

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

Christiane Ernst, Ivonne Wattenberg & Claudia Hornberg

Kriegerische Unruhen und andere Krisen, wie klimabedingte Flucht und Vertreibung (Hornberg 2017), zwingen viele Menschen, aus ihren Heimatländern zu flüchten. In den letzten Jahren sind die Flüchtlingszahlen laut einer Schätzung der Vereinten Nationen kontinuierlich gestiegen: Sind im Jahr 2013 51,2 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht gewesen, waren es im Jahr 2015 über 60 Millionen. Für Deutschland von Bedeutung sind vor allem die hohen Flüchtlingszahlen, die auf den im Jahr 2011 ausgebrochenen Krieg in Syrien zurückzuführen sind, aber auch auf weitere, etwa 15 kriegerische Konflikte insbesondere in Afrika, im Nahen Osten, in Asien und Europa, der Ukraine, sowie auf eine andauernde Instabilität in Afghanistan und Somalia (The UN Refugee Agency 2015, Schmiege 2017).

Unter den Geflüchteten sind auch schwangere Frauen und Frauen, die kurz vor der Flucht, auf der Flucht oder im Einreiseland Kinder bekommen haben. Der folgende Beitrag widmet sich der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Flüchtlingsfrauen sowie der psychosozialen Versorgung von jungen Flüchtlingsmüttern und ihren Säuglingen. Vor allem werden die besonderen, durch Traumata bedingte Bedarfe an die gynäkologische Versorgung von Flüchtlingsfrauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, betrachtet. Ein Fokus liegt auf Frauen, die infolge einer Vergewaltigung schwanger geworden sind, wobei insbesondere die Konsequenzen für die gynäkologische Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt sowie für die Nachbetreuung im Wochenbett dargestellt werden. Anschließend werden Handlungsbedarfe und Good-Practice-Projekte vorgestellt, die das Ziel haben, die Frauen durch Empowerment zu stärken, das Familiensystem zu stabilisieren und transgenerationalen Übertragungsprozessen von Traumata vorzubeugen.

Über die gynäkologische Versorgungslage von schwangeren Flüchtlingsfrauen sowie die Betreuung von jungen Müttern mit Flüchtlingsgeschichte ist noch wenig bekannt. Auch über Flüchtlingsfrauen, die aufgrund einer Vergewaltigung schwanger oder bereits Mutter geworden sind, gibt es so gut wie keine gesicherten Erkenntnisse. Der Beitrag will deshalb einerseits dieses Themenfeld genauer beleuchten und auf die Notwendigkeit eines besonderen Umgangs mit gewaltbetroffenen Flüchtlingsfrauen im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe aufmerksam machen. Andererseits weist er auch auf das Fehlen differenzierter wissenschaftlicher Untersuchungen hin.

Im Folgenden ist häufig allgemein von „Flüchtlingsfrauen“ und „Migrantinnen“ die Rede. Diese Verallgemeinerung kann momentan aufgrund fehlender empirischer Kenntnisse im Hinblick auf die Unterschiedlichkeit von geflüchteten Frauen noch nicht aufgehoben werden. Wir möchten hier aber darauf aufmerksam machen, dass die Gruppe der Flüchtlingsfrauen sehr heterogen ist und daher ein

personenorientiertes Vorgehen sowohl in der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung wie auch in anderen medizinischen Bereichen von besonderer Bedeutung ist.

1. Rechtliche Rahmenbedingungen und Inanspruchnahme

Die gynäkologische Versorgung im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt bei Flüchtlingsfrauen ist Bestandteil des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Nach § 4 II AsylbLG besteht ein Anspruch auf medizinische und pflegerische Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung inklusive Hebammenhilfe. Die Leistungen sind identisch mit denen, die der einheimischen Bevölkerung zukommen: „Sie umfassen Geburtsvorbereitung, Nachsorge und Vorsorgeuntersuchungen und die Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln. Auch den Geburtsort kann die Schwangere grundsätzlich frei wählen“ (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V. 2016). Die Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und vor der medizinischen Untersuchung bei den Sozialämtern beantragt. Dabei wird die Abrechnung unterschiedlich gehandhabt: In einigen Regionen Deutschlands erhalten Flüchtlinge eine Gesundheitskarte, in anderen werden Behandlungsscheine ausgegeben, so dass Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen mit dem Sozialamt abrechnen können (Seyler 2015). Zuständig für die Regelung der Leistungsgewährung sind grundsätzlich die Gemeinden.

Betrachtet man die gynäkologische Versorgungslage von Migrantinnen, so lassen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Nutzung gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen innerhalb der Gruppe von Migrantinnen – zu denen auch Flüchtlingsfrauen¹ zählen – beobachten. Abhängig von der jeweiligen Phase im Akkulturationsprozess² und in Abhängigkeit von der jeweiligen Migrantinnen- und Migrantengeneration³ verhalten sich Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingshintergrund im Hinblick auf die Inanspruchnahme des gynäkologischen Versorgungssystems unterschiedlich. Hier zeigt sich besonders das Risiko einer Unterversorgung bei Frauen mit geringen Deutschkenntnissen und unsicherem Aufenthaltsstatus, primär also Migrantinnen der ersten Generation, also auch Flüchtlingsfrauen. In der Gruppe der Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus nehmen 25 Prozent nur fünf oder weniger ärztliche Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Der Anteil liegt bei Migrantinnen ohne Deutschkenntnisse mit 32,5 Prozent noch höher. Frauen mit Migrationshintergrund nutzen zudem die Hebammenleistungen in der Schwangerschaft wesentlich seltener als einheimische Frauen. Während 75 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund in der Schwangerschaft sowohl von einer Gynäkologin/einem Gynäkologen als auch von einer Hebamme versorgt werden, trifft dies nur für 43 Prozent der Frauen mit Migrationserfahrung zu (Brenne et al. 2013). Zugangsbarrieren würden insbesondere für Flüchtlingsfrauen bestehen (Deutscher Hebammenverband 2015).

1 Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Migrantinnen allgemein, die Gruppe der Flüchtlingsfrauen zählt hier dazu.

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

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

Über die Situation der Nachbetreuung von Flüchtlingsfrauen im Wochenbett ist wenig bekannt. Eine niederländische Studie beschreibt eine hohe Wahrscheinlichkeit der Nicht-Inanspruchnahme der nachgeburtlichen Betreuung durch Hebammen bei Flüchtlingsfrauen (Ascoly/Van Halsema/Keyzers 2001). Die geringe Inanspruchnahme der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung kann neben möglichen Verständigungsproblemen auf Unwissenheit über gynäkologische Versorgungsstrukturen zurückgeführt werden (Deutscher Hebammenverband 2015; Kolip/Baumgärtner 2015; Brenne et al. 2013). Verständlicherweise führten in den zurückliegenden Aufnahmesituationen Überlastungen der Kommunen hinsichtlich der Organisation der gesundheitlichen Versorgung zu Zugangsbarrieren der Frauen, auch zum gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungssystem. Zudem haben die persönlichen Einstellungen und das Ausmaß an interkultureller Kompetenz des Gesundheitspersonals⁴ Einfluss darauf, ob und wie Flüchtlingsfrauen die Angebote annehmen (Bulman/McCourt 2002). Ein weiterer Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung können eine Traumatisierung und psychische Folgeerkrankung sein.

2. Gewalt gegenüber Flüchtlingsfrauen

Viele Flüchtlingsfrauen, die Deutschland erreicht haben, haben Gewalterfahrungen gemacht. Dabei kann es sich um kumulierte Gewalt handeln: Frauen können Gewalt durch den eigenen Partner und durch fremde Personen erfahren. Sie können Gewalt im Herkunftsland, auf dem Fluchtweg und/oder in der Erstaufnahmeeinrichtung erfahren. Auch Vergewaltigungen durch Schleuser und in Erstaufnahmeeinrichtungen sind nicht selten (Classen 2016; The UN Refugee Agency 2014). Vielfach sind Flüchtlingsfrauen in der Aufnahmesituation in Sammelunterkünften ohne Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten dem Risiko von sexueller Gewalt ausgesetzt. Für die Frauen bedeutet die Flucht aus Kriegsgebieten und die Aufnahme im Einreiseland somit nicht das Ende der Gewalt (Buckley-Zistel/Krause/Loeper 2014). Im Nachkriegskontext sind es häufig Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld, einschließlich der Familie, die körperliche, psychische und sexuelle Gewalt ausüben. Hier werden veränderte sozioökonomische Situationen – insbesondere die mit der fehlenden Erwerbstätigkeit der geflüchteten Männer einhergehenden veränderten Geschlechterbeziehungen – als Grund für einen Anstieg von Aggression diskutiert, die sich auch in sexueller Gewalt gegen Frauen ausdrücken würde (ebd.; Hamber 2007; Schäfer 2005; Lukunka 2011). Gewalt gegen die eigene Partnerin diene dabei dazu, Kontrolle und Macht im Geschlechterverhältnis zurück zu erlangen (Buckley-Zistel/Krause/Loeper 2014). Täterinnen und Täter finden sich jedoch nicht nur unter den geflüchteten Personen, sondern auch unter den Sicherheitskräften sowie unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Hilfsorganisationen, die ihre Machtposition ausnutzen (Ferris 2007).

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

3. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Folge sexueller Gewalt

Die gesundheitlichen Folgen sexueller Gewalt sind vielfältig, sie werden ausführlich in der FRA-Studie beschrieben: „Hinsichtlich der psychologischen Langzeitfolgen von Gewalt (...) litten die Opfer von Viktimisierung durch PartnerInnen oder andere Personen unter einem Verlust von Selbstvertrauen, fühlten sich verletztlich und ängstlich. Opfer von sexueller Gewalt gaben an, dass sie oft unter zahlreichen psychischen Folgen leiden“ (FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 23). Psychische Langzeitfolgen von Gewalt äußern sich in Depressionen, Angstzuständen, Panikattacken, einem Verlust des Selbstvertrauens und einem Gefühl der Verletzlichkeit, in Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Beziehungsschwierigkeiten (ebd.; Hornberg et al. 2008).

Die psychischen Beschwerden haben eine große Bedeutung für die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung. Insbesondere die Rate an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) gilt für Flüchtlinge im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung als um das Zehnfache erhöht (Bühning 2015). Als Folge ihrer Erlebnisse entwickeln 40 Prozent aller Flüchtlinge eine Traumafolgestörung (Heeren et al. 2014). Die aktuelle Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie berichtet sogar von einer PTBS-Prävalenzrate von 50 Prozent bei Menschen, die Krieg, Vertreibung und Folter erlebt haben (Flatten et al. 2011). Dabei liegen keine gesonderten Zahlen vor, die sich ausschließlich auf Flüchtlingsfrauen beziehen. Bei vielen Menschen legen sich posttraumatische Beschwerden nach einer gewissen Zeit von selbst.

Eine Traumafolgestörung entsteht, wenn mehrere belastende Faktoren zusammenkommen (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2016), zum Beispiel eine Akkulturation, die eine psychische Vulnerabilität durch die Anpassung an neue Lebensbedingungen mit sich bringt, in Kombination mit einer Gewaltbelastung. Eine PTBS beinhaltet das gleichzeitige Auftreten von Einzelsymptomen aus mehreren Symptomgruppen nach DSM-IV beziehungsweise ICD-10.⁵ Diese sind Intrusionen oder Wiedererleben, Vermeidungs- und Erstarrungssymptome sowie chronische Übererregung.⁶ Personen, die unter PTBS leiden, sind dringend angewiesen auf die Aufrechterhaltung von Kontrolle über ihren Körper und können heftig auf erneute Grenzverletzungen reagieren. Sogenannte Triggerreize, das heißt Elemente, die an die traumatisierende Situationen erinnern, können eine Re-Traumatisierung auslösen (Streek-Fischer et al. 2009). Gerade für die Gynäkologie und Geburtshilfe ist das Wissen um spezifische Triggerreize unabdingbar, da bei einer

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

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

gynäkologischen Untersuchung häufig dieselben Körperbereiche betroffen sind wie bei einer erlebten sexuellen Gewaltsituation.

4. Traumatisierung durch Vergewaltigung: Anforderungen an die geburtshilfliche Versorgung

Frauen, die durch Vergewaltigung schwanger werden, sind in extremer Form belastet. Neben den posttraumatischen Belastungen kommen diejenigen hinzu, die mit einer ungewollten Schwangerschaft einhergehen (Heynen 2005). Flüchtlingsfrauen befinden sich zudem in einem für sie noch unbekanntem Land und müssen ihre eigenen kulturellen Überzeugungen im Akkulturationsprozess mit der Kultur des Aufnahmelandes abgleichen und versuchen, eine neue Identität zu entwickeln (Machleidt 2007). Zugleich stellen sich Fragen nach der eigenen Existenz und der Sicherheit der Lebensbedingungen. Diese vulnerable Phase geht einher mit der Auseinandersetzung mit der nicht beabsichtigten Schwangerschaft – und das vor dem Hintergrund, dass die eigene psychische Stabilität durch das Gewalterlebnis, aber auch durch das Fluchterleben, erheblich beeinträchtigt worden sein kann (Streek-Fischer et al. 2009).

Eine nationale qualitative Studie zeigt verschiedene Aspekte der Konfliktverarbeitung auf, die mit der Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung verbunden sind sowie weitere damit assoziierte Prozesse (z. B. die Entscheidung für eine Abtreibung oder die Austragung des Kindes) (Heynen 2005).

Einige Frauen versuchten aufgrund einer Nicht-Identifikation mit der Mutterrolle und dem „Nicht-Töten-Wollen“ des Kindes durch eine Abtreibung, einen Schwangerschaftsabbruch „indirekt“ durch starke körperliche Belastung herbeizuführen. Das Risiko, dass Flüchtlingsfrauen einen Schwangerschaftsabbruch versuchen auszulösen oder eigenständig durchführen, ist mutmaßlich hoch. Gerade Sprach- und Verständigungsprobleme, aber auch Gefühle von Schuld und Scham über die Gewaltsituation können das aktive Aufsuchen von Hilfsangeboten erschweren und eigenständige Abtreibungsversuche begünstigen. Laut WHO sind unsichere Abtreibungen weltweit der dritthäufigste Grund für Müttersterblichkeit (Amnesty International 2014). Auch bergen sie Risiken für Erkrankungen, etwa wenn die verwendeten Instrumente vorher nicht sterilisiert werden. Eine Folge kann Unfruchtbarkeit sein, wenn die Gebärmutter langfristig verletzt wird (Rassmann 2012). Die Verzweiflung der Frauen kann so weit gehen, dass sie sich das Leben nehmen (Amnesty International 2014).

Entscheidet sich die Frau für das Fortsetzen der Schwangerschaft, so geht dies – der Studie von Heynen (2005) zufolge – einher mit einer inneren Annahme des Ungeborenen und einer bewussten Übernahme der Rolle als Mutter. Mit dem Fortsetzen der Schwangerschaft sind jedoch spezifische Risiken für die werdende Mutter und das Kind verbunden. Die Zunahme des Bauches und des Brustumfangs sind Faktoren, die von der Schwangeren nicht kontrolliert werden können. Allein die körperlichen Veränderungen können als Trigger und damit re-traumatisierend wirken, da der Kontrollverlust über den Körper eine Erinnerung an den Kontrollverlust in der Gewaltsituation und den damit verbundenen Gefühlen von Ohnmacht auslösen kann. Typische Trigger in der geburtshilflichen Betreuung können die Rückenlage, ein Festgehaltenwerden oder erzwungenes

Stillhalten und vaginales Eindringen, zum Beispiel bei einer vaginaler Untersuchung oder Sonographie sein (Skolik 2006).

Auch das Ungeborene kann von den Auswirkungen des Traumas im Mutterleib betroffen sein. Durch die Verbindung der beiden physiologischen Kreisläufe, des mütterlichen und des fetalen, kann es bei anhaltender physiologischer Erregung der werdenden Mutter, beispielsweise aufgrund eines Hyperarousals, die hohe affektive Erregung der Mutter spüren. Als Folge kann der Säugling irritabler und in seiner Selbstregulationsfähigkeit instabiler sein (Zimmermann et al. 2002; Heynen 2003).

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

Bekannt ist aus internationalen Studien, dass Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und insbesondere geflüchtete Frauen und Frauen, deren Aufenthaltsstatus im Einreiseland nicht geklärt ist, ein erhöhtes Risiko haben, an einer Postpartalen Depression (PPD) zu erkranken. „Our results show that asylum-seekers present with a higher psycho-social risk profile than other women. This includes variables most directly related to mental health: symptoms of PTSD; symptoms of depression, somatisation, or anxiety; and risk of PPD“ (Gagnon et al. 2013: 204). Unklar ist jedoch, inwiefern sexuelle Gewalterfahrungen Einfluss auf die Ausbildung einer PPD bei Flüchtlingsfrauen hat. Die Symptome einer PPD ähneln den Symptomen einer Depression und drücken sich unter anderem in gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Appetitverlust, Schlafstörungen, psychomotorischer Unruhe oder auch Verlangsamung, Energie- und Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit, Gefühle von Wertlosigkeit, Schuld und Trauer sowie eine verminderten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit aus. Im gravierendsten Fall kann es zu Suizidgedanken kommen, die zu Selbstverletzungen oder sogar zu Selbstmord führen können (Bürmann genannt Siggemann et al. 2014).

Präventiv kann hier eine festgelegte nachgeburtliche Ruheperiode, also das Ausruhen in der Zeit des Wochenbetts, wirken sowie ein stabiles soziales Netz (Krusemark 2005). Gerade in Erstaufnahmeeinrichtungen stellt sich die Frage nach der Intimsphäre der Frauen im Wochenbett. Die Enge der „Wohnungen“, häufig nur abgegrenzt von anderen Menschen durch einfache Laken, lässt ein Bewahren des eigenen Raumes und der Ruhe kaum zu. Gerade für traumatisierte Frauen ist die Gefahr, aufgrund der beengten Wohnverhältnisse getriggert zu werden, hoch. Inwieweit sich die Unterbringung in Sammelunterkünften im Wochenbett auf die PPD-Rate bei Flüchtlingsmüttern auswirkt, ist bisher unbekannt.

Das Risiko der Auswirkungen einer postpartalen Depression beziehungsweise einer Traumafolgestörung auf die gesunde Entwicklung des Neugeborenen liegt darin, dass die Mutter Schwierigkeiten hat, eine sichere Bindung zu ihrem Kind aufzubauen (Heynen 2003). So zeigen Kinder postpartal erkrankter Mütter einer Untersuchung von Ballestrem et al. (2008) zufolge aufgrund eines inkongruenten und wenig feinfühligem Kontakts mit der Mutter emotionale Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen und kognitive Entwicklungsverzögerungen (Bürmann genannt Siggemann et al. 2014). Die Vermutung liegt nahe, dass bei traumatisierten Flüchtlingsmüttern das Risiko einer transgenerationalen Übertragung⁷ gegeben ist.

5. Handlungsbedarfe und bestehende Angebote zur Verbesserung der Versorgungssituation

Vor dem Hintergrund der Prävention von unsicheren Abtreibungen und Suizid von Flüchtlingsfrauen aufgrund ungewollter Schwangerschaft besteht die Herausforderung, eine Schwangerschaft bereits in einem frühen Stadium zu erkennen, ohne die Rechte der Frauen zu verletzen. Eine Möglichkeit ist es, nach Einwilligung der Frauen im Rahmen der Erstuntersuchung Schwangerschaftstests durchzuführen. Im Falle einer Schwangerschaft sollten mehrsprachige Informationen über die zur Verfügung stehenden Optionen – das heißt eine Entscheidung für das Kind und die damit verbundenen weiteren Versorgungsansprüche und -leistungen oder die Entscheidung für eine Abtreibung – bereitgestellt werden. Unter Einbezug von Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Kulturmittlerinnen und Kulturmittlern können Verständigungshürden abgebaut werden. Entscheidet sich die Frau für das Fortsetzen der Schwangerschaft, so bedarf es einer umfassenden Aufklärung über Schwangerschaftsverlauf, Geburt und die Phase des Wochenbetts. Hierbei, sowie in der weiteren Begleitung der Schwangerschaft ist ein trauma- und kultursensibler Umgang erforderlich. Eine Möglichkeit hierzu ist der Einsatz von sogenannten „Doulas“⁸, die Flüchtlingsfrauen in der Schwangerschaft und bei der Geburt unterstützen (Strehler-Heubeck 2013).

Traumasensible Schulungen für Hebammen werden in Nordrhein-Westfalen im Raum Köln-Bonn durch *medica mondiale*⁹ und in Berlin durch den *Deutschen Hebammenverband* angeboten. Solche Angebote gilt es weiter auszubauen, so dass eine bundesweite trauma- und kulturspezifische Qualifizierung aller relevanten Berufsgruppen im gynäkologischen, psychosozialen und medizinischen Bereich realisiert werden kann (Heynen 2005). Die Schulungen sollten zudem Wissen über eine konkrete Verweisungspraxis in das psychosoziale, traumatherapeutische sowie entwicklungspsychologische Versorgungssystem vermitteln (David/Borde/Siedentopf 2012; Koller/Lack/Mielck 2009). Das Wissen um eine trauma- und kultursensible Versorgung gehört dabei auch in die Curricula der Aus- und Weiterbildungsordnung von Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, insbesondere aber der Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie der Hebammen und Entbindungspfleger.

7 Transgenerationale Übertragung meint die Übertragung z. B. des (unverarbeiteten) Traumas auf die nächste Generation.

8 Eine Doula ist eine spezielle Geburtsbegleiterin, die Frauen während der gesamten Schwangerschaft und bei der Geburt begleitet. Das Bestärken und Fördern der eigenen Ressourcen stehen bei der Doula im Mittelpunkt (Singer/Freystedt 2008).

9 *medica mondiale* unterstützt Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. Mehr unter: <http://www.medicamondiale.org/wer-wir-sind.html>

Viele Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen haben bereits spezielle Angebote für Flüchtlingsfrauen entwickelt (Pro Familia Bonn 2015). Allerdings sind spezielle traumatherapeutische Hilfen zurzeit noch nicht ausreichend verfügbar und es gibt deshalb lange Wartezeiten. Daher müssen zahlreichere und besser vernetzte Versorgungsformen angeboten werden, um die Versorgungslücken auffangen und bestenfalls schließen können. Bedarf besteht weiterhin in der Förderung der Entwicklung einer interdisziplinären Zusammenarbeit der gynäkologischen, geburtshilflichen und sozialen Professionen zur Versorgung von Flüchtlingsmüttern und ihrer Neugeborenen sowie insbesondere von Flüchtlingsfrauen, die aufgrund sexueller Gewalt schwanger sind. Dabei gilt es auch, das Kinderhilfesystem und Jugendamt miteinzubeziehen. Denn „der Umgang mit Frauen nach sexualisierter/sexueller Gewalterfahrung erfordert nicht nur sehr viel Einfühlungsvermögen und Zeit, Wertschätzung und Fachwissen, sondern auch ein hohes Maß an interdisziplinärem Austausch zwischen den Berufsgruppen in der Frauengesundheit“ (Skolik 2002: 2).

Im Sinne des Empowerments sollten Schwangere und junge Mütter hinsichtlich eines positiven, aktiven Lebensstils gefördert werden. Hier haben Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen eine Schlüsselrolle. Insbesondere die Betreuung durch eine Hebamme ist für viele Frauen mit großem Vertrauen verbunden, welches den Raum öffnen kann, schmerzhaft Erfahrungen zu erinnern, eigene Ressourcen zu erkennen und zu stärken. Eine solche Beziehung zeichnet sich oft auch dadurch aus, dass die betroffenen Frauen als Menschen wahrgenommen werden, die lebensbedrohliche Situationen überlebt haben. Statt „Opfer“ sind sie Expertinnen ihres eigenen Lebens, die am besten wissen, „welche Unterstützung sie zur Entlastung ihrer traumatischen Stressreaktionen benötigen“ (Zemp 2015a: 41).

Flüchtlingsfrauen benötigen in diesem Zusammenhang bessere Informationen über die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte oder eine Hebamme beziehungsweise einen Entbindungspfleger bereits in der Schwangerschaftsvorsorge zu Rate zu ziehen. Sie benötigen Informationen über Geburtsvorbereitungskurse und über die Nachbetreuung im Wochenbett sowie im ersten Lebensjahr ihres Kindes (Deutscher Hebammenverband 2016).

Im Kontext Geburt und Trauma nach sexueller Gewalterfahrung empfiehlt sich eine ressourcenorientierte Geburtsvorbereitung, die an die individuellen Bedürfnisse der Frau angepasst ist. Im Vordergrund sollte das Fördern der eigenen Kräfte der schwangeren Frauen, das Erkennen und Vermeiden möglicher Trigger sowie das Verhindern und Auffangen von Flashbacks stehen (Singer/Freystedt 2008). Um einer Re-Traumatisierung bei der Geburt vorzubeugen, sollte der Gebärenden jeder geplante Untersuchungs- und Interventionsschritt ausreichend erklärt werden. Im Vorfeld sollte bedacht und geklärt werden, dass der mögliche, zeitweilige Kontrollverlust über den Körper bei der Geburt als Trigger wirken kann. Medizinisches Instrumentarium, bestimmte Geräusche oder Körperpositionen, die offensichtlich als Trigger wirken können, sollten nach Möglichkeit vermieden werden (Singer/Freystedt 2008). Nach der Geburt sind „beim Weiterbestehen der Mutter-Kind-Beziehung (...) Schritte zu ihrer Stärkung von großer Bedeutung. Dazu gehört insbesondere, Mutter und Kind vor erneuten Gewalterlebnissen zu schützen und sie zu unterstützen“ (Heynen 2005: 8). Gerade im Wochenbett ist es relevant, dass die Privatsphäre der Frauen, insbesondere im Hinblick der Prävention von postpartalen Depressionen und der Entwicklung einer gesunden Mutter-Kind-Bindung, geschützt wird.

6. Modellprojekte, Netzwerke und Arbeitshilfen

Es existieren bereits verschiedene Modellprojekte, Netzwerke und Arbeitshilfen, die sich auf einen traumasensiblen Umgang in der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Flüchtlingsfrauen beziehen. Der *Deutsche Hebammenverband* hat beispielsweise einen Leitfaden erstellt, der sich auf die traumasensible Betreuung von Flüchtlingsfrauen bezieht, die im Heimatland, auf dem Fluchtweg oder in der Erstaufnahmeeinrichtung sexuelle Gewalt und Missbrauch erfahren haben (Zemp 2015b). Das Kölner Netzwerk „Gewalt in der Schwangerschaft. Schwanger nach Gewalt“¹⁰ und die interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu „Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ in Kiel bieten spezielle Hilfe und Unterstützung gewaltbelasteter Schwangerer und junger Mütter an. Diese sind jedoch bislang nicht spezialisiert hinsichtlich kultureller Unterschiedlichkeiten und Unwägbarkeiten bei Flashbacks von durch Gewalt traumatisierten schwangeren Flüchtlingsfrauen. Vor dem Hintergrund der Frage nach der Annahme des Kindes und der kindlichen Entwicklung nach sexualisierter Gewalt wurde in Frankfurt das Projekt „Jasmin – zwischen Traum und Trauma“ initiiert. Im Mittelpunkt des Projekts steht die Unterstützung der frühen Elternschaft bei Flüchtlingsfamilien mit Kleinkindern durch ein stabilisierendes Gruppenangebot. Im Falle von Traumatisierungen soll die transgenerationale Weitergabe an die Kinder verhindert und gleichzeitig die Annahme der Kinder gefördert werden (AWO Hessen Süd 2016). Der *pro familia Landesverband NRW* hat 2014 in Bonn zudem das Pilotprojekt „pro familia: Flüchtlinge im Blick“ gestartet, in dem Beraterinnen im Sinne der aufsuchenden Arbeit Unterkünfte und Wohnheime von Flüchtlingen besuchen und schwangere Frauen an Ärztinnen, Ärzte und Hebammen vermitteln. Das Projekt wurde mit dem Gesundheitspreis NRW 2015 ausgezeichnet und wird bereits in Ansätzen auf andere Kommunen übertragen (Pro Familia Bonn 2015).

7. Fazit

Hinsichtlich der derzeitigen gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungslage von schwangeren Flüchtlingsfrauen und jungen Flüchtlingsmüttern mit Gewalterfahrung bestehen noch viele offene Fragen. Unklar ist, wie Frauen mit einer aus einer Vergewaltigung resultierenden Schwangerschaft traumasensibel versorgt und psychosozial betreut werden, welche Informationen ihnen an die Hand gegeben werden und wie sie mit diesen Informationen umgehen. Unklar ist auch, wie viele Frauen betroffen sind. Gleichzeitig wird das große Engagement – insbesondere der ÄrztInnen- und Hebammenverbände – hinsichtlich der Versorgungslage und der Sensibilisierung über das Ausmaß an Gewalt gegenüber Flüchtlingsfrauen deutlich.

Diese Richtung gilt es weiterzuerfolgen. Denn eine gute gynäkologische Versorgung und traumasensible Betreuung beinhaltet auch eine gesellschaftspolitische Implikation: den Kindern der Frauen, die aufgrund einer Vergewaltigung gezeugt worden sind, eine Chance auf ein gesundes, emotional stabiles Aufwachsen zu geben. Letztlich gilt es aber auch, Flucht und Vertreibung nicht als lokale Krisenphänomene zu begreifen, sondern als Prozesse, die global zu verantworten sind und als solche auch nach umfassenden Antworten und Maßnahmen verlangen.

¹⁰ <http://schwanger-und-gewalt.de/>

Literatur

- Amnesty International (2014). *Am Rande des Todes – Gewalt gegen Frauen und das Abtreibungsverbot in El Salvador*. Zugriff am 28.09.2016 unter www.ai-el-salvador.de/files/ai_el_salvador/PDFs/el-salvador-2014-abtreibungsverbot-kampagne.pdf
- Ascoly, Nina; Van Halsema, Ineke; Keyzers, Loes (2001). Refugee Women, Pregnancy, and Reproductive Health Care in the Netherlands. *Journal of Refugee Studies*, 14(4), 371–393
- AWO Hessen-Süd. (2016). *Jasmin – zwischen Traum und Trauma*. Zugriff am 21.09.2016 unter www.awo-hs.org/fileadmin/user_upload/migration/dokumente/AWO-Projekt-Jasmin_Beschreibung.pdf
- Ballestrem, Carl-Ludwig v.; Nagel-Brotzler, Almut; Hohm, Erika; Scheid, B.; Turmes, Luc; Grube, Michael; Britsch, P.; Klier, Claudia; Hornstein, Christiane (2008). Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Müttern mit perinatalen Erkrankungen durch Hebammen. *Gyn: Praktische Gynäkologie*, 13(2), 138–143
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2006). *Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts?* Zugriff am 28.11.2016 unter https://www.ihk-krefeld.de/de/media/pdf/international/interkulturelle_kompetenz/interkulturelle_kompetenz/interkulturelle_kompetenz_schlueselkompetenz21jh.pdf
- Brenne, Silke; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver; David, Matthias; Borde, Thea (2013). Wie können Migrantinnen erreicht werden? Forschungsprozesse und erste Ergebnisse der Berliner Perinatalstudie. In Erol Esen & Theda Borde (Hrsg.), *Deutschland und die Türkei – Band II. Forschen, Lehren und Zusammenarbeiten in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung* (S. 183–198). Berlin. Zugriff am 20.10.2016 unter http://www.deutsch-tuerkisches-wissenschaftsjahr.de/fileadmin/downloads/Publikation_DTWK_deutsch.pdf
- Buckley-Zistel, Susanne; Krause, Ulrike; Loeper, Lisa (2014). Sexuelle und geschlechterbasierte Gewalt an Frauen in kriegsbedingten Flüchtlingslagern – ein Literaturüberblick. *PERIPHERIE*, Nr. 133, 34, Jg. 2014. 133(34), 71–89
- Bühring, Petra (2015). Hilfe für Opfer von Kriegsgewalt. *Deutsches Ärzteblatt 2015*, 112, A620
- Bulman, Kate Harper; McCourt, Christine (2002): Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: A case study. *Critical Public Health*, 12(4), 365–380
- Bürmann genannt Siggemann, Claudia; Klärs, Gabriele; Möhrke, Barbara; Ernst, Christiane; Rüweler, Mareike; Kolip, Petra; Hornberg, Claudia (2014). *Postpartale Depression: tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt. Faktenblatt des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW*. Zugriff am 30.09.2016 unter http://frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2016/08/Faktenblatt_PPP_FINAL_22-4-2014_FINAL.docx.pdf
- Classen, Robin (2016). *Vergewaltigung von Frauen und Kindern an der Tagesordnung*. Zugriff am 23.08.2016 unter <http://einwanderungskritik.de/asylheim-giessen-vergewaltigungen-von-frauen-und-kindern-an-der-tagesordnung/>
- David, Matthias; Borde, Thea; Siedentopf, Friederike (2012). Do immigration and acculturation have an impact on 1950 hyperemesis gravidarum? Results of a study in Berlin/Germany. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 78–84

- Deutscher Hebammenverband (Hrsg.). (2016). *Umgang mit Flüchtlingsfrauen in der Klinik*. Zugriff am 21.09.2016 unter www.beratung-mariazemp.de/downloads/DHV_Flyer_Fluechtlingsfrauen_web.pdf
- Deutscher Hebammenverband (Hrsg.). (2015): *Hebammen in der Flüchtlingsarbeit*. Zugriff am 26.10.2016 unter www.hebammenverband.de/mitgliederbereich/mitgliedernachrichten/newsletter/newsletterdetail/datum/2015/09/04/artikel/hebammen-in-der-fluechtlingsarbeit/
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie – DeGPT (Hrsg.). (2016). *Was ist ein Trauma und wie entstehen Traumafolgestörungen?* Zugriff am 23.08.2016 unter www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/
- Ferris, Elizabeth (2007). Comparative Perspectives Symposium: Women in Refugee Camps. Abuse of Power: Sexual Exploitation of Refugee Women and Girls. *Signs. Journal of Women in Culture and Society*, 32(3), 584–591
- FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014). *Gewalt gegen Frauen: Eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick*. Zugriff am 28.11.2016 unter http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_de.pdf
- Gagnon, Anita J.; Dougherty, Geoffrey; Wahoush, Olive; Saucier, Jean-François; Dennis, Cindy-Lee; Stanger, Elizabeth, Palmer, Becky; Merry, Lisa; Stewart, Donna E. (2013). International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class. *Social Science & Medicine*, 76(2013), 197–207
- Hamber, Brandon (2007). Masculinity and Transitional Justice: An Exploratory Essay. *The International Journal of Transitional Justice*, 1, 375–390
- Heeren, Martina; Wittmann, Lutz; Ehlert, Ulrike; Schnyder, Ulrich; Maier, Thomas; Müller, Julia (2014). Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 818–825
- Heynen, Susanne (2005). *Zeugung durch Vergewaltigung – Folgen für Mütter und Kinder*. Zugriff am 21.09.2016 unter <http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Zeugung.pdf>
- Heynen, Susanne (2003). Häusliche Gewalt: direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder. Kinder als Zeugen und Opfer häuslicher Gewalt. Zugriff am 25.10.2016 unter <http://www.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/veranstaltungen/dokumentationen/gew2/heynen.pdf>
- Hornberg, Claudia (2017). Klimawandel: Flüchtlingsmigration als globale Herausforderung. In: W. Ischinger & D. Messner (Hrsg.). *Deutschlands neue Verantwortung: Die Zukunft der deutschen und europäischen Außen-, Entwicklungs- und Sicherheitspolitik*. Econ-Verlag, S. 388–389
- Hornberg, Claudia; Schröttle, Monika; Bohne, Sabine; Khelaifat, Nadia; Pauli, Andrea; Horch, Kerstin (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 42, Robert-Koch-Institut, Berlin. Zugriff am 13.10.2016 unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/gewalt.pdf>
- Kolip, Petra; Baumgärtner, Barbara (2015): *Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt*. Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-

- Westfalen. Zugriff am 26.10.2016 unter https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/gesundheit_berichtedaten/gesundheitsberichte-nrw-spezial/gesundheit_spezial_schwangerschaft_und_geburt.pdf
- Koller, Daniela; Lack, Nicholas; Mielck, Andreas (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. *Das Gesundheitswesen*, 71(7), 10–18
- Krusemark, Sylvia (2005). *Frühe dysphorische Stimmungsbeeinträchtigungen bei türkischen und deutschen Wöchnerinnen in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und subjektiver Negativität des Geburtserlebnisses*. Aus der Sektion für Medizinische Psychologie der Universität Ulm. (Dissertation). Karlsruhe. Zugriff am 13.10.2016 unter https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/750/vts_5706_7557.pdf?sequence=1
- Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V. (2016) . *Hebammenhilfe für Geflüchtete – hochaktuell*. Zugriff am 18.08.2016 unter www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/hebammenhilfe-ist-ein-menschenrecht/
- Leeners, Brigitte; Richter-Appelt, Herta; Schönfeld, Kornelia; Neumaier-Wagner, Peruka; Görres, Giesela; Rath, Werner (2003). Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter – Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 100(11), A-715 / B-606 / C-569
- Lukunka, Barbra (2011). New Big Men. Refugee Emasculation as a Human Security Issue. *International Migration*, 50(5), 130–141
- Machleidt, Wielant (2007). Die „kulturelle Adoleszenz“ als Integrationsleistung im Migrationsprozess. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 9(2), 13–23
- Maercker, Andreas; Michael, Tanja (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Silvia Schneider & Jürgen Margraf (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 105–124). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Rassmann, Janna (2012). *Info Weltbevölkerung, Mädchen im Fokus: Entwicklung braucht starke Mädchen*. Zugriff am 28.09.2016 unter www.weltbevoelkerung.de/uploads/tx_aedswpublication/Infoblatt-Entwicklung_braucht_starke_Maedchen.pdf
- Pro Familia Beratungsstelle Bonn (2015). *Jahresbericht 2015*. Zugriff am 28.09.2016 unter www.profamilia.de/fileadmin/beratungsstellen/bonn/2015_pro_familia_Bonn_Jahresbericht_2015__24_Seiten_.pdf
- Schäfer, Rita (2005). *Im Schatten der Apartheid. Frauen-Rechtsorganisationen und geschlechtsspezifische Gewalt in Südafrika*. Münster: LIT-Verlag
- Schmiege, Anne-Kathrin (2017). Hintergrundwissen – Zahlen und Fakten. In Ulrike Imm-Bazlen & Anne-Kathrin Schmiege (Hrsg.). *Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen* (S. 3–24). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Seyler, Helga (2015). Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. *pro familia medizin. der familienplanungsbrief*, 3, 1–5

- Singer, Andrea; Freystedt, Martina (2008). *Geburt und Trauma. Gebären nach (früher) sexueller Gewalt – Wie am besten gut vorbereiten? Wie am besten gut begleiten?* Zugriff am 21.09.2016 unter http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/GeburtundTrauma_2008.pdf.
- Skolik, Silvia (2006). *Hebammenhilfe nach sexueller Gewalterfahrung. Besondere Bedürfnisse in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.* Zugriff am 21.09.2016 unter <http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Hebammenhilfe.pdf>
- Skolik, Silvia (2002). *Sexualisierte Gewalt gegen Frauen. Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.* Zugriff am 25.10.2016 unter http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Auswirkung_Skolik.pdf
- Streek-Fischer, Annette; Fegert, Jörg Michael; Freyberger, Harald J.(2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Annette Streek-Fischer; Jörg Michael Fegert & Harald J. Freyberger (Hrsg.). *Adoleszenzpsychiatrie: Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 311–327). Stuttgart: Schattauer
- Strehler-Heubeck, Barbara (2013). *Geburt und Trauma.* Zugriff am 26.10.2016 unter <http://www.doula-muenchen.de/geburt.html>.
- The UN Refugee Agency. UNHCR (2014). *UNHCR-Bericht: Syrische Flüchtlingsfrauen tragen Hauptlast des Konflikts.* Zugriff am 23.08.2016 unter www.unhcr.de/home/artikel/34fbcd430982d670df23e954408906e6/unhcr-bericht-syrische-fluechtlingsfrauen-tragen-hauptlast-des.html.
- The UN Refugee Agency. UNHCR (2015). *Weltweit fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht.* Zugriff am 25.10.2016 unter <http://www.unhcr.de/home/artikel/f31dce23af754ad07737a7806dfac4fc/weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>.
- Zemp, Maria (2015a). Ein Weg zur Selbstermächtigung. *Dr. med. Mabuse 2013*, 40–42.
- Zemp, Maria (2015b). *Betreuung von Frauen, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen. Leitfaden für Hebammen.* Zugriff am 20.20.2016 unter <http://www.bhlv.de/medien/hebammenverband-flyer-fluechtlinge-12-seiten-rz-web.pdf>.
- Zimmermann, Peter; Spangler, Gottfried; Schieche, Michael; Becker-Stoll, Fabienne (2002). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In Gottfried Spangler & Peter Zimmermann (Hrsg.). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 311–334), Stuttgart: Klett-Cotta

Christiane Ernst

Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW
Gesundheitscampus Bochum
ernst@frauenundgesundheit-nrw.de

Ivonne Wattenberg

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
ivonne.wattenberg@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Claudia Hornberg

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
claudia.hornberg@uni-bielefeld.de