sowie strukturelle Rassismen und Diskriminierungen dar, mit denen die Frauen\* konfrontiert sind. Diese verhindern bspw. die Anbindung an Ärzt\*innenpraxen oder die Ausstellung einer Geburtsurkunde des Kindes im Standesamt. Darüber hinaus erleben Frauen\* rassistische Einstellungen teils durch Mitarbeiter\*innen der Unterkünfte. In der Analyse des Datenmaterials der durchgeführten Studie lassen sich in unterschiedlicher Nuancierung ebenfalls rassistische und diskriminierende Aussagen, Generalisierungen, Otheringprozesse sowie ein fehlendes Bewusstsein für strukturelle Rassismen durch einen Teil der interviewten Fachkräfte selbst erkennen. Eine weitere Zugangsbarriere kann die mangelnde Aufklärung und Information durch Sozialarbeiter\*innen über die Möglichkeiten der Schwangerenversorgung darstellen. Hinzu kommt der allgemeine Fachkräftemangel im Bereich der Hebammen, Fach- und Kinderärzt\*innen sowie Psychotherapeut\*innen.

Anknüpfend an die Zugangsbarrieren hat sich im Rahmen der Auswertung der durchgeführten Studie in einem der sechs Interviews induktiv das Thema Menschenhandel als Aspekt innerhalb der Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* herausgestellt. Offen bleibt, ob die Thematik durch die Forscherin übersehen wurde oder ob Menschenhandel in der Literatur zur Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* unterbelichtet ist. Jedenfalls impliziert das Interviewmaterial einen Schulungsbedarf der interviewten Sozialarbeiterin in der Unterstützung der betroffenen Frauen\*.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die vielfältigen Zugangsbarrieren zur (medizinischen) Versorgung sowie zu bürokratischen Dienstleistungen die vollumfängliche Wahrnehmung reproduktiver Rechte für geflüchtete Frauen\* verhindern. Die weitreichenden Folgen der Lebenssituation einer schwangeren geflüchteten Frau\* auf die Entscheidung über ihre reproduktive Gesundheit wurde am Beispiel einer Frau\* veranschaulicht, die aufgrund einer Abschiebungsandrohung in Erwägung zog abzutreiben, da sie kein Kind in Serbien auf die Welt bringen wollte.

Bezugnehmend auf den zweiten Aspekt der zweiten Forschungsfrage, nach den Verbesserungsansätzen der Versorgungssituation, lassen sich folgende Punkte festhalten. Aus dem Zusammenschluss von Theorie und Empirie lässt sich die Forschungsfrage, wie bereits im Diskussionsteil näher erläutert, dahingehend beantworten, dass geflüchtete Menschen dezentral in eigenem Wohnraum untergebracht werden sollten, um die Selbstbestimmung innerhalb der mit Restriktionen einhergehenden Asylsituation zu erhöhen und eine selbstbestimmtere Schwangerschaft zu ermöglichen. Solange Sammelunterkünfte bestehen, müssen die bereits vorhandenen Qualitätsstandards kontrolliert und eingehalten werden. Die eGK muss ohne Zeitverzögerung ausgegeben werden, die eingeschränkten Leistungen in den ersten 18 Monaten sollten aufgehoben werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst für nicht-versicherte Personen sollte für versicherte geflüchtete Frauen\* zugänglich sein, wenn diese aufgrund der verzögerten eGK keinen Zugang zu Ärzt\*innen erhalten. Die Implementierung einer Ärzt\*in vor Ort in den Unterkünften ist zu empfehlen. Die Einfügung von Sprachmittlung in das SGB V, wie im Koalitionsvertrag festgeschrieben, ist umzusetzen. Damit einhergehend bedarf es flächendeckender Sprachmittlung im gesamten Versorgungssystem durch geschulte Dolmetscher\*innen, die Supervision erhalten, auch für Sozialarbeiter\*innen in den Unterkünften, um qualitative Beratungsarbeit zu gewährleisten und das Erleben von Übergriffen für Frauen\* zu verringern. Der bereits vorhandene Telefondolmetschdienst „*SprInt*“ sollte für die Praxis nutzbarer gemacht werden. Darüber hinaus müssen alle schwangeren Frauen\* über ihren rechtlichen Anspruch auf eine private 1:1 Hebammenbetreuung aufgeklärt werden, sodass diese bei Interesse akquiriert werden kann. Weiterhin benötigen

Fachkräfte in der Arbeit mit geflüchteten Frauen\* antirassistische und intersektionale Kompetenzen, die darüber hinaus als Einstellungsvoraussetzung gelten sollten. Hinzu-kommend sollten regelmäßige Antirassismus- und Antidiskriminierungsworkshops sowie Supervision zur kritischen Reflexion und Überprüfung der eigenen Haltung stattfinden. Strukturelle Barrieren und Diskriminierungen in Ämtern wie beispielsweise bei der Aus-gabe der Geburtsurkunde im Standesamt, müssen abgebaut werden. Rassistische und diskriminierende Vorfälle, von denen die Frauen\* berichten, sollten bei einem Berliner Register gemeldet werden, insofern die Frauen\* dies wünschen.

Anknüpfend an die allgemeinen Verbesserungsansätze konnten folgende Implikationen für die Praxis Sozialer Arbeit herausgestellt werden. Die Untersuchung zeigt die Notwen-digkeit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Sozialarbeiter\*innen in Unterkünf-ten, dies beinhaltet einen höheren Personalschlüssel und das Unterlassen von Betrei-berwechseln, die mit schlechterer Bezahlung oder dem Wechsel der Sozialteams ein-hergehen. Die Einteilung in verschiedene Zuständigkeitsbereiche für die bedürfnisorien-tierte Unterstützung ist beizubehalten oder auszuweiten, falls dies nicht in allen Unter-künften Anwendung findet. Weiterhin bedürfen Träger von Unterkünften einer men-schenrechtsbasierten und ethisch-moralischen Grundhaltung, die keine mandatswidri-gen Aufträge an Sozialarbeiter\*innen richtet. Darüber hinaus zeigt sich die Wichtigkeit der individuellen Haltung der Sozialarbeiter\*innen hinsichtlich der Umsetzung der Pro-fessionsethik. Zu der von Sebastian Muy geforderten Öffentlichkeitsarbeit unter aktivem Einfordern verbesserter Bedingungen (vgl. Muy 2018: 270f.), gehört auch die Kritik an der Sammelunterbringung generell und die Sichtbarmachung der mit der Unterbringung einhergehenden Probleme. Daran anknüpfend ergibt sich als Implikation für die Praxis-forschung die Notwendigkeit des Transfers der Ergebnisse zurück in die Praxis.

Resümierend leistet die vorliegende Masterarbeit mit einer adressat\*innenspezifischen Erhebung einen Beitrag zum aktuellen Forschungsstand zur Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\*, die in Unterkünften für Asylsuchende leben. Wie bereits in der Ein-leitung beschrieben, wird die Einbeziehung geflüchteter Personen in Public Health Stu-dien, die die Situation von Migrant\*innen untersuchen, in der Literatur kritisiert, da der Heterogenität der Lebensumstände dadurch nicht differenziert genug begegnet werden kann (vgl. Kasper 2019 zitiert nach Sayn-Wittgenstein et al. 2019: 24). Aufgrund dessen ist der ausschließliche Fokus der vorliegenden Arbeit auf die Situation geflüchteter Frauen\* hervorzuheben. Im Rahmen der Literaturrecherche konnten nur wenige Studien ermittelt werden, die die Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen\* mit der Lebens-situation in einer Unterkunft verknüpfen. Die vorliegende Arbeit konnte diese Verbindung

herstellen und gibt einen Einblick in die Situation in Unterkünften für Asylsuchende im Land Berlin. Darüber hinaus ergänzen die Ergebnisse den Forschungsstand zur Versorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften durch Sozialarbeiter\*innen und geben Implikationen für die Praxis. Ferner konnte die Untersuchung den Forschungsstand um detaillierte Erkenntnisse zur Umsetzung des Hebammenprogramms des LAF in Berlin erweitern. Des Weiteren wurden Rassismen und Diskriminierungen im (medizinischen) Versorgungssystem aufgezeigt, wodurch bereits vorhandene Studien unterstützt werden können. Gegebenenfalls können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit anschlussfähig für die Analyse der Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\* sein, die in Unterkünften für Asylsuchende in anderen Bundesländern leben. Für die weitere Erfassung der Versorgungssituation schwangerer geflüchteter Frauen\* ist der Blickwinkel der schwangeren Frauen\* selbst ausschlaggebend. Das bereits benannte Forschungsprojekt PROREF, das unter anderem geflüchtete schwangere Frauen\* interviewt, wird im Rahmen der zu erwartenden Veröffentlichungen aufschlussreiche Erkenntnisse über die Perspektive der Frauen\* auf die Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt sowie der Zeit danach hervorbringen.

Die in der Einleitung dargestellten Fragen, die sich aus der Begleitung der schwangeren Frau\* im Rahmen der Beratungsarbeit bei Xenion e.V. entwickelt haben, konnten durch die vorliegende Arbeit bearbeitet werden. Die Belastungsfaktoren, mit denen das Leben als schwangere geflüchtete Frau\* in einer Unterkunft für Asylsuchende in Berlin einhergehen kann und die in der Begleitung der Frau\* bei Xenion e.V. sichtbar wurden, spiegeln sich in den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung wider. Aus einem intersektional feministischen Selbstverständnis bleibt abschließend festzustellen, dass keine reproduktive Gerechtigkeit in Deutschland existiert, solange nicht alle Frauen\* ihre reproduktiven Rechte allumfassend in Anspruch nehmen können. Wie Audre Lorde (1981: 10) sagte:

*„I am not free while any woman is unfree, even when her shackles are very different from my own.“*

## 6 Literatur

- Abels, I./Kurmeyer, C./Merkle, I. (2017): *Charité für geflüchtete Frauen. Women for Women. Jahresbericht 2016*. Berlin. Verfügbar unter: [https://frauenbeauftragte.charite.de/projekte/charite\\_fuer\\_gefluechtete\\_frauen\\_women\\_for\\_women/](https://frauenbeauftragte.charite.de/projekte/charite_fuer_gefluechtete_frauen_women_for_women/) [Zugriff am 27.09.2022].
- Al Munjid, R./Teschemacher, L./Mohr, E./Engelhardt, M./Breckenamp, J/Borde, T. (2022): Forced migrant women's Mental Health in the perinatal period in Germany- A mixed-method study. In: *European Journal of Public Health*. 32. 10.1093/eurpub/ckac131.445. Verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/364712088\\_Forced\\_migrant\\_women%27s\\_Mental\\_Health\\_in\\_the\\_perinatal\\_period\\_in\\_Germany-\\_A\\_mixed-method\\_study](https://www.researchgate.net/publication/364712088_Forced_migrant_women%27s_Mental_Health_in_the_perinatal_period_in_Germany-_A_mixed-method_study) [Zugriff am 04.01.2023].
- Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin (2022): ASH-Logo. Verfügbar unter: [https://ash-berlin.eu/QIS/images/Logo\\_ASH\\_Berlin\\_RGB\\_2016.svg](https://ash-berlin.eu/QIS/images/Logo_ASH_Berlin_RGB_2016.svg) [Zugriff am 08.11.2022].
- Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin (2023): PROREF (PH-LENS Teilprojekt). Analyse kontextueller Faktoren und Faktoren des Gesundheitssystems auf die Versorgung geflüchteter Frauen in Schwangerschaft und Geburt. Verfügbar unter: <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/proref/> [Zugriff am 03.01.2023].
- Aumüller, J./Daphi, P./Biesenkamp, C. (2015): *Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen. Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement*. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Verfügbar unter: [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf\\_import/Studie\\_Aufnahme\\_Fluechtlinge\\_2015.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Studie_Aufnahme_Fluechtlinge_2015.pdf) [Zugriff am 31.10.2022].
- Baron, J./Flory, L./Krebs, D. (2020): *Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder. Eine Recherche*. Hrsg. BAfF e.V. Verfügbar unter: [http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF\\_Living-in-a-box\\_Kinder-in-Ankerzentren.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf) [Zugriff am 03.10.2022].
- Bartig, S./Kalkum, D./Le, H. M./Lewicki, A. (2021): *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*. Hrsg. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Verfügbar unter: [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken\\_diskrimschutz\\_gesundheitswesen.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.html) [Zugriff am 30.09.2022].
- Bekyol, Y./Bendel, P. (2018): Die Bedingungen zum Schutz geflüchteter Frauen. In: Heinrich Böll Stiftung Demokratie (Hrsg.): *Frauen und Flucht. Vulnerabilität –*

- Empowerment – Teilhabe. Ein Dossier.* S.30-36. Verfügbar unter: [https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen\\_und\\_flucht\\_17\\_04\\_18\\_1.pdf](https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen_und_flucht_17_04_18_1.pdf) [Zugriff am 03.19.2022].
- Berliner Register (o.D.): Berliner Register. Das Projekt. Verfügbar unter: <https://www.berliner-register.de/das-projekt/> [Zugriff am 31.01.2023].
- Berrut de Berrut, S./Horacek, U./Lennertz, I./Paulus, M./Sievers, E./Thyen, U./Trost-Brinkhues, G. (2020): *Frühkindliche Gesundheit bei geflüchteten Kindern und ihren Familien fördern.* Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut e.V. München und Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e.V. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjnZTOyv78AhXJsKQKHc6gDgoQFnoE-CAoQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.dgspj.de%2Fwp-content%2Fuploads%2Fservice-stellungnahmen-web-gefluechtete-familien-dji-dgspj-2020.pdf&usq=AOvVaw0yinWYqC51jxQfeOVEu2lj> [Zugriff am 04.01.2023].
- Biddle, L./Wahedi, K./Jahn, R./Straßner, C./Kratochwill, S./Bozorgmehr, K. (2019): Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete. *Health Equity Studies & Migration – Report Series, 2019-01.* Verfügbar unter: <https://doi.org/10.11588/heidok.00030348> [Zugriff am 12.10.2022].
- Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (2014): *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung.* Wiesbaden: VS Verlag.
- Borde, T. (2015): Migration und Frauengesundheit – komplexe Zusammenhänge erschließen. In: *Public Health Forum*, Vol. 23 (Issue 2). S. 61-63. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0023> [Zugriff am 14.09.2022].
- Bozorgmehr, K./Mohsenpour, A./Saure, D./Stock, C./Loerbroks, A./Joos, S./Schneider, C. (2016): 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. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-016-2336-5> [Zugriff am 09.09.2022].
- Braun, G./Zeeb, H. (2021): Gesundheitliche Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung. In: Jacob Spallek und Hajo Zeeb (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien.* Bern: Hogrefe. S.389-396. Verfügbar unter: <https://elibrary.hogrefe.com/book/10.1024/85995-000> [Zugriff am 30.09.2022].

- Brenne, S./Breckenkamp, J./Razum, O./David, M./Borde, T. (2013): Wie können Migranten 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*. Ankara. S.183-198. Verfügbar unter: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiA0O3my\\_v8AhWfFuKQKHYYReCPUQFnoE-CAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fopus4.kobv.de%2Fopus4-ash%2Ffiles%2F226%2F2013%2BPublikation\\_DTWK\\_deutsch.pdf&usq=AOvVaw0No7Eko2HkJ1pEdYINarHJ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiA0O3my_v8AhWfFuKQKHYYReCPUQFnoE-CAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fopus4.kobv.de%2Fopus4-ash%2Ffiles%2F226%2F2013%2BPublikation_DTWK_deutsch.pdf&usq=AOvVaw0No7Eko2HkJ1pEdYINarHJ) [Zugriff am 04.02.2023].
- 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*, 58(6). S. 569-576. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-015-2141-6> [Zugriff am 26.09.2022].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2022): *Aktuelle Zahlen. Ausgabe: Juli 2022. Tabellen Diagramme Erläuterungen*. Verfügbar unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-juli-2022.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-juli-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=3) [Zugriff am 05.09.2022].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2022)a: Fragen und Antworten zur Einreise aus der Ukraine und dem Aufenthalt in Deutschland. Sollen ukrainische Staatsangehörige Asyl beantragen? Verfügbar unter: <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/ResettlementRelocation/InformationenEinreiseUkraine/documents/ukraine-faq-de.html?nn=1110322> [Zugriff am 05.09.2022].
- Bundesministerium der Justiz (2022): §28 AufenthG Familiennachzug zu Deutschen. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg\\_2004/\\_28.html](https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/_28.html) [Zugriff am 07.09.2022].
- Bundesministerium der Justiz (2022): §4 AsylbLG Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/\\_4.html](https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_4.html) [Zugriff am 07.09.2022].
- Bundesministerium der Justiz (2022): §6 AsylbLG Sonstige Leistungen. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/\\_6.html](https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_6.html) [Zugriff am 07.09.2022].

- Bundesministerium der Justiz (2023): §47 AsylG Aufenthalt in Aufnahmeeinrichtungen. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg\\_1992/\\_47.html](https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/_47.html) [Zugriff am 01.02.2023].
- Bundesministerium der Justiz (2023): §53 AsylG Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg\\_1992/\\_53.html](https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/_53.html) [Zugriff am 01.02.2023].
- Bundesministerium der Justiz (2023): §630e BGB Aufklärungspflichten. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_630e.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630e.html) [Zugriff am 10.01.2023].
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2023): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Verfügbar unter: <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/srgr-sexuelle-und-reproduktive-gesundheit-und-rechte-14826> [Zugriff am 07.02.2023].
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2021): Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. Hintergrund Versorgung und Bedarf. Verfügbar unter: <https://www.baff-zentren.org/themen/versorgung-bedarf/hintergrund-versorgung-bedarf/identifizierung-besonderer-schutzbeduerftigkeit/> [Zugriff am 07.09.2022].
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2022): FAQ. Welche Rechte auf Gesundheitsversorgung haben Geflüchtete? Verfügbar unter: <https://www.baff-zentren.org/fag/welche-rechte-auf-gesundheitsversorgung-haben-gefluechtete/> [Zugriff am 06.09.2022].
- Çalışkan, S. (2018): Warum Frauen fliehen: Fluchtursachen, Fluchtbedingungen und politische Perspektiven. In: Heinrich Böll Stiftung Demokratie (Hrsg.): *Frauen und Flucht. Vulnerabilität – Empowerment – Teilhabe. Ein Dossier*. S.10-19. Verfügbar unter: [https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen\\_und\\_flucht\\_17\\_04\\_18\\_1.pdf](https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen_und_flucht_17_04_18_1.pdf) [Zugriff am 27.08.2022].
- Castro Varela, M. d. M. (2018): "Das Leiden der Anderen betrachten". Flucht, Solidarität und Postkoloniale Soziale Arbeit. In: Bröse, J./Faas, S./Stauber, B. (Hrsg.): *Flucht. Herausforderungen für Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS. S.3-20. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-17092-9> [Zugriff am 24.10.2022].
- Cignacco, E./Berger, A./Sénac, C./Wyssmüller, D./Hurni, A./Sayn-Wittgenstein, F. zu (2017): *Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE)*. Version Drei. Verfügbar unter:

[https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Sexuelle\\_und\\_reproduktive\\_Gesundheitsversorgung\\_von\\_Frauen\\_und\\_ihren\\_Saeuglingen\\_in\\_Asylunterkuenften\\_in\\_der\\_Schweiz\\_REFUGEE.pdf](https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Sexuelle_und_reproduktive_Gesundheitsversorgung_von_Frauen_und_ihren_Saeuglingen_in_Asylunterkuenften_in_der_Schweiz_REFUGEE.pdf) [Zugriff am 03.01.2023].

David, M./Teschemacher, L./Borde, T. (2021): „Wie kann die Sprachbarriere überwunden werden? Aspekte der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund“, in: *Monitor Versorgungsforschung* (06/21), S. 53-58. Verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/356990497\\_Wie\\_kann\\_die\\_Sprachbarriere\\_uberwunden\\_werden\\_Aspekte\\_der\\_medizinischen\\_Versorgung\\_von\\_Patientinnen\\_und\\_Patienten\\_mit\\_Migrationshintergrund](https://www.researchgate.net/publication/356990497_Wie_kann_die_Sprachbarriere_uberwunden_werden_Aspekte_der_medizinischen_Versorgung_von_Patientinnen_und_Patienten_mit_Migrationshintergrund) [Zugriff am 04.01.2023].

DeStatis. Statistisches Bundesamt (2022): Geburten. Gebärfähiges Alter. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Glossar/gebaerfaehiges-alter.html> [Zugriff am 26.08.2022].

Deutscher Bundestag (Wissenschaftliche Dienste) (2016): *Sachstand. Änderungen des Asyl- und Aufenthaltsrechts seit Januar 2015 mit den Schwerpunkten Asylpaket I und II*. WD 3 - 3000 - 018/16. Verfügbar unter: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPqN6ViYj7Ah-WrwaIHHW8gC\\_cQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bundestag.de%2Fresource%2Fblob%2F424122%2F05b7770e5d14f459072c61c98ce01672%2FWD-3-018-16-pdf-data.pdf&usq=AOvVaw0yOm-x4oK\\_ZpLAaRnhJ3me](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPqN6ViYj7Ah-WrwaIHHW8gC_cQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bundestag.de%2Fresource%2Fblob%2F424122%2F05b7770e5d14f459072c61c98ce01672%2FWD-3-018-16-pdf-data.pdf&usq=AOvVaw0yOm-x4oK_ZpLAaRnhJ3me) [Zugriff am 30.10.2022].

Diekmann, D./Fereidooni, K. (2019): Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen geflüchteter Menschen in Deutschland: Ein Forschungsüberblick. In: *Z'Flucht*. 3. Jahrgang 2019. Heft 2. S.343-360. Verfügbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/2509-9485-2019-2/z-flucht-zeitschrift-fuer-flucht-und-fluechtlingsforschung-jahrgang-3-2019-heft-2?page=1> [Zugriff am: 27.09.2022].

Eichinger, U./Schäuble, B. (2018): Gestalten unter unmöglichen Bedingungen? Soziale Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften. In: Nivedita Prasad (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit Geflüchteten. Rassismuskritisch, professionell, menschenrechtsorientiert*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich. S.274-299. Verfügbar unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838548517> [Zugriff am 19.10.2022].

Engelhardt, M./Gaudion, M./Kamhiye, J./Al-Munjid, R./Borde, T. (2022): Consequences of Housing Conditions on Maternal Health of Forced Migrant Women. *European Journal of Public Health*. 32. 10.1093/eurpub/ckac131.465. Verfügbar unter:

[https://www.researchgate.net/publication/364713429\\_Consequences\\_of\\_Housing\\_Conditions\\_on\\_Maternal\\_Health\\_of\\_Forced\\_Migrant\\_Women](https://www.researchgate.net/publication/364713429_Consequences_of_Housing_Conditions_on_Maternal_Health_of_Forced_Migrant_Women) [Zugriff am 04.01.2023].

Engelhardt, M./Gaudion, M./Kamhiye, J./Al-Munjid, R./Borde, T. (2022)a: Legalisiertes Othering bei der (Nicht-)Ausstellung von Geburtsurkunden geflüchteter Kinder. In: *Migration und Soziale Arbeit*. (ISSN 1432-6000). Ausgabe 4/2022. Beltz Juventa. S.315-325. Verfügbar unter: [https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik\\_soziale\\_arbeit/zeitschriften/migration\\_und\\_soziale\\_arbeit/artikel/50086-legalisiertes-othering-bei-der-nicht-ausstellung-von-geburtsurkunden-gefluechteter-kinder.html](https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/zeitschriften/migration_und_soziale_arbeit/artikel/50086-legalisiertes-othering-bei-der-nicht-ausstellung-von-geburtsurkunden-gefluechteter-kinder.html) [Zugriff am 10.01.2023].

Ernst, C./Hornberg, C./Wattenberg, I. (2017): Gynäkologische und geburtshilfliche Versorgungssituation und -bedarfe von gewaltbetroffenen Schwangeren und Müttern mit Flüchtlingsgeschichte. In: *IZGOnZeit* Nr. 6 (2017). S. 48-60. Verfügbar unter: <https://www.izgonzeit.de/index.php/izgonzeit/article/view/1382/1421> [Zugriff am 09.09.2022].

Farrokhzad, S./Kluß, A./Mohammed Oulad M Hand, S./Adams, D./Schmitz, A. (2017): Studie „Impulse für Innovationen in der Migrations- und Integrationsarbeit“. Verfügbar unter: <https://www.ki-koeln.de/assets/Uploads/Veroeffentlichungen/Studie-Migrations-und-Integrationsarbeit.pdf> [Zugriff am 07.02.2023].

Foroutan, N. (2021): *Die postmigrantische Gesellschaft. Ein Versprechen der pluralen Demokratie*. 2., unveränderte Auflage. Bielefeld: transcript. Verfügbar unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.5555/9783839459447> [Zugriff am 12.02.2023].

Frank, L./Yesil-Jürgens, R./Razum, O./Bozorgmehr, K./Schenk, L./Gilsdorf, A./Rommel, A./Lampert, T. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2(1): S. 24-47. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005 ISSN 2511-2708. Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/2579> [Zugriff am 08.09.2022].

Frauen gegen Gewalt e.V. (o.D.)a: Gewaltschutz und Flucht: Geschlechtsspezifische Gewalt als Asylgrund und im Asylverfahren. Verfügbar unter: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/infothek/faq-gewaltschutz-und-flucht/geschlechtsspezifische-gewalt-als-asylgrund-und-im-asylverfahren.html> [Zugriff am 29.08.2022].

Frauen gegen Gewalt e.V. (o.D.)b: Gewaltschutz und Flucht. Unter welchen Voraussetzungen hat die eines Kindes in Deutschland Auswirkungen auf den Aufenthaltstitel geflüchteter Eltern? Verfügbar unter: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/infothek/faq-gewaltschutz-und-flucht/unter-welchen-voraussetzungen-hat-die-geburt-eines-kindes-in-deutschland-auswirkungen-auf-den-aufenthaltstitel-gefluechteter-elt.html> [Zugriff am 07.09.2022].

- Frings, D. (2017): Reproduktive Gesundheit von Migrantinnen in prekären Aufenthaltssituationen. In: *djbZ Zeitschrift des deutschen Juristinnenbundes*. 20. Jahrgang März 2017. S.14-15. Verfügbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1866-377X-2017-1-14/reproduktive-gesundheit-von-migrantinnen-in-prekaeren-aufenthaltssituationen-jahrgang-20-2017-heft-1?page=1> [Zugriff am 19.09.2022].
- Fröhlich, M. (2022): »ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen gestalten zu können« – ?1 Politiken der Reproduktion als Perspektive auf Unterbringung im Asylverfahren. In: Fröhlich, M./Schütz, R./Wolf, K. (Hrsg.): *Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder*. Bielefeld: transcript Verlag. S.149-166. Verfügbar unter: <https://www.transcript-verlag.de/shopMedia/openaccess/pdf/oa9783839452721.pdf> [Zugriff am 06.01.2023].
- Gaudion, M./Engelhardt, M./Kamhiye, J./Borde, T. (2022): Importance of communication between health care professionals and forced migrant women during birth. In: *European Journal of Public Health*. 32. 10.1093/eurpub/ckac131.458. Verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/364712284\\_Importance\\_of\\_communication\\_between\\_health\\_care\\_professionals\\_and\\_forced\\_migrant\\_women\\_during\\_birth](https://www.researchgate.net/publication/364712284_Importance_of_communication_between_health_care_professionals_and_forced_migrant_women_during_birth) [Zugriff am 04.01.2023].
- Gewalt, S.C./Berger, S./Ziegler, S./Szecsenyi, J./Bozorgmehr, K. (2018): Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. In: *PLoS One*. 2018 Dec 28;13(12):e0208007. doi: 10.1371/journal.pone.0208007. PMID: 30592728; PMCID: PMC6310271. Verfügbar unter: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208007> [Zugriff am 12.09.2022].
- Gold, A.W./Perplies, C./Rast, E./Bozorgmehr, K./Biddle, L. (2021): Gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen – Eine Erhebung unter Sozialarbeiter\*innen in Baden-Württemberg. *Health Equity Studies & Migration – Report Series*, 2021-01. Verfügbar unter: <https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/30262/> [Zugriff am 03.01.2023].
- Gürgen, M. (2019): Skandal in Berliner Flüchtlingsheim. Für jede Hilfe zu spät. Der Sicherheitsdienst einer Flüchtlingsunterkunft weigert sich, für eine hochschwangere Frau einen Rettungswagen zu rufen. Kurz darauf verliert sie ihr Kind. In: *taz, die Tageszeitung*. Verfügbar unter: <https://taz.de/Skandal-in-Berliner-Fluechtlingsheim!/5607916/> [Zugriff am 25.01.2023].
- Helfferich, C. (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

- Henry, J./Beruf, C/Fischer, T. (2020): Access to Health Care for Pregnant Arabic-Speaking Refugee Women and Mothers in Germany. In: *Qualitative Health Research*. 2020; 30 (3). S. 437-447. Verfügbar unter: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732319873620> [Zugriff am 27.01.2023].
- Heynen, S. (2007): Zeugung durch Vergewaltigung - Folgen für Mütter und Kinder. In: Kavemann, B./Kreyssig, U. (Hrsg.): *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.67-71. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-90550-1> [Zugriff am 04.02.2023].
- Hornberg, C./Schrötle, M./Bohne, S./Khelaifat, N./Pauli, A./Horch, K. (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. 42. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/pdf/ge-walt.pdf> [Zugriff am 04.02.2023].
- Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften (2016): *Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Professionelle Standards und sozialpolitische Basis*, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/> [Zugriff am 14.10.2022].
- Janssens, K./Bosmans, M./Temmerman, M. (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. Verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/294291809\\_Sexual\\_and\\_Reproductive\\_Health\\_and\\_Rights\\_of\\_Refugee\\_Women\\_in\\_Europe\\_rights\\_policies\\_status\\_and\\_needs\\_Literature\\_review](https://www.researchgate.net/publication/294291809_Sexual_and_Reproductive_Health_and_Rights_of_Refugee_Women_in_Europe_rights_policies_status_and_needs_Literature_review) [Zugriff am 09.09.2022].
- Kasper, A (2017): Der maternale Gesundheitszustand und die geburtshilfliche Versorgung geflüchteter Frauen. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2017; 221(S 01): E1-E113. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0037-1607925> [Zugriff am 10.09.2022].
- Kasper, A. (2021): *Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung. Eine qualitative Untersuchung zum professionellen Handeln geburtshilflicher Akteur\*innen*. Wiesbaden: Springer. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-33413-0> [Zugriff am 10.09.2022].
- Kast, M. (2017): Migrationsspezifische Hebammenarbeit. In: *Die Hebamme*. 2017; 30(02). Stuttgart: Hippokrates Verlag in Georg Thieme Verlag KG. S. 132-138. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-122038> [Zugriff am 28.10.2022].

- Khan-Zvorničanin, M. (2018): *Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen: Forschung zu Schwangerschaft und Flucht. Aktuelle Befunde und Forschungslücken*. Erstellt von: Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH. Pro Familia Bundesverband (Hrsg.). Verfügbar unter: [https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Spielmaterial/Fachdialognetz\\_Forschung\\_zu\\_Schwangerschaft\\_und\\_Flucht\\_2018.pdf](https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Spielmaterial/Fachdialognetz_Forschung_zu_Schwangerschaft_und_Flucht_2018.pdf) [Zugriff am: 05.09.2022].
- Kitchen Politics (Hrsg.) (2021): *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross*. Münster: edition assemblage.
- Klein, L./Wapler, F. (2019): Reproduktive Gesundheit und Rechte. In: *APuz. Aus Politik und Zeitgeschichte*. Bundeszentrale für Politische Bildung. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/290797/reproduktive-gesundheit-und-rechte/> [Zugriff am 21.08.2022].
- KOK - Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V. (o.D.): Projekt-Detail. Ban Ying e.V. – Beratung und Schulungen in Berlin. Verfügbar unter: <https://www.kok-gegen-menschenhandel.de/flucht-menschenhandel-start/projekte-fuer-gefluechtete/projekte-fbst-detail/ban-ying-e-v> [Zugriff am 12.01.2023].
- Krämer, A./Scherschel, K. (2018): Frauen auf der Flucht. Kurzdossiers Frauen in der Migration. Bundeszentrale für politische Bildung. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/282185/frauen-auf-der-flucht/> [Zugriff am 27.08.2022].
- Kruse, J. (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kurmeyer, C./Abels, I. (2018): Die Gesundheit geflüchteter Frauen stärken: Zwei Initiativen zum Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem. In: Heinrich Böll Stiftung Demokratie (Hrsg.): *Frauen und Flucht. Vulnerabilität – Empowerment – Teilhabe. Ein Dossier*. S.59-63. Verfügbar unter: [https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen\\_und\\_flucht\\_17\\_04\\_18\\_1.pdf](https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen_und_flucht_17_04_18_1.pdf) [Zugriff am 14.09.2022].
- Kyere, A. (2021): Reproduktive Gerechtigkeit - Eine Einführung. Heinrich Böll Stiftung. Gunda Werner Institut. Feminismus und Geschlechterdemokratie. Verfügbar unter: <https://www.gwi-boell.de/de/2021/03/15/reproduktive-gerechtigkeit-eine-einfuehrung> [Zugriff am 03.09.2022].

- Kyere, A. (2021a): Kämpfe verbinden. *Reproductive Justice* auf deutsche Verhältnisse übertragen. In: Kitchen Politics (Hrsg.): *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross*. Münster: edition assemblage. S.61-72.
- Landesamt für Einwanderung (LEA) (2022): 60a 2.3. Ermessensduldung. In: *VAB. Verfahrenshinweise zum Aufenthalt in Berlin*. S.455-459. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/einwanderung/service/downloads/artikel.875097.php> [Zugriff am 07.09.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2020)a: Anlage 1: Leistungs- und Qualitätsbeschreibung Aufnahmeeinrichtung zum Betreibervertrag Flüchtlingsunterbringung Land Berlin. Verfügbar unter: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil58-xq9\\_6AhVZXvED-HQe9AIAQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Ffluechtlingsrat-berlin.de%2F1af\\_ae\\_qualitaetsstandards\\_nov2020&usq=AOvVaw09oe-aBXigwa42FG4qDEI2k](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil58-xq9_6AhVZXvED-HQe9AIAQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Ffluechtlingsrat-berlin.de%2F1af_ae_qualitaetsstandards_nov2020&usq=AOvVaw09oe-aBXigwa42FG4qDEI2k) [Zugriff am 14.10.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2020)b: Gute Hebammenversorgung in Flüchtlingsunterkünften. Pressemitteilung vom 09.01.2020. Verfügbar unter: [Gute Hebammenversorgung in Flüchtlingsunterkünften - Berlin.de](https://www.berlin.de/fluechtlingsangelegenheiten/pressemitteilung/2020/01/09/gute-hebammenversorgung-in-fluechtlingsunterkueften-berlin) [Zugriff am 14.10.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)a: Überblick über die Flüchtlingsunterkünfte in Berlin. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/laf/wohnen/allgemeine-informationen/ueberblick-fluechtlingsunterkuenfte/artikel.629241.php> [Zugriff am: 29.12.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)b: Aktuelle Unterbringungszahlen. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/laf/wohnen/allgemeine-informationen/aktuelle-unterbringungszahlen/artikel.630901.php> [Zugriff am 29.12.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)c: Unterkunft. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/laf/leistungen/unterkunft/> [Zugriff am 07.09.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)d: Flüchtlingsunterbringung in Bestandsgebäuden. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/laf/wohnen/allgemeine-informationen/bestandsgebaeude/> [Zugriff am 07.09.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)e: Tempohomes FAQ. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/laf/wohnen/allgemeine-informationen/tempohomes-faq/> [Zugriff am 07.09.2022].

- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)f: Modulare Unterkünfte. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/laf/wohnen/allgemeine-informationen/modulare-unterkuenfte/> [Zugriff am 07.09.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)g: Gemeinschaftsunterkünfte der Kategorien 1, 2 und 3. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/laf/wohnen/unterbringungskonzepte/gu-1-2-3/> [Zugriff am 14.10.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)h: Unterkünfte für Geflüchtete. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/willkommenszentrum/wohnen/unterkuenfte-fuer-gefluechtete/> [Zugriff am 14.10.2022].
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2022)i: Hebammenübersicht. Kopie von Anfrage\_Pressestelle\_2022-02-28. Internes Dokument.
- Landesverband der Hebammen. Nordrhein-Westfalen e.V. (o.D.): Hebammenhilfe für Geflüchtete. FAQ. Ist Schwangerschaft ein Grund dafür, dass eine Abschiebung aufgeschoben wird? Verfügbar unter: [http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/hrf\\_faq/ist-schwangerschaft-ein-grund-dafuer-dass-eine-abschiebung-aufgeschoben-wird/](http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/hrf_faq/ist-schwangerschaft-ein-grund-dafuer-dass-eine-abschiebung-aufgeschoben-wird/) [Zugriff am 09.01.2023].
- Lingen-Ali, U./Ullmann, J. (2018): Geflüchtete Frauen in Deutschland. Kurzdossiers Frauen in der Migration. Bundeszentrale für politische Bildung. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/280382/gefluechtete-frauen-in-deutschland> [Zugriff am 05.09.2022].
- Litau, J./Reichert, L./Sehring, M./Weiser, S./Hornig, H./Gerhards, S. (2019): *Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen. Fachkräfte im Dialog. Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht des Modellprojekts*. Pro Familia Bundesverband (Hrsg.). Verfügbar unter: [https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Home/Abschlussbericht\\_Modellprojekt\\_Web.pdf](https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Home/Abschlussbericht_Modellprojekt_Web.pdf) [Zugriff am 12.02.2023].
- Lorde, A. (1981): *The Uses of Anger*. Verfügbar unter: <https://academicworks.cuny.edu/wsqr/509/> [Zugriff am 01.02.2023].
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Meuser, M./Nagel, U. (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, S./Pickel, G./Lauth, H.-J./Jahn, D. (Hrsg.): *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.465-480.
- Mohammed Oulad M'Hand, S. (2022): Arbeit mit geflüchteten Frauen\* beim Netzwerk „Medibüro“ in Berlin. In: Farrokhzad, S./Scherschel, K./Schmitt, M. (Hrsg.): *Geflüchtete Frauen. Analysen – Lebenssituationen – Angebotsstrukturen*.

- Wiesbaden: Springer VS. S.279-294. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-35038-3> [Zugriff am 07.09.2022].
- Muy, S. (2018): Mandatswidrige Aufträge an Soziale Arbeit in Sammelunterkünften für Geflüchtete. In: Nivedita Prasad (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit Geflüchteten. Rassismuskritisch, professionell, menschenrechtsorientiert*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich. S.260-S.273. Verfügbar unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838548517> [Zugriff am 17.10.2022].
- Oitner, S./Prasad, N. (2018): Menschenhandel und Flucht: Herausforderungen für die Soziale Arbeit mit Geflüchteten. In: Nivedita Prasad (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit Geflüchteten. Rassismuskritisch, professionell, menschenrechtsorientiert*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich. S.198-218. Verfügbar unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838548517> [Zugriff am 19.10.2022].
- Pieper, T. (2008): *Die Gegenwart der Lager. Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Razum, O./Reeske, A./Spallek, J. (2011): Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr in der Migration: gesundheitliche Herausforderungen. In: David, M./Borde, T. (Hrsg.): *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter?* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S.57-72.
- Razum, O./Wenner, J./Bozorgmehr, K. (2016): Wenn Zufall über den Zugang zu Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen*. 2016; 78(11). S. 711-714. Stuttgart: Thieme. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-32848> [Zugriff am 24.09.2022].
- Richtlinie (EU) 2013/33 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), (ABl. L180, 29.06.2013). Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0033> [Zugriff am 04.09.2022].
- Rolke, K./Wenner, J./Razum, O. (2020): Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en. In: *Das Gesundheitswesen*. 2020; 82(12). S.961-968. Stuttgart: Thieme. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/issue/10.1055/s-010-49980> [Zugriff am 21.10.2022].
- Rosa Luxemburg Stiftung (2021): Reproduktive Gerechtigkeit. Verfügbar unter: <https://www.rosalux.de/news/id/45455/reproduktive-gerechtigkeit> [Zugriff am 03.09.2022].

- Rosenberg-Jeß, S./Sauzet, O./Henrich, W./David, M. (2021): Perinataldaten von Frauen mit und ohne Flüchtlingsstatus in Berlin – Ergebnisse einer vergleichenden Querschnittstudie. Zusammenfassung. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2021; 225(05). S.406-411. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1440-1762#info> [Zugriff am 10.09.2022].
- Ross, L. (2021): Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik. In: Kitchen Politics (Hrsg.): *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross*. Münster: edition assemblage. S.17-60.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu/Stelzig, S./Pinkert, C. (2019): Schwangerschaft, Flucht und Gesundheit. Die peripartale Versorgungssituation schutzsuchender Frauen in Deutschland. In: Pro Familia Bundesverband (Hrsg.): *Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen. Fachkräfte im Dialog. Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht des Modellprojekts*. S. 22-31. Verfügbar unter: [http://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Home/Abschlussbericht\\_Modellprojekt\\_Web.pdf](http://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Home/Abschlussbericht_Modellprojekt_Web.pdf) [Zugriff am 09.09.2022].
- Scherschel, K. (2016): Flucht, Gender, Menschenrechte. Neue Herausforderungen für die Soziale Arbeit. In: *Forschungsjournal Soziale Bewegungen*. 29 (1) S. 1-9. Verfügbar unter: [https://forschungsjournal.de/fjsb/wp-content/uploads/fjsb-plus\\_2016-1\\_scherschel.pdf](https://forschungsjournal.de/fjsb/wp-content/uploads/fjsb-plus_2016-1_scherschel.pdf) [Zugriff am 07.02.2023].
- Scholaske, L./Brose, A./Spallek, J./Entringer, S. (2019): Perceived discrimination and risk of preterm birth among Turkish immigrant women in Germany. In: *Social science & medicine* (1982), 236, 112427. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7327293/> [Zugriff am 30.09.2022].
- Scholaske, L./Spallek, J./Entringer, S. (2021): Intergenerationale Übertragung von Migrationserfahrungen und fetale Programmierung von Krankheit und Gesundheit. In: Jacob Spallek und Hajo Zeeb (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Bern: Hogrefe. S.351-368. Verfügbar unter: <https://elibrary.hogrefe.com/book/10.1024/85995-000> [Zugriff am 30.09.2022].
- Schouler-Ocak, M./Kurmeyer, C. (2017): *Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland*. Abschlussbericht. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin. Verfügbar unter: <https://female-refugee-study.charite.de/> [Zugriff am 08.09.2022].
- Schröttle, M./Müller, U. (2004): I. Teilpopulationen – Erhebung bei Flüchtlingsfrauen. „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.):

*Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Langfassung.* Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84328/3bc38377b11cf9ebb2dcac9a8dc37b67/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf> [Zugriff am 06.02.2023].

Seidel, V./Gürbüz, B./Großkreutz, C./Vortel, M./Borde, T./Rancourt, R.C./Stepan, H./Sauzet, O./Henrich, W./David, M. (2020): The influence of migration on women's use of different aspects of maternity care in the German health care system: Secondary analysis of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). In: *Birth*. 47(1). S.39-48. doi: 10.1111/birt.12476. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31854011. Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12476> [Zugriff am 10.09.2022].

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS) (2021): IHRE RECHTE, PFLICHTEN & ANSPRÜCHE als Bewohner\*in einer Unterkunft für Geflüchtete in Berlin. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/koordfm/themen/wohnen/broschuere\\_rechte\\_plichten\\_als\\_bewohner\\_in\\_einer\\_laf\\_unterkunft\\_barrierefrei.pdf](https://www.berlin.de/koordfm/themen/wohnen/broschuere_rechte_plichten_als_bewohner_in_einer_laf_unterkunft_barrierefrei.pdf) [Zugriff am 06.01.2023].

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS) (o.D.): Medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/soziales/soziale-sicherung/leistungen-fuer-auslaendische-staatsbuergerinnen/medizinische-versorgung/> [Zugriff am 10.09.2022].

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (SenIAS)/Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) (2018): Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin. Für Mitarbeiter\*innen des Sozialdienstes des Landesamts für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF). Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/laf/leistungen/dateiablage/leitfaden\\_schutzduerftige\\_gefluechtete.pdf](https://www.berlin.de/laf/leistungen/dateiablage/leitfaden_schutzduerftige_gefluechtete.pdf) [Zugriff am 06.01.2023].

Sievers, E. (2015): Migration und Schwangerschaft: Aspekte der Prävention und Versorgung. In: *Public Health Forum*, Vol. 23 (Issue 2). S.64-66. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0024> [Zugriff am 14.09.2022].

Singer, A./Freystedt, M. (2008): Geburt und Trauma. Gebären nach (früher) sexueller Gewalt - Wie am besten gut vorbereiten? Wie am besten gut begleiten? Verfügbar unter: [https://www.schwanger-und-gewalt.de/pdf/GeburtundTrauma\\_2008.pdf](https://www.schwanger-und-gewalt.de/pdf/GeburtundTrauma_2008.pdf) [Zugriff am 08.02.2023].

Skolik, S. (2006): Hebammenhilfe nach sexueller Gewalterfahrung. Besondere Bedürfnisse in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Verfügbar unter: <http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Hebammenhilfe.pdf> [Zugriff am 04.02.2023].

- SPD/Bündnis 90 Die Grünen/FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Verfügbar unter: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2a-hUKEwju1N2so7z6AhW5QPEDHQG2BAMQFnoE-CAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.spd.de%2Ffileadmin%2FDokumente%2FKoalitionsvertrag%2FKoalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf&usq=AOvVaw1x1pRkrA9nF0aE1j8cYZ\\_Q](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2a-hUKEwju1N2so7z6AhW5QPEDHQG2BAMQFnoE-CAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.spd.de%2Ffileadmin%2FDokumente%2FKoalitionsvertrag%2FKoalitionsvertrag_2021-2025.pdf&usq=AOvVaw1x1pRkrA9nF0aE1j8cYZ_Q) [Zugriff am 30.09.2022].
- Staub-Bernasconi, S. (2019): *Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich. Verfügbar unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.3224/9783847404385> [Zugriff am 08.01.2023].
- TransVer (2023): Positionspapier Sprachmittlung. Verfügbar unter: <https://transver-berlin.de/nexus-positionspapier-sprachmittlung/> [Zugriff am 10.01.2023].
- United Nations Population Fund (UNFPA) (1994): Programme of Action. Adopted at the international Conference on Population and Development, Cairo. Verfügbar unter: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf) [Zugriff am 22.08.2022].
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2022): International Conference on Population and Development. Verfügbar unter: <https://www.unfpa.org/icpd> [Zugriff am 22.08.2022].
- Wendel, K. (2014): *Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich*. Verfügbar unter: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2a-hUKEwil1oaBm4j7AhWOiqQKHe-ID88QFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.proasyl.de%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F09%2FLaendervergleich\\_Unterbringung\\_2014-09-23\\_02.pdf&usq=AOvVaw3CDTPO7a0iFsj03E5f5r-X](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2a-hUKEwil1oaBm4j7AhWOiqQKHe-ID88QFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.proasyl.de%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F09%2FLaendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_02.pdf&usq=AOvVaw3CDTPO7a0iFsj03E5f5r-X) [Zugriff am 30.10.2022].
- Wihstutz, A. (2019): *Zwischen Sandkasten und Abschiebung. Zum Alltag junger Kinder in Unterkünften für Geflüchtete*. Anne Wihstutz (Hrsg.). Opladen; Berlin; Toronto: Verlag Barbara Budrich. 240 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-182467 - DOI: 10.25656/01:18246. Verfügbar unter:

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2a-hUKEwif8aKQnfL8AhUKXfEDHd4UAEUQFnoE-CAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.pedocs.de%2Fvolltexte%2F2020%2F18246%2Fpdf%2FWihstutz\\_2019\\_Zwischen\\_Sandkasten\\_und\\_Abschiebung.pdf&usq=AOvVaw3iAGCiELoRE9nsqy45qYt2](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2a-hUKEwif8aKQnfL8AhUKXfEDHd4UAEUQFnoE-CAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.pedocs.de%2Fvolltexte%2F2020%2F18246%2Fpdf%2FWihstutz_2019_Zwischen_Sandkasten_und_Abschiebung.pdf&usq=AOvVaw3iAGCiELoRE9nsqy45qYt2) [Zugriff am 31.01.2023].

Winkler, C./Babac, E. (2022): Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. In: *Österreich Z Soziol* 47, (2022). S. 31-58. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11614-022-00472-5> [Zugriff am 27.01.2023].

World Health Organisation (WHO) (2006): *Reproductive Health Indicators. Reproductive Health and Research. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Copenhagen. Verfügbar unter: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf) [Zugriff am 13.02.2023].

World Health Organisation (WHO) (2021): Abortion. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> [Zugriff am 15.09.2022].

# Anhang

## A.1 Interviewleitfaden

**Einstieg:** Könnten Sie sich und Ihre Arbeit zum Einstieg kurz vorstellen?

### Block 1: Versorgung

Erzählauforderung	Check – wurde das erwähnt?	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Ich interessiere mich für das Thema Versorgung von schwangeren geflüchteten Frauen* in Unterkünften in Berlin und würde dich/Sie bitten erstmal einfach all das zu erzählen, was dir/Ihnen dazu einfällt.</p> <p>Du kannst dir dafür so viel Zeit lassen wie du möchtest, auch um zu überlegen gern Pausen machen. Ich würde dich zunächst nicht unterbrechen, sondern zuhören und mir ein paar Notizen machen, um später dann nachzufragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinisch/Asylrechtliche/ Psychosoziale Versorgung</li> <li>• Hebammen</li> <li>• Zugänge</li> <li>• Zugangsbarrieren (u.a. Sprache)</li> <li>• Aufsuchende Arbeit</li> <li>• Finanzierung LAF/Projekte</li> <li>• Wochenbett/PPD</li> <li>• Corona</li> <li>• Sexualisierte Gewalt</li> <li>• Ungewollte Schwangerschaften</li> <li>• Trauma und PTBS</li> <li>• Was braucht es?</li> <li>• Sozialarbeiter*innen</li> <li>• Gender und Kultursensibilität</li> <li>• Intersektionalität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie gestaltet sich die Versorgung der schwangeren Asylsuchenden in Unterkünften in Berlin? (Asylrechtlich/Medizinisch gynäkologisch (Hebammen)/psychosozial)</li> <li>• Wie gestalten sich die Zugänge zum Gesundheitssystem für geflüchtete Frauen*?</li> <li>• Welche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und anderen (z.B. Wohnungsmarkt) gibt es?</li> <li>• Welche Rolle spielt die aufsuchende Arbeit?</li> <li>• Wie werden Sprachbarrieren überwunden?</li> <li>• Wie viel Versorgung wird vom LAF/Senat gestellt und wie viel wird durch Projekte gewährleistet?</li> <li>• Wie ist die Versorgung nach der Entbindung, im Wochenbett, von den Säuglingen?</li> <li>• Welche Auswirkungen hatte und hat die Corona Pandemie auf die Versorgung schwangerer Frauen in Unterkünften?</li> <li>• Wie wird mit ungewollten Schwangerschaften umgegangen?</li> <li>• Wie ist der Umgang mit Trauma und PTBS?</li> <li>• Was braucht es zur verbesserten Versorgung? Ist die Versorgung ausreichend?</li> <li>• Welche Rolle spielt Ihre Berufsgruppe bei der Versorgung? Wie können Sie ihnen gender- und kultursensibel begegnen?</li> <li>• Was läuft nicht gut?</li> <li>• Was läuft gut?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fällt dir sonst noch etwas ein?</li> <li>• Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen?</li> <li>• Du hattest vorhin erwähnt, dass ... Was meinst du damit?</li> <li>• Hast du ein Beispiel dafür, damit ich mir das konkreter vorstellen kann?</li> <li>• Und weiter?/Und dann?</li> </ul>

**Block 2: Lebenssituation in der Unterkunft**

Erzählaufforderung	Check – wurde das erwähnt?	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Ich interessiere mich auch für die Lebenssituation in der Unterkunft speziell für schwangere Frauen* . Kannst du mir dazu etwas erzählen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenssituation/ Wohnsituation</li> <li>• Rolle von Schwangerschaft im Alltag</li> <li>• Post Partale Depressionen?</li> <li>• Gender- und Kultursensibel?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wirkt sich die Lebenssituation in den Unterkünften auf die Schwangerschaft aus?</li> <li>• Wie gender- und kultursensibel nehmen Unterkünfte Rücksicht auf die Bedürfnisse der Frauen*?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fällt dir sonst noch etwas ein?</li> <li>• Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen?</li> <li>• Du hattest vorhin erwähnt, dass ... Was meinst du damit?</li> <li>• Hast du ein Beispiel dafür, damit ich mir das konkreter vorstellen kann?</li> <li>• Und weiter?/Und dann?</li> </ul>

**Block 3: Rassismus und Diskriminierungserfahrungen**

Erzählaufforderung	Check – wurde das erwähnt?	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Darüber hinaus interessiere ich mich auch für die Themen Rassismus und Diskriminierung. Kannst du mir dazu etwas erzählen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassismus und Diskriminierungserfahrungen</li> <li>• Intersektionalität der Versorgungsstrukturen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen machen Frauen* im Gesundheitssystem? (sofern durch die Fachkraft einschätzbar)</li> <li>• Wie gendersensibel wird den Frauen begegnet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fällt dir sonst noch etwas ein?</li> <li>• Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen?</li> <li>• Du hattest vorhin erwähnt, dass ... Was meinst du damit?</li> <li>• Hast du ein Beispiel dafür, damit ich mir das konkreter vorstellen kann? Und weiter?/Und dann?</li> </ul>

**Block 4: Perspektive/Erleben der Frauen\***

<b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check – wurde das erwähnt?</b>	<b>Konfliktthemen- und Steuerungsfragen</b>	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b>
<p>Ich interessiere mich weiterhin für die Bedürfnisse der Frauen*. Das ist natürlich eine subjektive Perspektive aber vielleicht haben Frauen* dir gegenüber schon mal ihre Erlebnisse, Wünsche und Bedürfnisse geäußert? Kannst du mir dazu etwas erzählen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wünsche/Bedürfnisse der Frauen*</li> <li>• Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Wünsche und Bedürfnisse äußern die Frauen*?</li> <li>• Wie vernetzen sich die Frauen* untereinander, in den Communities?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fällt dir sonst noch etwas ein?</li> <li>• Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen?</li> <li>• Du hattest vorhin erwähnt, dass ... Was meinst du damit?</li> <li>• Hast du ein Beispiel dafür, damit ich mir das konkreter vorstellen kann? Und weiter?/Und dann?</li> </ul>

**Abschlussfragen:**

Jetzt haben wir viel besprochen. Was würdest du dir bezüglich der Versorgung wünschen?

Was fällt dir noch ein worüber wir noch nicht gesprochen haben, was möchtest du noch erzählen?

Vielen vielen Dank!

## A.2 Transkriptionsregeln

(Kuckartz 2018: 167f.)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
  2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
  3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
  4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
  5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
  6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
  7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
  8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
  9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4:“, gekennzeichnet.
  10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
- 
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
  12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
  13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
  14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

## A.3 Kodierleitfaden

### Kodierleitfaden

Deduktive Kategorien anhand der Fragestellungen und des Interviewleitfadens, **Induktive Kategorien** anhand des Interviewmaterials

<b>Hauptkategorie</b>	<b>Unterkategorie</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>	<b>Kodierregel</b>
<b>Versorgung</b>	Hebammen	Wo arbeiten die Hebammen? Wie arbeiten die Hebammen? Was haben die Hebammen für eine Ausbildung? Wie gestaltet sich das Hebammenangebot in der Unterkunft?	„Und da würde ich sagen, dass die die <u>wollen</u> (...) ja ich <u>www</u> ich kann es jetzt schwer in Prozent ausdrücken aber ich würde schon sagen, dass der überwiegende Anteil der Frauen, die das möchten auch eine Hebamme dann sehen können weil genau weil wir ja auch ein Interesse haben dort dort zu arbeiten, wir werden ja dafür bezahlt und (...) wir versuchen das dann schon möglich zu machen“ (H.3 P. 54)	Alles zum Thema Hebammen, aus Perspektive der Hebammen sowie der Sozialarbeiter*innen
	Soziale Arbeit	Was machen die Sozialarbeiter*innen? Wie gestaltet sich die Versorgung durch die Sozialarbeiter*innen? Mit wem kooperieren sie? Was bieten sie an Versorgung an?	„Wir haben so ein System (.) wo (.) alle unsere Mitarbeiterinnen im Sozialteam so einen Zuständigkeitsbereich <u>zugewiesen</u> bekommen haben (.) und ich habe eben diesen Zuständigkeitsbereich zugewiesen bekommen und (...) das war so ein bisschen auch (.) man wurde so ein bisschen in das kalte Wasser geworfen“ (S.3 P. 48)	Alles zum Thema Soziale Arbeit, aus Perspektive der Sozialarbeiter*innen sowie der Hebammen
	Medizinisch	Wie gestaltet sich die medizinische Versorgung? Welche Bedarfe gibt es? Wie sind die Zugänge?	„Also ich würde sagen die grundsätzliche Anbindung an das System Ärzte (.) funktioniert erstmal (.) (atmet lauter aus) okay. Was die Hebammenversorgung angeht wird es da natürlich schon viel schwieriger“ (H.3 P. 28)	Medizinisch, gynäkologisch, stationär und ambulant Nicht psychiatrisch/therapeutisch Keine Abgrenzung notwendig
	Wochenbett	Wie gestaltet sich die Versorgung der Frauen im Wochenbett (in der Unterkunft?)	„Das Wochenbett an sich machen sehr viele Frauen in Unterkünften alleine leider unbetreut unbegleitet nicht nur weil die Hebamme fehlt sondern einfach	

			<p>auch weil Ansprechpartnerinnen aus der Familie und Community fehlen (...) (H.2 P.110)</p> <p>„zur Beratung also ich führe dann ein Erstgespräch (...) und ich sehe das schon Ne die kommen dann schon mit eine leere Schachtel Antidepressiva und ich weiß jetzt mittlerweile viele Ärzte die Antidepressiva verschreiben. Wir haben auch dann sehr schlechte Erfahrung gehabt“ (S.1 P.349)</p>	Inkludiert auch die psychiatrische Versorgung
Psychozial/Psychotherapeuten	<p>Welche Bedarfe gibt es bezüglich psychologischer/psychiatrischer Versorgung?</p> <p>Wie gestaltet sich die Versorgung innerhalb der Unterkunft?</p> <p>Wie sind die Zugänge?</p>	<p>Wie wird mit Trauma und PTBS umgegangen?</p> <p>Traumatasensibilität in Versorgung?</p>	<p>„Bei unseren Klientinnen, die ja leider meistens multibel traumatisiert sind gibt es sowieso schon Stimmungsschwankungen gibt es so Triggersachen da ist das ne das das Thema Post Partale Depressionen gar nicht so aktuell weil noch ganz viel Altlasten sind die vielleicht entschuldigung, gar nicht eine Depression hochkommen lassen oder erst viel später oder gar nicht wahrgenommen werden weil vorher schon ganz viel an Gewicht da ist“ (H.2 P.112)</p>	Spezifisch zu Trauma, nicht zu Anbindung psychologisch generell
Asylrechtlich	<p>Wie gestaltet sich die Asylrechtliche Versorgung? Welche Bedarfe gibt es?</p> <p>Wie sind die Zugänge?</p>	<p>Wie gestaltet sich die Asylrechtliche Versorgung? Welche Bedarfe gibt es?</p> <p>Wie sind die Zugänge?</p>	<p>„wenn ich zuständig werde sozusagen für neue Bewohner die (...) genau die auch halt vielleicht noch neu in Deutschland sind [Ja] versuche ich das erstmal immer abzuklopfen ob die schon die Anhörung hatten [Ja] Und wenn nicht versuche ich einen Termin zu organisieren für eine Anhörungsvorbereitung“ (S.2 P.214-218)</p>	keine Abgrenzung notwendig
Zugangsbarrieren	<p>Welche Zugangsbarrieren gibt es?</p> <p>Wie gestalten sich diese?</p>	<p>„Ja also die Sprache ist aufedentfall schon ganz eindeutig eine Barriere“ (S.1 P.92)</p>	<p>Alle Barrieren außer Rassismus, das ist eine separate Kategorie</p>	

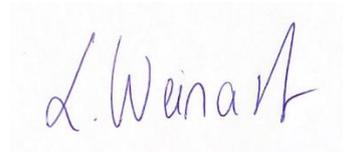
	Covid-19	Welche Auswirkungen hat/hatte die Pandemie auf die Versorgung?	„Ja also puh (lacht) (...) ich finde immer man kann es ist schon total verrückt weil man sich so dieses Leben vor der Pandemie (unv.) ich kann mich gar nicht mehr daran erinnern, aber es war natürlich extrem erschwert in der in der ersten Phase vor zwei Jahren“ (H.3 P.212)	Keine Abgrenzung notwendig
	Versorgungsangebote	Sonstige Versorgungsangebote über die anderen Kategorien hinaus	„[...] Familienzentren wo eben Sprechstunden stattfinden. Offene Sprechstunden wo alle hinkommen können und da auch egal ist welcher Versicherter [Ja] status das ist. Viele die dann auch in die mich in der Unterkunft kennengelernt haben und dann in eigenen Wohnraum gegangen sind kommen dann hierher um die Beratung weiter in Anspruch nehmen zu können“ (H.1 P.10-12)	Versorgungsangebote, die nicht medizinisch/psychosozial/asyrechtlich sind
	Aufsuchende Arbeit	Wie wird die Aufsuchende Arbeit durch die Fachkräfte bewertet? Welche Rolle spielt sie und welchen Stellenwert nimmt sie ein?	„Also das schätze ich als sehr sehr hoch ein ich finde das insgesamt an meiner Arbeit sowieso ich finde das also auch in allen ich arbeite ja in diesen 3 Bereichen [Ja] und finde das ist der der in allen Bereichen ist das mein Schlüssel“ (H.3 P.172-174)	Keine Abgrenzung notwendig
	Verhütung	Alle Textstellen, in denen die Fachkräfte über Verhütung sprechen	„Genau, so dass ist mir auch immer ein ganz wichtiges Anliegen, die Frauen darüber zu informieren welche Möglichkeiten sie hier zur Familienplanung haben also Verhütungsmittel und da auch die Kontakte herstelle, dass sie für die Verhütungsmittel nichts bezahlen müssen [...]“ (H.1 P.164)	Keine Abgrenzung notwendig
	LAF	Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem LAF? Welche Rolle nimmt das LAF ein?	„weil eben hier noch die Regelung gilt dass es keine Übermachungen geben darf das ist eine Vorgabe des LAF ( ) die irgendwie so ( ) durchgezogen wird ( ) genau ja“ (S.3 P.240)	Zugangsbarrieren, die durch Regelungen des LAF entstehen, werden in der Kategorie

					Zugangsbarriere n gelistet
<b>Wohnsituation</b>		Wie gestaltet sich die Wohnsituation/das Leben in den Unterkünten?	„Es ist schwierig es ist wirklich schwierig also als schwangere Frau und auch als <u>Mutter</u> , dann weil die Kinder zum Beispiel nicht mit in die Küche genommen werden sollen, das sind aber recht schwer also sind ja unterschiedliche <u>Bauweisen</u> von den Unterkünten sind eben teilweise recht schwere Türen das ist wirklich eine Herausforderung ist und auch Unfallfahr. [...]“ (H.1 P.444)		Keine Abgrenzung notwendig
<b>Macht- und Gewaltverhältnisse</b>	Ungleichheiten	Strukturelle Ungleichheiten in der Versorgung, die nicht in Kategorie Rassismus passt	„Und wir wollen eben das so auffangen weil wir eben nicht 1 zu 1 Betreuung machen können, so wie das einer vielleicht in der Berlin situlierten Deutsch sprechenden Frau zu steht sondern einer Frau in einer Unterkünt, dass wir sagen wir machen jede Woche einmal Sprechstunde für 6 Stunden und dann kann die Frau einmal die Woche oder alle 14 Tage dann zu uns kommen“ (H.2 P.60)		Strukturelle Ungleichheiten, die nicht in die Kategorie Rassismuserfahrenen oder Rassismus durch interviewte Fachkräfte passen
	Rassismuserfahrenen	Welche Rassismus- und Diskriminierungserfahrenen machen die Frauen*? Was erleben die Fachkräfte? (bspw. in der Zusammenarbeit mit Institutionen etc.)	„manchmal braucht es ja nicht eine rassistische also ein WORT, es kann ja auch einfach nur eine Art und Weise sein von Nicht Wahrnehmen von Nicht Rannehmen beim Arzt von Tun als ob man die Person nicht versteht (unv.) ist leider Alltag. Und auch dass Frauen wir haben auch Frauen denen die Kopfücher im Osten von Berlin heruntergerissen werden, wir haben Frauen die angeschrien werden weil sie nicht Deutsch <u>angeblich</u> nicht genug Deutsch sprechen. Das gibt es immer immer wieder“ (H.2 P.148)		Rassismuserfahrenen, die die Frauen* den Fachkräften berichten oder die sie selbst erleben in ihrer Arbeit

	Rassismus durch interviewte Fachkräfte	Alle Textstellen, in denen die interviewten Fachkräfte Rassismus reproduzieren	<p>„[...] Ja. Und ja. Einige Male habe ich erlebt, dass es wirklich auf Druck der Männer war wo ich das Gefühl hatte, ja die kann man ja nicht so ganz außen vorlassen, dass es für die Männer auch natürlich eine sehr beängstigende Situation ist, wenn sie merken ihre Frauen können selbstbestimmter entscheiden. Die können auch zur Schule gehen es ist hier üblich, dass auch Frauen erwerbstätig sind und es ist eben nicht die Großfamilie im Hintergrund, die auch auf die jungen Frauen teilweise sehr viel Druck ausübt was sie zu tun und zu lassen haben [...]“ (H.1 P.544-546)</p>	Nur Rassismus durch interviewte Fachkräfte, keine Erfahrungen darüber hinaus
	Abschiebungen	Alle Textstellen, die Abschiebungen thematisieren	<p>„Wenn du dann morgen nicht zur Arbeit wenn du morgen zur Arbeit kommst und ich bin nicht hier Danke für alles. Und die verabschieden sich von mir. Und andere dann schlafen nicht hier in der Unterkunft. Oder ein Teil von der Familie. Na also wenn die dann verheiratet sind dann werden die dann zum Beispiel wenn der Vater nicht da ist dann wird auch dann die Familie nicht abgeschoben dann wird als Pack sozusagen“ (S.1 P.639)</p>	Keine Abgrenzung notwendig
	Menschenhandel	Alle Textstellen, die Menschenhandel thematisieren	<p>„die kommen dann hier dann hochschwanger [Ja] und die kommen alle ganz eindeutig von Menschenhandel/Netzwerken“ (S.1 P.999-1001)</p>	Keine Abgrenzung notwendig
Bedürfnisse der Frauen*		Weiche Bedürfnisse benennen die schwangeren Frauen*? (soweit durch die Fachkräfte beurteilbar)	<p>„Ja das ist ist die wünschen sich alle ihren eigenen Wohnraum [Ja] und alle wünschen sich dass sie Küche und Badezimmer für sich und ihre Familie alleine haben“ (H.1 P.646-648)</p>	Was benennen die Frauen* ggü. den Fachkräften?
Verbesserungsansätze		Welche Verbesserungsansätze haben die Fachkräfte? Was wünschen sie sich?	<p>„Was ich mir wünschen würde wäre natürlich die Wohnsituation [Ja] das ist das ist klar weil das schon sehr wichtig ist (...) dann auch wirklich mehr Gespräche in der Muttersprache von Frau zu Frau (...) [...]“ (H.1 P.824-826)</p>	Was wünschen sich die Fachkräfte aus ihrer Perspektive?

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Masterarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel, einschließlich eigener Quellen benutzt habe. Ich bin einverstanden, dass meine Masterarbeit in der Bibliothek bereitgestellt wird.

A handwritten signature in blue ink, reading "L. Weinast". The signature is written in a cursive style with a large initial "L" and a long horizontal stroke at the end.

Louisa Weinast

Berlin, 13.02.2023