

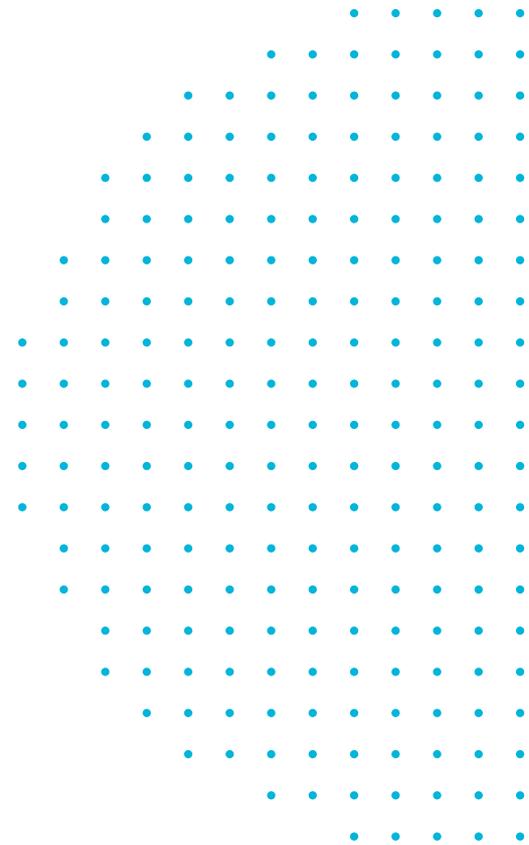
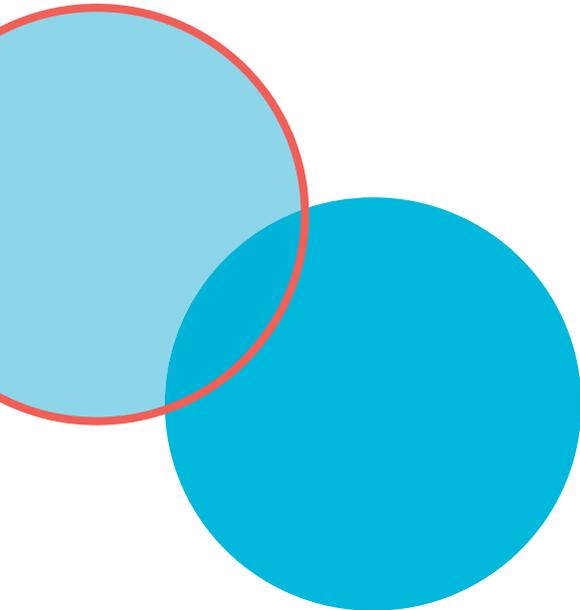


Institut für  
Hebammenwissenschaft

## Bedarfsanalyse

Implementierung von Hebammenhilfe in die  
gesundheitliche Versorgung von geflüchteten  
Frauen während der Schwangerschaft und der  
postpartalen Zeit in den Unterkünften des  
Deutschen Roten Kreuzes in Köln

Angela Rocholl & Nicola H. Bauer



UNIVERSITÄT  
ZU KÖLN

MEDIZINISCHE  
FAKULTÄT

## Impressum

Projektleitung

Univ.-Prof.in Dr. Nicola H. Bauer

Telefon 0221 / 478-42515; E-Mail: [nicola.bauer1@uk-koeln.de](mailto:nicola.bauer1@uk-koeln.de)

Projektverantwortliche

Angela Rocholl M.A.

Telefon 0221 / 478-39508; E-Mail: [angela.rocholl@uk-koeln.de](mailto:angela.rocholl@uk-koeln.de)

[www.hebammenwissenschaft.uni-koeln.de](http://www.hebammenwissenschaft.uni-koeln.de)

## Empfohlene Zitation:

Rocholl, A. & Bauer, N. H. (2024). Bedarfsanalyse zur Implementierung von Hebammenhilfe in die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Frauen während der Schwangerschaft und der postpartalen Zeit in den Unterkünften des Deutschen Roten Kreuzes in Köln. Institut für Hebammenwissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln und dem Universitätsklinikum Köln.

Im Auftrag von:



Gefördert durch:



In Kooperation mit:



Köln, den 29. August 2024

## Abstract

### Einleitung/Hintergrund

Der Anteil an registrierten geflüchteten Familien in Köln wächst in den letzten Jahren. Bekannte Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem wie Sprachbarriere, abweichende kulturelle Vorstellungen und fehlende Kapazitäten bei Ärzt\*innen können in der reproduktiven Phase von Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Zeit zu Unter-, Fehl- oder aber auch zu Mehrfachversorgung führen. Durch die Flüchtlingsbewegungen der letzten 10 Jahre wurden viele Projekte auch für geflüchtete Schwangere und junge Mütter initiiert, die zum Teil auf den Einsatz von Ehrenamtler\*innen oder Mitarbeiter\*innen des Sozialwesens basieren. Das Deutsche Rote Kreuz Köln hat seit 2016 Arbeitsstellen für Hebammen zur Versorgung der Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt in den Flüchtlingsunterkünften des DRK implementiert. Dabei liegt der Fokus auf der Grundversorgung, Informationsvermittlung und Anbindung an das Regelsystem.

### Methode

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign in Form von Expert\*inneninterviews gewählt. An den 11 Interviews nahmen Vertreter\*innen der Flüchtlingsunterkünfte, der Schwangerenberatungsstellen, der geburtshilfliche Abteilungen, der Psychosozialen Elternberatung, den Frühen Hilfen/Flüchtlingsmedizin des Gesundheitsamtes, ein Pädiater und Hebammen des DRK teil.

### Ergebnisse

Aus dem Datenmaterial ergaben sich nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse sechs Hauptkategorien bezüglich der Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung, der Netzwerkaktivität in der gesundheitlichen Versorgung, der Hebammenhilfe des DRK, der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Hebamme des DRK, der Bedeutung der Hebammenhilfe durch Hebammen des DRK für das Gesundheitssystem und Anregungen zur Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter.

## Schlussfolgerung

Die Interviewten geben wieder, dass Hebammenhilfe in Flüchtlingsunterkünften zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung, Stabilisierung der Situation und zu höherer Effizienz von Behandlungen führt. Die Kommunikation der Netzwerkpartner\*innen untereinander sollte weiterhin verbessert werden. Eine dauerhafte Implementierung der Hebammenstellen des DRK kann Chancen zum internen Strukturaufbau und zur besseren Außenkommunikation führen. Arbeitsmodelle unter Einbezug auch von freiberuflichen Hebammen sollten in Betracht gezogen werden.

**Keywords:** Zugangsbarrieren für Geflüchtete, Netzwerkarbeit, geflüchtete Schwangere und junge Mütter, Flüchtlingsunterkunft, Hebammenversorgung

## Danksagung

Unser Dank gilt den Expert\*innen in der Versorgung von geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern mit ihren Kindern, die sich zur Teilnahme am Forschungsprojekt bereit erklärt haben. Vielen Dank an die Projektleitende des DRK Frau Kaminski und das gesamte Team des DRK Köln für die fachliche Unterstützung und Vermittlung von Hintergrundwissen.

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Finanzierung und Stellenumfang der Hebamme durch das DRK .....	11
Tab. 2: Geplante Interviewpartner*innen.....	14
Tab. 3: Zeitplan/Bedarfsanalyse.....	16
Tab. 4: Sample Interviews .....	18
Tab. 5: Kontaktzahlen/Hebammen des DRK.....	36

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Unterbringungszahlen März 2023 bis März 2024.....	3
Abb. 2: Familienstruktur/Geflüchteter/12/2023 .....	4
Abb. 3: Herkunftsländer/2023.....	5
Abb. 4: Verteilung Unterbringungsarten .....	8
Abb. 5: Kategoriensystem .....	25

## Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
FGM	Female Genital Mutilation
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IfH	Institut für Hebammenwissenschaft
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SGB VIII	Sozialgesetzbuch VIII
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UKK	Universitätsklinikum Köln
VZÄ	Vollzeitäquivalent

## Erläuterungen

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Geflüchtete benutzt. Dieser soll alle Personen unabhängig ihrer Motivation zum Verlassen ihres Herkunftslandes und unabhängig ihrer Bleibeperspektive beinhalten.

Zur Vereinfachung der Schreibweise sind bei der Beschreibung der zu betreuenden Zielgruppe der geflüchteten Schwangeren und jungen Mütter die Neugeborenen und Säuglinge mit impliziert.

Der Ausdruck junge Mütter beinhaltet die Mutterschaft von der Geburt bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes.

## Gendernote

Um eine geschlechtergerechte und inklusive Sprache zu fördern, wird in dieser Arbeit ein Gender\* verwendet, wenn unterschiedliche Geschlechter gemeint sind. Dieser Ansatz ermöglicht die bewusste Einbeziehung aller Geschlechter und trägt dazu bei, Geschlechterstereotypen zu vermeiden sowie die Vielfalt und Individualität der angesprochenen Personen angemessen zu repräsentieren. Bei Teilnehmer\*innen, die sich fest zugeordnet haben wird auf das Gender \* verzichtet. Der Begriff Hebamme schließt alle Geschlechter ein.

<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2 Hintergrundinformationen zum Kontext der Bedarfsanalyse</b>	<b>3</b>
2.1 Aktuelle Anzahl untergebrachter Geflüchteter in Köln	3
2.2 Relevante Gesetzgebungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	5
2.2.1 Asylbewerberleistungsgesetz	5
2.2.2 EU-Aufnahmerichtlinie RL 2013/33/EU	6
2.2.3 Sozialgesetzbuch V	6
2.3 Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Zeit bei Geflüchteten	7
2.4 Wohnsituation der Geflüchteten in Köln	8
<b>3 Hebammen-Projekt für geflüchtete Frauen in den Flüchtlingsunterkünften des DRK Köln</b>	<b>10</b>
<b>4 Methodisches Vorgehen</b>	<b>13</b>
4.1 Ziel der Bedarfsanalyse	13
4.2 Forschungsdesign	13
4.3 Datenerhebungsmethode	14
4.4 Zeitplan	16
4.5 Feldzugang	16
4.6 Sample	17
4.7 Datenerhebung	22
4.8 Datenanalyse	23
<b>5 Ergebnisse</b>	<b>24</b>
5.1 Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung	26
5.2 Netzwerktätigkeit in der gesundheitlichen Versorgung	32
5.3 Hebammenhilfe des DRK	35

5.4	Interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Hebammen des DRK	40
5.5	Bedeutung der Hebammenhilfe durch Hebammen des DRK für das Gesundheitssystem	42
5.6	Anregungen zur Verbesserung der Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter	44
<b>6</b>	<b>Diskussion</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>Stärken und Schwächen der Bedarfsanalyse</b>	<b>52</b>
<b>8</b>	<b>Fazit</b>	<b>54</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>57</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	<b>64</b>

## 1 Einleitung

Im März 2024 gab es in der Stadt Köln 8.882 registrierte geflüchtete Personen (Stadt Köln, 2024b). Der höchste Anteil der den Flüchtlingsunterkünften zugewiesenen Menschen stammt aus Ländern des Westbalkans, die rechtlich als sichere Herkunftsländer gelten. In früheren Jahren überwog die Anzahl der alleinreisenden Männer, jedoch nahmen 2023 Familien mit 77,76 % aller Zugewiesenen den größten Anteil ein (Stadt Köln, 2023). Dadurch ergeben sich auch neue Aufgaben und Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung.

Trotz einer Verschärfung der Aufenthaltsvoraussetzungen, insbesondere für unerlaubt eingereiste Personen<sup>1</sup> (AufenthG), verbringen viele der Geflüchteten aufgrund der langwierigen Prozesse zur Anerkennung eines Aufenthaltsstatus und fehlenden Unterkunftsalternativen viele Monate in Not- und Erstaufnahmeeinrichtungen sowie Wohnheimen. Dies beinhaltet auch die Zeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes.

Neben den strukturellen Hindernissen und der eingeschränkten Verfügbarkeit von Terminen bei Fachärzt\*innen, bedingen abweichende kulturelle Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit und mangelnde Sprachkenntnisse häufig Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung von geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern (Borde, 2018; Fair et al., 2020; Henry et al., 2020; Razum et al., 2016; Rocholl & Lange, 2021). Dies führt in der existentiellen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nicht selten zur gesundheitlichen Unter- oder Fehlversorgung oder auch zur mehrfachen Inanspruchnahme von Leistungen, sowie zu einem fehlenden Einverständnis der Schwangeren bzw. Wöchnerin zu gesundheitlichen Interventionen (Biddle & Bozorgmehr, 2019; Henry et al., 2020).

In den Not-, und Erstaufnahmeeinrichtungen und Wohnheimen liegen die Versorgungsschwerpunkte meist auf Unterkunft, Ernährung und medizinischer Notversorgung bzw. prospektiv der sozialen Integration (Rocholl & Klekamp, 2018).

---

<sup>1</sup> Nach §14 AufenthG fallen unter diesen Begriff Personen, die keine für die Einreise gültigen Dokumente aufweisen können, oder keinen Aufenthaltsstatus besitzen. Eine Ausweisung kann nach §15 (4) AufenthG nach Beantragung eines Asylantrages zeitlich begrenzt ausgesetzt werden

Im Rahmen der letzten großen Fluchtbewegungen wurden aufgrund dessen viele Projekte zur Integration von geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern in Flüchtlingsunterkünften in die Regelversorgung des Gesundheitssystems von institutioneller oder kommunaler Ebene realisiert. Diese beinhalten zumeist die Hinzuziehung von Ehrenamtlichen und Personen des Sozialwesens (Borde et al., 2024; Schwenzer, 2018). Die Gesundheitsversorgung schwangerer geflüchteter Frauen und junger Mütter durch Hebammen ist in den Versorgungsstrukturen der Flüchtlingsunterkünfte nicht fest implementiert. Die Notwendigkeit und der Nutzen von Hebammenversorgung in Unterkünften als aufsuchende Tätigkeit ist wissenschaftlich national und international nachgewiesen worden (Biddle & Bozorgmehr, 2019; Borde et al., 2024; Dey et al., 2024; International Confederation of Midwives, 2017).

In diesen unsicheren humanitären und fragilen Settings konnte das Deutsche Rote Kreuz (DRK) Köln für diesen Bereich seit 2016 Arbeitsstellen für Hebammen für die Erbringung von Hebammenhilfe in den von ihnen betreuten Flüchtlingsunterkünften in Köln erwirken. Dies wurde durch eine Finanzierung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) im Rahmen des Projektes „Zusammen stark! - Empowerment“ (Kaps & Imhof, 2023) und weiteren Förderern bis zum heutigen Tag möglich.

## 2 Hintergrundinformationen zum Kontext der Bedarfsanalyse

Um den Kontext des Projektes und die Problemstellung zu verdeutlichen, werden in den folgenden Unterkapiteln wichtige Sachverhalte erläutert. In einigen Kapiteln werden dazu neben Internetinformationen auch die mündlichen Angaben der am Forschungsprojekt teilnehmenden Expert\*innen im Rahmen der Interviews einbezogen.

### 2.1 Aktuelle Anzahl untergebrachter Geflüchteter in Köln

Nach dem sprunghaften Anstieg und persistierend hohen Unterbringungszahlen Geflüchteter in den Jahren 2015 bis 2018 (Stadt Köln, 2019) zeigt sich seit Anfang 2019 eine abnehmende Anzahl von untergebrachten Geflüchteten in Köln. Dieser Trend kehrte sich seit dem Ukraine Konflikt um. Insbesondere seit Mitte März 2022 ist die Zahl der untergebrachten Geflüchteten deutlich angestiegen. Im Jahr 2023 waren sowohl steigende als auch rückläufige Tendenzen zu verzeichnen, bedingt durch die Fluktuation in der Anzahl der Ukrainer\*innen und der unerlaubt eingereisten Personen. Seit Anfang des Jahres 2024 ist jedoch ein allgemein rückläufiger Trend der Geflüchtetenzahlen zu beobachten (Stadt Köln, 2024b).

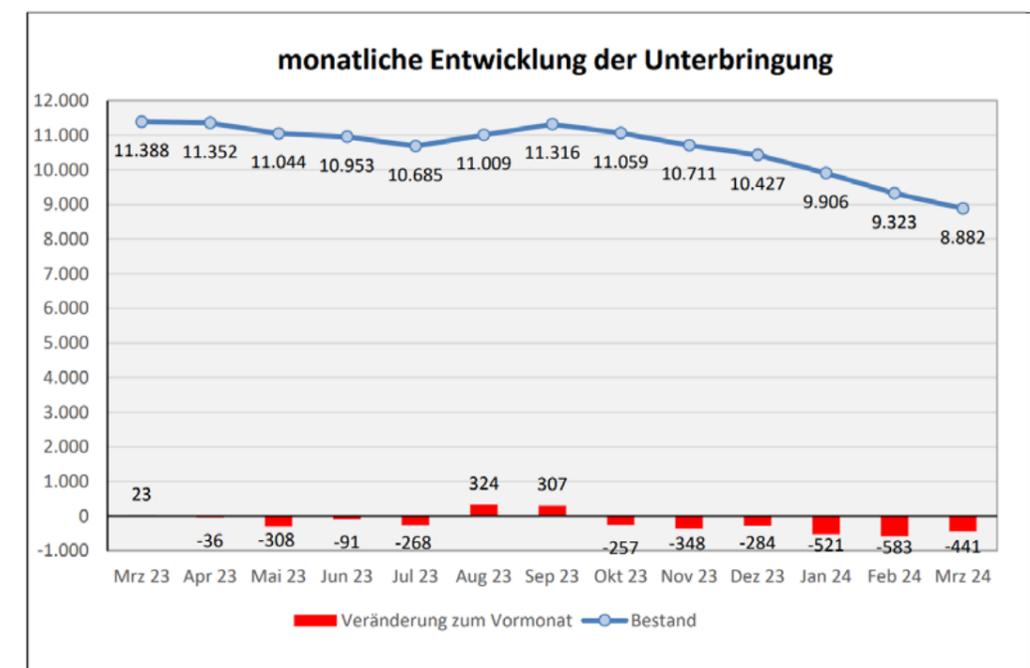


Abb. 1: Unterbringungszahlen März 2023 bis März 2024 (Stadt Köln, 2024b)

Die Verteilung der Geflüchteten erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel. Für jedes Bundesland und innerhalb des Bundeslandes für Städte und Kommunen werden jährlich Aufnahmezahlen berechnet und von den Bezirksregierungen verwaltet (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2022).

Die Zuweisungen für die Stadt Köln durch die Bezirksregierung Arnsberg erfolgen überwiegend im Rahmen der Familienzusammenführung. Seit Anfang des Jahres 2024 wurden der Stadt Köln im Durchschnitt 16 Personen pro Woche zugewiesen. Angesichts der Unterschreitung der Aufnahmeverpflichtung im Umfang von 1.733 Geflüchteten für das Jahr 2024 ist zukünftig mit erhöhten Landeszuweisungen zu rechnen (Stadt Köln, 2024b).

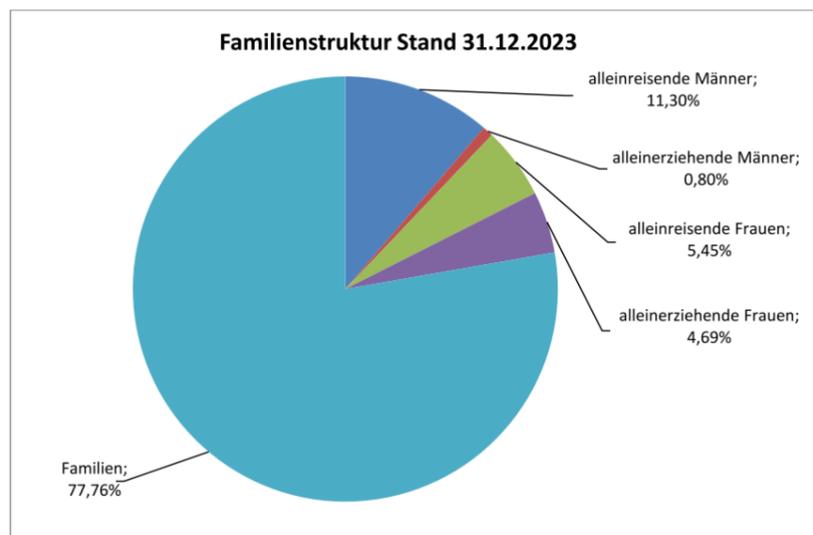


Abb. 2: Familienstruktur/Geflüchteter/12/2023 (Stadt Köln, 2023)

Abbildung 2 verdeutlicht den hohen Anteil zugezogener Familien im Vergleich zu den Gruppierungen Alleineinreisender.

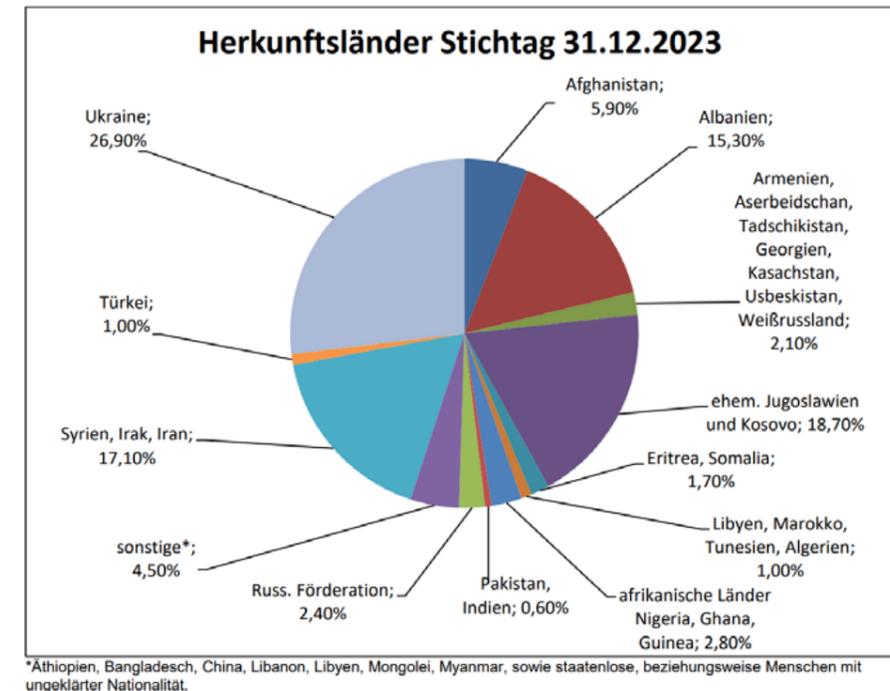


Abb. 3: Herkunftsländer/2023 (Stadt Köln, 2023)

Aus der Abbildung werden die Herkunftsländer der Geflüchteten ersichtlich. Dabei gelten die hier als Länder des ehemaligen Jugoslawiens bezeichneten Staaten, Albanien und der Kosovo als sichere Herkunftsländer, was die Anerkennung eines Asylantrages nur in besonderen Fällen rechtfertigt (BAMF, 2024).

## 2.2 Relevante Gesetzgebungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Im Folgenden werden die für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen relevanten Gesetze kurz erläutert.

### 2.2.1 Asylbewerberleistungsgesetz

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt den Grundbedarf für das tägliche Leben der Asylberechtigten, Ausreisepflichtigen (Status Duldung) und anderer Ausländer\*innen. Ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe und die Gewährleistung von Arznei-, Verbands- und Heilmittel für werdende Mütter und Wöchnerinnen sind einschließlich aller Leistungen bei Krankheit in § 4 des AsylbLG beschrieben. Unter „Sonstige Leistungen“ werden Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit im Einzelfall unerlässlich sind, nach § 6 AsylbLG zuge-

standen. Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) besitzen und besonders bedürftig sind, weil sie unbegleitete Minderjährige sind oder schwer psychisch, physisch und sexuell misshandelt wurden, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe ebenfalls gewährt.

### 2.2.2 EU-Aufnahmerichtlinie RL 2013/33/EU

Die EU-Aufnahmerichtlinie ist eine der Richtlinien zur Regelung eines gemeinsamen europäischen Asylsystems. In der Richtlinie, die für alle europäischen Staaten, außer Dänemark und Irland verbindlich ist, sind die für einen Staat festgelegten Normen zur Aufnahme und zum Schutz bedürftiger Menschen beschrieben. Die Umsetzung schließt die Ermittlung und Beurteilung der Bedürfnisse (Artikel 22) und die Information über eine medizinische Versorgung (Artikel 3) im Rahmen der Aufnahme der Antragstellenden in den Mitgliedsstaat ein. Schutzbedürftige sind nach Artikel 21 Schwangere, Minderjährige, Behinderte, alte Menschen oder Opfer von Gewalttaten. Den bedürftigen Personen ist der Zugang zu erforderlicher medizinischer und psychologischer Hilfe (Artikel 19) zu gewähren und die Grundleistungen zur Versorgung (Artikel 17) zu garantieren. Medizinische Untersuchungen können von den Mitgliedsstaaten aus Gründen der öffentlichen Gesundheit für die Antragsteller\*innen angeordnet werden (Artikel 13).

### 2.2.3 Sozialgesetzbuch V

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) beinhaltet alle staatlich geregelten Versicherungsbedingungen, Leistungsansprüche und Präventionsmaßnahmen bezogen auf Gesundheitsthemen. Aufgeführt sind alle Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24c). Inhalt sind die Versorgung mit Hebammenhilfe und den abrechnungsfähigen Leistungen, die Vergütung und alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Hebammenarbeit (§ 134a). Im Rahmen der vorgeburtlichen Betreuung der Schwangeren sind die ärztliche Betreuung sowie die Hebammenhilfe geregelt und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 24d-e). Die Versicherte hat eine Wahlfreiheit des Geburtsortes einschließlich Unterkunft, Pflege und Verpflegung im Rahmen einer stationären oder ambulanten Geburt (§ 24f). Im SGB V sind darüber hinaus der Umgang mit der elektronischen Gesundheitskarte und die Ausstellung von Berechtigungsscheinen bei Inanspruchnahme

einer Behandlung festgehalten (§ 15). Das Gesetz beinhaltet die Übernahme der Krankenbehandlung der nicht gesetzlich Versicherten, der Arbeits- und Erwerbslosen und anderen Hilfeempfänger\*innen, einschließlich der Empfänger\*innen der Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG. Die Krankenkassen vereinbaren einen Ersatz für die Aufwendungen und Verwaltungskosten auf kommunaler Ebene (§ 2).

Der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V aus dem Jahr 2019 regelt die Leistungserbringung von Hebammen für gesetzlich versicherte Frauen und ihre Kinder. Neben den Voraussetzungen zur Leistungserbringung regelt der Vertrag die Vertragspartnerschaft zwischen freiberuflich tätigen Hebammen und dem GKV-Spitzenverband. Die Qualität der Leistungserbringung wird in einer Qualitätsvereinbarung spezifiziert. Im Vergütungsverzeichnis werden alle erstattungsfähigen Leistungen und deren Höchstmengen gelistet (GKV-Spitzenverband, 2019).

### 2.3 Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Zeit bei Geflüchteten

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf das Stadtgebiet Köln und können in anderen Städten variieren. Die Informationen wurden unter anderem aus den Interviews mit den Mitarbeitenden des DRK entnommen.

Nach einem Einzug in eine Flüchtlingsunterkunft erhalten die Geflüchteten vom Träger der Unterkunft eine Wohnungsgeberbescheinigung. Es erfolgt eine Meldung an das Amt für Wohnungswesen, diese wird auch an das Amt für Soziales und Senioren der Stadt Köln weitergeleitet. Dieses Amt ist verantwortlich für die Prüfung der Leistungsansprüche und für die Ausstellung eines Behandlungsscheins, der zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen genutzt werden kann. Der Zeitraum bis zur Ausstellung kann zwei bis vier Wochen betragen. Die Gültigkeit der Behandlungsscheine variiert. Eine medizinische Versorgung ohne Behandlungsschein kann durch Clearingstellen für Nicht-Versicherte, die in Köln von der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (Malteser, 2024) und dem Gesundheitsamt Köln (Stadt Köln, 2024a) angeboten werden,

durchgeführt. Insbesondere Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus sind gezwungen, diese Angebote wahrzunehmen. Auch eine fehlende Anbindung an Fachärzt\*innen des Regelsystems bei dringend benötigten medizinischen Maßnahmen bedingt häufig eine Inanspruchnahme dieser Stellen. Eine elektronische Gesundheitskarte kann den Behandlungsschein ersetzen, jedoch nur bezüglich des Leistungsumfangs nach § 4 AsylbLG genutzt werden. Durch eine Neuregelung des § 2 AsylbLG wurde die Wartezeit für eine Inanspruchnahme des vollständigen Leistungsspektrums entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung von 18 auf 36 Monaten angehoben (Verbraucherzentrale, 2024). Eine Abschiebung bei fehlendem oder ausgelaufenen Aufenthaltsstatus kann aufgrund besonderer gesundheitlicher Begebenheiten verzögert werden. Hierfür ist eine ärztliche Bescheinigung mit einer fachlich-medizinischen Beurteilung notwendig (§ 60 (2c) AufenthG).

## 2.4 Wohnsituation der Geflüchteten in Köln

Für die Bereitstellung, den Betrieb und die Verwaltung von Wohnraum für Geflüchtete ist in Köln das Amt für Wohnungswesen zuständig. Die Unterbringungsformen sind vielfältig.

Neben Unterkünften, die über geschlechterspezifische abgeschlossene Wohneinheiten verfügen, werden die Geflüchteten häufig als erstes in Unterkünften untergebracht, die über sogenannte Kojen verfügen. Diese sind zwar zu den Seiten abgegrenzt, jedoch nach oben offen. Neben dem Fehlen, von eigenen Kochmöglichkeiten ist auch der Zugang zu den sanitären Anlagen häufig durch Entfernungen derselben und der Konfrontation mit anderen Bewohner\*innen der Einrichtung verbunden. Da die hygienischen Verhältnisse für Schwangere und junge Mütter durch die Entfernung zu den sanitären Anlagen und die Verfügbarkeit von warmem Wasser in einigen Unterkünften nicht ideal sind, wird in Zusammenarbeit mit dem Amt für Wohnungswesen versucht, eine geeignetere Unterkunft in Form von Wohnheimen oder Wohnungen zu organisieren. Dies ist von vorhandenen Kapazitäten abhängig und kann in Einzelfällen auch oft erst nach der Geburt realisiert werden. Laut Information einer DRK Mitarbeitenden wird bei Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf aufgrund von medizinischen oder sozialen Aspekten auf eine konstante Ansprechbarkeit des Personals vor Ort geachtet.

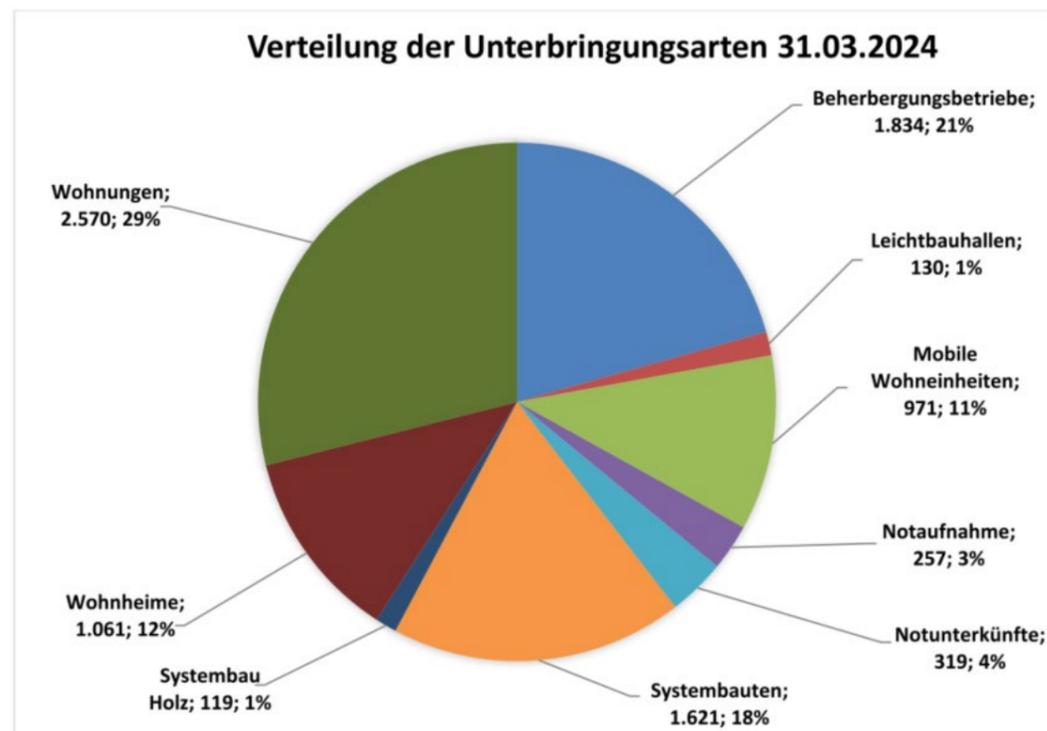


Abb. 4: Verteilung Unterbringungsarten (Stadt Köln, 2024b)

### 3 Hebammen-Projekt für geflüchtete Frauen in den Flüchtlingsunterkünften des DRK Köln

Der Bedarf an niedrigschwelliger medizinischer und sozialer Begleitung von in Gemeinschaftsunterkünften lebenden Schwangeren bzw. Müttern mit Babys durch eine Hebamme wurde schon 2012 von der Integrationsagentur Gesundheit benannt und sollte in einem Pilotprojekt umgesetzt werden.

Ziel des Projektes ist die umfassende Betreuung und Begleitung von Frauen bzw. Familien, sowie die Schaffung von Angeboten der Gesundheitsprävention und der Zugang zur (frauen-) medizinischen Grundversorgung in den Flüchtlingsunterkünften des DRK Köln. In größeren Unterkünften wurde dafür jeweils ein Behandlungszimmer zur Verfügung gestellt. Untersuchung und Beratung finden auch in den abgeschlossenen Wohneinheiten statt. Dabei liegt der Fokus auf einer niederschweligen Informationsvermittlung zu allen die Geburt betreffenden und sich daran anschließenden Fragen. Die am Projekt teilnehmenden Hebammen sollen eng vernetzt mit den Sozialarbeiter\*innen und dem medizinischem Personal in den Flüchtlingsunterkünften sowie mit Anlaufstellen des weiterführenden Hilfesystems zusammenarbeiten, um den Frauen vor Ort eine sowohl niedrigschwellige und als auch möglichst umfassende Begleitung zu ermöglichen. Auch die über die gesundheitliche Vorsorge und Wochenbettbetreuung hinausgehenden Bedarfe der Frauen und Neugeborenen sollen über die Arbeit der Hebamme abgedeckt werden (Kaps & Imhof, 2023).

Erst 2016 war die Finanzierung gesichert, so dass im August 2016 die erste Hebamme mit einem Stellenumfang von 50% eingestellt werden konnte.

Tab. 1: Finanzierung und Stellenumfang der Hebamme durch das DRK (Angaben DRK 2024)

Jahr	Finanzierung durch	Verfügbare Stellenumfang	Besetzte Stellen	
			Zeitraum	Umfang
2016	BAMF	1,0 VZÄ	08-09/16	0,5 VZÄ
			10-12/16	1,0 VZÄ
2017	BAMF	1,5 VZÄ	01/17	1,0 VZÄ
			02/17	0,5 VZÄ
			03-12/17	1,5 VZÄ
2018	BAMF/Wir Helfen	2,0 VZÄ	01/18	1,5 VZÄ
			02/18	2,0 VZÄ
			03-05/18	2,25 VZÄ
			06-07/18	1,7 VZÄ
			08/18	1,25 VZÄ
			09/18	2,0 VZÄ
2019	BAMF/Wir Helfen	2,0 VZÄ	10-12/18	1,7 VZÄ
			01-03/19	0,7 VZÄ
			04-07/19	1,2 VZÄ
			08/19	0,5 VZÄ
			09/19	1,5 VZÄ
2020	BAMF/Wir Helfen	2,0 VZÄ	10-12/19	1,0 VZÄ
			01-04/20	1,0 VZÄ
2021	BAMF/Wir Helfen	2,0 VZÄ	05-12/20	1,5 VZÄ
			01-08/21	1,5 VZÄ
2022	BAMF	01-08/22 0,97 VZÄ 09-12/22 1,0 VZÄ	09-12/21	1,0 VZÄ
			01-12/22	1,0 VZÄ
2023	Wohnungsamt Köln/Glücksspirale (ab 1.10)	1,0 VZÄ	01-11/23	1,0 VZÄ
			12/23	1,5 VZÄ
2024	Glücksspirale/Stada/Wohnungsamt Köln	2,0 VZÄ	01-07/24	1,5 VZÄ

Die zur Verfügung stehenden Stellenanteile konnten in der bisherigen Projektzeit nicht immer komplett mit Hebammen besetzt werden. Zudem gab es durch Fluktuation der Hebammen Schwankungen in der Stellenbesetzung (siehe Tab. 1).

Die Reduzierung des bewilligten Stellenumfangs auf 97% im Jahr 2022 wurde aufgrund des Ukraine Konflikts und der damit verbundenen Flüchtlingswelle aufgehoben. Aktuell sind die zur Verfügung stehenden zwei VZÄ Stellen mit zwei Hebammen mit 50% besetzt. Die Finanzierung ist bis dato immer auf ein Jahr befristet, muss kontinuierlich neu beantragt werden und benötigt nach Beendigung der finanziellen Förderung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) den Einbezug weiterer Finanzquellen. Aktuell unterhält das DRK in Köln 22 Unterkünfte für Geflüchtete (Stand 18.07.2024).

Nach einer achtjährigen Projektzeit mit fortlaufend befristeten finanziellen Mitteln soll mit Hilfe einer Bedarfsanalyse des Tätigkeitsbereiches von Hebammen in Flüchtlingsunterkünften eine dauerhafte Implementierung derselben eruiert werden.

## 4 Methodisches Vorgehen

Der DRK-Kreisverband Köln e.V. hat das Institut für Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (IfH) mit der Erstellung einer Bedarfsanalyse über den Nutzen einer dauerhaften Implementierung von Hebammenstellen in der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter in den Flüchtlingsunterkünften des DRK Köln beauftragt. Die Laufzeit der Bedarfsanalyse beträgt zehn Monate.

### 4.1 Ziel der Bedarfsanalyse

Zur Erhebung des Bedarfs an Hebammenhilfe und ihren Nutzen in der Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Welche Bedeutung hat die Tätigkeit von Hebammen des DRK in den Flüchtlingsunterkünften in Köln für die gesundheitliche Primärversorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter?
- Welche Bedeutung hat die Tätigkeit von Hebammen des DRK für die Integration geflüchteter Schwangerer und junger Mütter in das Vorsorge- und Versorgungssystem des Gesundheitssystems in Köln?
- Wie kooperiert die Hebamme dabei mit den Akteur\*innen des Sozial- und Gesundheitssystems?

Zur Beantwortung der Fragestellungen werden auch die Daten des DRK zur Kontakthäufigkeit der Hebammen mit geflüchteten Frauen im Zeitraum der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag des Kindes einbezogen. Diese sollen Anhaltspunkte über das Angebot und die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe in der Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter geben.

Aus diesen Fragestellungen und den Vorinformationen des DRK zum Projekt wurde das Forschungsdesign von Seiten des IfH erarbeitet.

### 4.2 Forschungsdesign

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Dies ergab sich aus den vorgegebenen Fragestellungen und der auf Köln bezogenen lokal angesiedelten Thematik. Damit können in einem noch

wenig erforschten Gegenstandsbereich Daten zu Deutungen, subjektiven Wahrnehmungen, individuellen Relevanzsetzungen und handlungsleitenden Orientierungen bezüglich eines Tätigkeitsfeldes, in diesem Fall das Tätigkeitsfeld der Hebammen des DRK in Köln, die Schwangere und Mütter in den Flüchtlingsunterkünften betreuen, erfasst werden (Hollstein, 2016).

### 4.3 Datenerhebungsmethode

Als Datenerhebungsmethode wurden leitfadenorientierte Expert\*inneninterviews gewählt. In dieser Interviewform kommen durch eine relativ offene Gesprächsgestaltung die Sichtweisen des befragten Subjekts zur Geltung (Flick, 2017). Als Expert\*in gilt dabei eine Person, die es ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, bezüglich eines Problemkreises geschafft hat, mit ihren Deutungen ein konkretes Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren (Bogner et al., 2014). Die Expert\*innen sollen hierbei selbst Teil des zu untersuchenden sozialen Handlungsfeldes sein und als komplementäre Informationsquelle über weitere Zielgruppen genutzt werden (Bogner et al., 2014).

Aus diesem Grund wurden 14 bis 16 Expert\*inneninterviews geplant und werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 2: Geplante Interviewpartner\*innen (eigene Erstellung)

Interviewpartner*innen	Geplante Anzahl
Hebammen des DRK in Köln und der Stadt Köln, die Schwangere und Mütter in den Flüchtlingsunterkünften betreuen	2
Koordinatorinnen / Einrichtungsleitungen des DRK in Köln und der Stadt Köln in der Versorgung schwangerer Geflüchteter	2
Niedergelassene Gynäkolog*innen	2
Niedergelassene Pädiater*innen	2
Vertreter*innen der Schwangerschaftsberatungsstellen	2
Vertreter*innen der geburtshilflichen Abteilungen in Köln	2
Betroffene Frauen	2-4

Die Daten zur Anzahl von betreuten Schwangeren, jungen Müttern und Neugeborenen bzw. Säuglingen wurden vom DRK an das IfH zur Auswertung weitergeleitet. Diese sollten mit dem Statistikprogramm SPSS 29 deskriptiv analysiert werden.

Die Interviews mit Geflüchteten sollten bei Bedarf mit Hilfe von Übersetzer\*innen geführt werden. Als Instrument für die Durchführung der Datenerhebungen wurden Interview- und Gesprächsleitfäden entwickelt (Anhang I).

Diese Instrumente ermöglichen eine thematische Fokussierung und machen die Gesprächsinhalte vergleichbar. Neben spezifisch ausformulierten Fragen umfassen die Leitfäden auch thematische Felder, die im Verlauf des Interviews erörtert werden sollen. Diese können ebenfalls als Frage formuliert werden (Kuckartz & Rädiker, 2024). Zur Validierung der Daten wurden sämtliche Forschungsschritte, insbesondere die Analyse der Daten und die Kategorienentwicklung nach den Gütekriterien qualitativer Forschung (Flick, 2017) im Rahmen regelmäßig stattfindender Peer Group-Treffen diskutiert. Die Peer Group setzt sich zusammen aus dem Forscherinnenteam (Projektleitende, Projektverantwortliche) und weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des IfH.

Nachfolgend wird der Ablauf des Projektes und die Herangehensweise detailliert dargestellt.

#### 4.4 Zeitplan

Der Zeitplan wurde unter Berücksichtigung der Forschungsmethoden erarbeitet.

Tab. 3: Zeitplan/Bedarfsanalyse (eigene Erstellung)

Arbeitspaket	Monate									
	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Feb 24	Mär 24	Apr 24	Mai 24	Jun 24	Jul 24	Aug 24
Projektbeginn Infos zum Projekt										
Erstellung Interviewleitfa- den, Einverständniserklä- rungen										
Kontakt und Terminabspra- che Stichprobe										
Durchführung Interviews										
Auswertung statistische Daten										
Transkription Daten										
Auswertung Interviews										
Erstellung Abschlussbe- richt und Präsentation										

#### 4.5 Feldzugang

Zu Beginn des Projektes wurde im Rahmen von Projekttreffen zwischen der Projektverantwortlichen des DRK und der Projektverantwortlichen des IfH die Auswahl der einzubeziehenden Interviewpartner\*innen diskutiert.

Als zielführend wurden Interviews mit Expert\*innen in der Versorgung von geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern erachtet, die Kontakt zum DRK und ggf. auch zu der beim DRK arbeitenden Hebamme gehabt haben können. Die Projektverantwortliche des DRK erstellte eine Liste an Pädiater\*innen, Gynäkolog\*innen, geburtshilflichen Abteilungen und Schwangerenberatungsstellen, mit denen das DRK im Kontext der Versorgung zusammenarbeitet oder -gearbeitet hat. Außerdem erhielt die Projektverantwortliche des IfH eine Liste von DRK-Mitarbeitenden

aus den Bereichen Heimleitung, Hebammen- oder Gesundheitsversorgung (Pfle-  
gefachperson, Koordination). Alle Institutionen und Ansprechpartner\*innen waren im Stadtgebiet von Köln verortet.

Zudem nutzte die Projektverantwortliche des IfH aufgrund früherer Forschungstä-  
tigkeit zum Thema gesundheitliche Versorgung von schwangeren Geflüchteten  
schon vorhandene Kontakte im Bereich Schwangerenberatung und Frühe Hilfen.  
Zur Kontaktaufnahme wurden Informationsschreiben in Absprache mit dem DRK  
erarbeitet (Anhang II). Eine mögliche Rekrutierung von geflüchteten Frauen, die  
Erfahrungen mit der Arbeit der Hebammen des DRK gemacht haben, sollte vom  
DRK erfolgen.

Die benannten Pädiater\*innen und Gynäkolog\*innen wurden im Februar 2024 je  
nach Zugangsmöglichkeiten per E-Mail oder postalisch mit einem offiziellen An-  
schreiben, dem Informationsschreiben zum Projekt und einem Exemplar der Ein-  
willigungserklärung zur Teilnahme (Anhang III) angefragt. Dabei handelte es sich  
um fünf pädiatrische und drei gynäkologische Praxen. Es wurde keine postalische  
Zusendung oder E-Mail als unzustellbar vermerkt. Zudem wurde mehrfach telefo-  
nisch versucht über Mitarbeitende in den Praxen Kontakt zu den Ärzt\*innen zu  
erhalten. Alle weiteren in Frage kommenden Expert\*innen wurden telefonisch oder  
per E-Mail kontaktiert.

Die Rekrutierung zur Vervollständigung des angestrebten Samples erfolgte von  
Februar bis Juli 2024.

#### 4.6 Sample

Auf Basis der schon beschriebenen Zugangsmöglichkeiten konnten 11 Interviews  
mit 15 Teilnehmer\*innen geführt werden. Dabei waren bei einem Interview mit Mit-  
arbeitenden des DRK sowohl zwei Einrichtungsleitende und eine Hebamme an-  
wesend. An den Interviews mit Vertreterinnen der Frühen Hilfen/Flüchtlingsmedi-  
zin des Gesundheitsamtes und der Psychosozialen Elternbegleitung in der Neona-  
tologie der Uniklinik Köln nahmen jeweils zwei Expertinnen der jeweiligen Institu-  
tion teil. Die Schwangerenberatungsstelle esperanza e.V. lehnte ein Interview auf-  
grund fehlender zeitlicher Kapazitäten ab, schickte jedoch eine schriftliche Ausar-

beitung zu den forschungsrelevanten Fragestellungen, die auch mit in die Auswertung einbezogen werden konnte. Im Projektzeitraum konnten mit folgenden Expert\*innen in der Versorgung schwangerer und junger Mütter aus Flüchtlingsunterkünften Interviews durchgeführt werden.

Tab. 4: Sample Interviews (eigene Erstellung)

	Funktion/Institution	Teilnehmende
1	Hebamme DRK	1
2	Zwei Einrichtungsleitungen, Hebamme DRK	3
3	Gesundheitskoordination/-versorgung DRK	1
4	Gesundheitsversorgung	1
5	Gesundheitsversorgung	1
6	Niedergelassener Pädiater	1
7	Psychoziale Elternbegleitung in der Neonatologie/Uniklinik Köln	2
8	Frühe Hilfen/Flüchtlingsmedizin Gesundheitsamt Köln	2
9	Schwangerenberatungsstelle (donum vitae e. V.)	1
10	Geburtshilfliche Abteilung (Krankenhaus Porz am Rhein)	1
11	Geburtshilfliche Abteilung (Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikum Köln)	1
<b>11</b>	<b>Gesamt</b>	<b>15</b>

Trotz mehrfacher Versuche - auch von Seiten des DRK - konnte kein persönlicher Kontakt zu einem\*r praktizierenden niedergelassenen Gynäkolog\*in hergestellt werden. Dies galt auch für die Ärzt\*innen der Flüchtlingsmedizin des Gesundheitsamtes. Die Planung von Interviews mit geflüchteten Frauen, die Erfahrungen mit der Arbeit der Hebammen des DRK gemacht haben, wurde aufgrund fehlender Kontakte und möglicher Sprachbarrieren zum Ende der Erhebungsphase erfolglos aufgegeben.

## Beschreibung des Samples

Im Nachfolgenden werden die Tätigkeiten der Institutionen und deren Vertreter\*innen im Kontext der Bedarfsanalyse zur Hebammenhilfe in Flüchtlingsunterkünften dargestellt. Die Inhalte sind zum Teil aus den Informationen der durchgeführten Interviews, sowie Informationen der jeweiligen Websites entnommen. Die Daten zu den Tätigkeitsinhalten der angestellten Hebammen des DRK finden sich im Ergebnisteil wieder. Alle Informationen entsprechen dem Stand des Erhebungszeitpunktes. Eventuelle aktuelle Anpassungen konnten nur begrenzt mit einbezogen werden.

### Mitarbeitende des DRK

In der Versorgung von geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern arbeiten die Heimleitungen, Sozialarbeiter\*innen, das medizinische Personal, bestehend aus Koordinator\*innen, Pflegefachkräften und Hebammen in den großen Unterkünften zusammen. Da die genannten Professionen nicht durchgehend vor Ort sind, werden auch die Sicherheitsdienste in Abläufe einbezogen.

Neben administrativen Tätigkeiten zur Organisation der notwendigen Dokumente für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (siehe 2.3) steht die Anbindung an die Akteur\*innen des Gesundheitssystems oder Unterstützungsnetzwerke des Sozialsystems im Vordergrund.

Schon im Rahmen von Aufnahmegesprächen erhalten Frauen in den Unterkünften die Möglichkeit, eine bestehende Schwangerschaft mitzuteilen. Bei längerem Aufenthalt kommen Schwangere zumeist eigenständig auf die Mitarbeitenden zu.

Durch die aufsuchende Tätigkeit der Mitarbeitenden in der Unterkunft und einem Angebot von medizinischen Sprechstunden unter Hinzuziehung von Sprachkundigen versuchen die medizinischen Akteur\*innen schon in der Unterkunft den Bedarf an medizinischer Versorgung zu eruieren.

### Frühe Hilfen/Flüchtlingsmedizin des Gesundheitsamtes Köln

Das Gesundheitsamt der Stadt Köln betreut über 100 Flüchtlingsunterkünfte. Das Team der Frühen Hilfen setzt sich bezogen auf die Versorgung Schwangerer und

junger Mütter aus Hebammen, Fachkräften für Kinderkrankenpflege, Pflegefachpersonen und Ärzt\*innen zusammen, die nach Bedarf die betroffenen Personen in den Unterkünften aufsuchen. Zudem bietet die Flüchtlingsmedizin Sprechstunden für Geflüchtete ohne Leistungsberechtigung im Gesundheitsamt an.

Über die Frühen Hilfen sind zwei 50% Arbeitsstellen für Familienhebammen geschaffen worden, die sich um diese 100 Flüchtlingsunterkünfte kümmern. Der Fokus der Tätigkeit in den Unterkünften liegt auf der Erfassung der gesundheitlichen Situation und der Überführung in gesundheitliche Netzwerke, die Organisation von geeignetem Wohnraum und Ausstattung für das Leben mit dem Kind. Kenntnis über Schwangere oder junge Mütter in den Unterkünften erhalten die Familienhebammen über die Mitarbeitenden der Unterkunft oder bei der aufsuchenden Tätigkeit.

#### Geburtshilfliche Abteilung Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikum Köln

Die geburtshilfliche Abteilung der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikum Köln (UKK) ist als Level 1 Klinik mit einer intensivmedizinischen neonatologischen Abteilung und präpartaldiagnostischen Abteilung und mehreren pädiatrischen Spezialkliniken Anlaufpunkt für Schwangere mit unterschiedlichsten Anliegen (Uniklinik Köln, 2024).

Die Mitarbeiterinnen der Psychosozialen Elternbegleitung in der Neonatologie der UKK begleiten Eltern, deren Kind aufgrund von Erkrankungen nach der Geburt stationär verbleiben muss. Sie geben Unterstützung bezüglich der emotionalen Belastung sowie zu allen Belangen der Alltagsorganisation oder Generierung von Versorgungsnetzwerken. Das Team besteht aus einer Psychologin, einer Sozialarbeiterin, einer Kindheits- und Familienpädagogin, einer Seelsorgerin und einer Musiktherapeutin. Kenntnis über geflüchtete junge Mütter erhalten sie durch das Pflegepersonal der Stationen, Ärzt\*innen oder bei den wöchentlichen Visiten. Nach Kenntnis versuchen sie, teils auch mit Sprachmittler\*innen, Wohnsituation, Aufenthaltsstatus, psychische Verfassung und den Handlungsbedarf zu erheben und mit Netzwerkpartner\*innen Kontakt aufzunehmen.

#### Geburtshilfliche Abteilung Krankenhaus Porz am Rhein

Die geburtshilfliche Abteilung des Krankenhaus Porz am Rhein liegt im Einzugsbereich mehrerer Flüchtlingsunterkünfte. Sie verfügt als Level 2 Klinik über eine angegliederte Kinderklinik. Die geburtshilfliche Abteilung bietet Anmeldegespräche und Sprechstunden zur Abklärung besonderer Fälle im Rahmen der Schwangerschaft an. Die Frauen suchen die Klinik im Bedarfsfall meist selbstständig auf. Nur vereinzelt werden die Mitarbeitenden der geburtshilflichen Abteilung im Vorfeld von Vertreter\*innen der Unterkünfte über eine Schwangere informiert (Krankenhaus Porz am Rhein, o. J.).

#### Schwangerschaftsberatungsstelle donum vitae Köln e. V.

Die Schwangerschaftsberatungsstelle donum vitae e. V. in Köln berät bei allen Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Zeit. Die geflüchteten Frauen erhalten Informationen über Rechte und Ansprüche bzgl. gesetzlicher Leistungen. Die Mitarbeitenden sind behilflich bei der Erstellung von Anträgen für das Amt für Soziales und Senioren und anderen finanziellen Hilfen, wie der Mutter-Kind-Stiftung und kümmern sich um eine adäquate Unterbringung. Sie unterstützen Schwangere bei Nichtvorhandensein eines Aufenthaltsstatus, diesen zu erlangen und organisieren Hilfen, wenn sich die Frau im Schwangerschaftskonfliktfall für das Kind entscheidet. Neben Informationen zur Verhütung gehört die Begleitung der ganzen Familie und die Integration in bestehende Netzwerke zu den Aufgaben. Die Vermittlung der Frauen erfolgt durch das Personal der Flüchtlingsunterkünfte, den Frühen Hilfen oder den Migrationsstellen der Diakonie.

#### Schwangerschaftsberatungsstelle esperanza am Sozialdienst katholischer Frauen e. V. Köln

Die Schwangerschaftsberatungsstelle esperanza e.V. bietet vergleichbare Angebote wie donum vitae e. V. an. Die Mitarbeitenden erhalten Kenntnis über geflüchtete Schwangere über das Personal der Unterkünfte und den Frühen Hilfen des Gesundheitsamtes (Sozialdienst katholischer Frauen e. V., o. J.).

## Pädiater

Als niedergelassener Pädiater und Sprecher der Kinder- und Jugendärzte in Köln ist der Interviewte in die Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern in den Flüchtlingsunterkünften involviert. Dies geschieht unter Hinzuziehung weiterer Kolleg\*innen auf Anfrage des Gesundheitsamtes. Den Unterkünften sind kooperierende pädiatrische Praxen bekannt, zu denen nach telefonischer Voranmeldung Patient\*innen geschickt werden können.

### 4.7 Datenerhebung

Die Forschungsfragen und die vorformulierten Ziele des Forschungsprojektes wurden in die Erarbeitung des Interviewleitfadens einbezogen und im Rahmen der Peer Group-Treffen diskutiert. Aufgrund des innovativen Themas und der notwendigen Expertise war kein klassischer Pre Test der Interviews und der Fragen möglich. Nach der Durchführung des ersten Interviews bestätigte sich die Relevanz der Themenbereiche sowie die Durchführbarkeit und es wurden keine Änderungen vorgenommen. Durch den Wissenszuwachs und die erkennbare Schwerpunktsetzung der Aussagen der Interviewten kam es zu geringfügigen Modifizierungen im Verlauf der weiteren Interviews. Hierbei wurde jedoch die Vergleichbarkeit gewahrt. Neben Schwerpunkten zum Tätigkeitsbereich standen auch die subjektiven Erfahrungen bezogen auf die Thematik der Forschungsfragen im Fokus. Die Fragen bezüglich der Rahmenbedingungen zur Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung und der Tätigkeit der Interviewten im Kontext der Thematik dienten der Informationsgenerierung für den Hintergrund der Arbeit und der näheren Beschreibung des Samples und wurden nicht in die Ergebniskategorien einbezogen.

### Ablauf der Interviews

Bei Kontaktaufnahme mit den Interviewpartner\*innen wurden das Projekt und die Methode dargestellt und ein Termin zum Interview vereinbart. Informationsmaterial und Einverständniserklärung (Anlage III) wurden im Vorfeld zugesandt. Auch wenn die Möglichkeit bestand das Interview per Online-Meeting durchzuführen, lag die Präferenz in dem persönlichen Zusammenkommen. Die Methode des Online-

Meetings wurde in einem Fall wahrgenommen. Die Face-to-Face Interviews fanden alle vor Ort statt, was bedeutet, dass die Forscherin die Interviewtermine direkt am Arbeitsplatz der Expert\*innen durchgeführt hat, was einem niederschweligen Zugang dienen sollte. Die Interviews wurden als Audiodateien aufgezeichnet. Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden nochmals über den Zweck der Datenerhebung und über Aspekte des Datenschutzes aufgeklärt. Insbesondere die Mitarbeitenden des DRK wurden auf den Fokus der Bedarfsanalyse und auf die Unabhängigkeit der Forscherin hingewiesen. Allen teilnehmenden Expert\*innen wurde erläutert, dass durch ihr Expertentum und einer möglichen Zuordnung zu einer Institution eine Re-Identifizierung trotz Pseudonymisierung nicht ausgeschlossen werden kann. Nach Beendigung des Interviews wurde die Audiodatei auf einem externen Datenträger gespeichert. Die Interviewlänge variierte zwischen 30 und 65 Minuten. Die Audiodateien wurden mit Hilfe von MAXQDA, einem Programm zur Datenanalyse qualitativer Daten (MAXQDA, 2024), transkribiert. Die Interviewdateien wurden mit Abkürzungen pseudonymisiert.

### 4.8 Datenanalyse

Bei der Transkription wurde eine wörtliche Niederschrift gewählt (Kuckartz & Rädiker, 2024). Füllwörter, Pausen und Tonlagen wurden nicht festgehalten. Interpunktion wurde sinnvoll gesetzt. Die Interviewbeiträge wurden mit pseudonymisierten Kürzeln versehen. In den Interviews mit mehreren Teilnehmer\*innen wurde keine Differenzierung in der Bezeichnung durchgeführt. Die Transkripte wurden intensiv gesichtet und mit Hilfe von MAXQDA kategorisiert. Die Kategorien dienen der Klassifizierung, Reduzierung, Abstrahierung und Bedeutungszuschreibung und können zur Erschließung, Beschreibung und Erklärung der Daten genutzt werden (Kuckartz & Rädiker, 2024). Subkategorien wurden in thematischen Hauptkategorien zusammengefasst. Diese Kategorien lehnen sich weitgehend an den in den Interviewleitfaden integrierten Themenbereichen an. Dabei muss die Benennung der Kategorie nicht zwingend mit dem Thema übereinstimmen und aus einem Thema können mehrere Kategorien entstehen (Kuckartz & Rädiker, 2024).

## 5 Ergebnisse

Aus dem vorliegenden Datenmaterial der 11 Interviews und der schriftlichen Ausarbeitung der Schwangerenberatungsstelle können sechs thematische Hauptkategorien herausgearbeitet werden. Diese ermöglichen eine multiperspektivische Betrachtung und Bewertung der Implementierung von Hebammenhilfe in Flüchtlingsunterkünften durch das DRK in Köln. Den Hauptkategorien werden in der Datenauswertung mehrere Subkategorien untergeordnet und werden in einer logischen Struktur zusammengefasst.

Im Rahmen einer Bedarfsanalyse ist die Erhebung des Ist-Zustandes und die Erhebung von Hintergründen fundamental von Bedeutung, um wie in der vorliegenden Arbeit den Bedarf und die Auswirkungen der Intervention, hier die Implementierung von Hebammen in den Flüchtlingsunterkünften, bewerten zu können. Die ersten zwei ausgearbeiteten Hauptkategorien beziehen sich auf diesen Aspekt, bevor der Fokus auf die konkrete Tätigkeit der Hebammen des DRK gelegt wird.

### Hauptkategorien

1. Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung
2. Netzwerktätigkeit in der gesundheitlichen Versorgung
3. Hebammenhilfe des DRK
4. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Hebamme des DRK
5. Bedeutung der Hebammenhilfe durch Hebammen des DRK für das Gesundheitssystem
6. Anregungen zur Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter

### Kategoriensystem

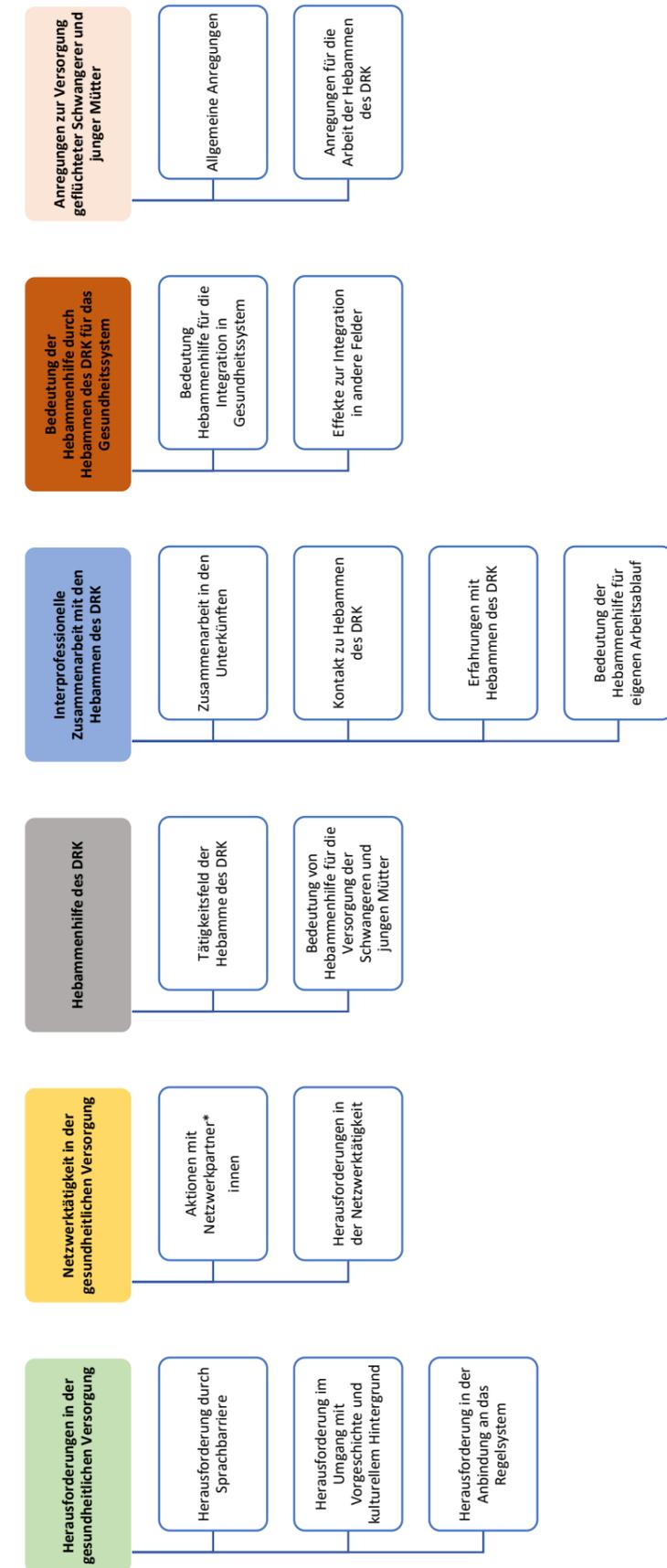


Abb. 5: Kategoriensystem (eigene Darstellung)

Zur Differenzierung der im weiteren Text verwendeten Zitate werden diesen die Bezeichnung Interview, Pseudonymisierungscode und Position im Transkript angehängen.

Beispiel: (Interview 011, Pos. 23)

Das eingereichte ausgearbeitete Dokument, in dem Informationen ohne Durchführung eines Interviews weitergegeben wurden, wird zur Pseudonymisierung auch als Interview gekennzeichnet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den sechs Hauptkategorien dargestellt.

### 5.1 Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung

Untenstehend werden die aus dem Datenmaterial herausgearbeiteten Hauptfaktoren zu den Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Schwangerer und jungen Mütter näher beschrieben. Aufgrund der vielfältigen Aspekte findet hierbei eine Einteilung in Subkategorien statt.

#### Herausforderung durch Sprachbarriere

Alle interviewten Expert\*innen betonen, dass bestehende Sprachbarrieren die größte Herausforderung in der Versorgung darstellen. Die Unterkünfte verfügen über Mitarbeitende, die Übersetzungen in unterschiedlichen Sprachen anbieten können. Diese sind jedoch zumeist männlich. Dies bedingt, dass die Schwangeren und jungen Mütter diese Übersetzenden für bestimmte Themen nicht einbeziehen wollen. Für diese Situationen wird entweder auf Google Translator gesetzt, oder es wird versucht, Frauen mit derselben Herkunft bzw. Sprache einzubeziehen. Laut der Aussage einer DRK Mitarbeitenden sind 60 % der geflüchteten Frauen Analphabetinnen, weswegen dies nach ihren Aussagen die Nutzung von Google Translator oder anderen Medien in Schriftform zur Information ausschließt. Die einrichtungseigenen Übersetzer\*innen können nicht zur Begleitung zu medizinischen Terminen einbezogen werden:

Der Dolmetscher ist nur für uns vorgesehen. Und der hat hier genug zu tun, weil wir sehr viele Leute haben. (Interview 009, Pos. 33)

Für Begleitungen werden mögliche Mitbewohner\*innen der Unterkünfte mit Sprachkompetenzen von den Mitarbeitenden des DRK gesucht, oder die Betroffenen werden angehalten, sich mögliche geeignete Personen auszusuchen und zu den Terminen mitzunehmen.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Ärzt\*innen und Kliniken die Behandlung ohne Übersetzer\*innen häufig nicht durchführen:

Wir hatten jetzt Ende letzten Jahres eine Frau, die sollte sektioniert werden. Die ist uns dreimal wieder zurückgeschickt worden. Dann habe ich irgendwann gesagt: „So, jetzt ist hier echt für mich auch der Punkt erreicht.“

(Interview 005, Pos. 13)

Die Vertreter\*innen der geburtshilflichen Abteilungen geben an, sich bei Bedarf mit Google Translator, Bildkarten oder mit Übersetzungen durch Mitarbeitende der Institution zu helfen. Die Maßnahmen zur Kommunikation werden mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand verbunden und diesbezüglich mit knappen vorhandenen zeitlichen Kapazitäten in Kontext gebracht.

Dann gucken wir, wer die entsprechende Sprache spricht. Wenn wir Glück haben, ist jemand da, der dann auch noch abrufbereit ist und vielleicht übersetzen kann. Es klappt eigentlich erstaunlich gut, aber ist natürlich ein hoher Aufwand. Vor allem Zeitaufwand, den wir auch nicht unbedingt haben. Wenn wir Glück haben ja, aber wenn man Pech hat, ist das schwierig.

(Interview 008, Pos. 10)

Es ist einer klinischen Vertreter\*in bewusst, dass für sämtliche medizinische Eingriffe ein Einverständnis eingeholt werden muss, welches nur bei einer Gewährleistung eines sprachlichen Verständnisses auf Seiten der Schwangeren oder jungen Mutter rechtskräftig ist.

Donum vitae e. V. und die Psychosoziale Elternberatung können in besonderen Situationen auf externe Dolmetschende zurückgreifen, nutzen jedoch auch alle anderen Möglichkeiten. Nur die Frühen Hilfen des Gesundheitsamtes geben an, Möglichkeiten zum Videodolmetschen regelmäßig nutzen zu können.

Zur Gesamtsituation merkt eine Interviewte resigniert an:

Die Sprachbarriere ist dieses leidige Thema, wo ich auch seit 2015 keinen Prozess sehe, weil jeder schiebt es immer auf den anderen und keiner bezahlt ja im Prinzip Dolmetscher und man hat dann immer diesen Pingpongeffekt. (Interview 005, Pos. 13),

#### Herausforderung im Umgang mit Vorgeschichte und kulturellem Hintergrund

Erfahrungen auf der Flucht und die Diversität der kulturellen Hintergründe stellen gemäß den Aussagen der Interviewten Herausforderungen in der Versorgung dar. Traumatische Erlebnisse und die Auseinandersetzung mit Unterkunft, Aufenthaltsstatus, etc. lassen bei den schwangeren Frauen und jungen Müttern mögliche Bedarfe bezogen auf Schwangerschaft und Mutterschaft in den Hintergrund treten:

Natürlich liegt bei den Frauen, nicht wie jetzt in Deutschland, dass eigentlich, wenn eine Frau schwanger ist, liegt der Fokus auf dem Baby. (...) Oft habe ich das Gefühl nicht so, weil die Frauen halt einfach mit Belastungen, mit dem Päckchen ankommen und (...) auch eventuell Gewalt auf der Flucht erlebt haben (...). Und da ist wichtig, dann trotzdem halt den Fokus zu schaffen, dass sie sich auf die Schwangerschaft und auf Ihr Baby konzentrieren können. Gerade auch, wenn sie total viele Kinder schon haben. (Interview 007, Pos. 72)

Eine damit einhergehende Erschöpfung schildert eine Vertreter\*in einer Schwangerenberatungsstelle so:

Und völlig erschöpfte Frauen haben wir hier. Ich hatte vor Kurzem noch mal eine Frau aus einem Wohnheim vom Deutschen Roten Kreuz, die nachts wohl nicht schlafen kann, weil da unheimlich viel Krach ist. Und die Kinder sind dann wach und die hat auch hier auf den Stühlen gelegen. Die war wieder schwanger und hat hier auf den Stühlen gelegen und hat hier tief und fest erstmal zwei Stunden geschlafen. Also diese Momente erleben wir immer noch. Die sitzen im Stuhl, wir reden mit denen und einmal schlafen die uns weg. (Interview 002, Pos. 2)

Informationen zu erlebten Gewalterfahrungen werden von den Schwangeren und jungen Müttern nicht gerne preisgegeben, zudem wird ein passives Verhalten im klinischen Setting ersichtlich. Die fehlenden Äußerungen eigener Vorstellungen von der Schwangeren oder jungen Mutter erschwert zusätzlich die Betreuung. Neben der abweichenden Wahrnehmung des Zustandes der Schwangerschaft auf

Seiten der Geflüchteten wird ersichtlich, dass es kulturelle Unterschiede zu Praktiken im Kontext Nabelpflege, Ernährung, Rituale im Wochenbett und Stillen gibt. Letztere führen in einem beschriebenen Fall sogar zum Einbezug übergeordneter Kontrollmechanismen:

Zum Beispiel gab es eine Familie aus Mazedonien und das Kind war ein Frühchen. Noch in der Klinik hatte die Frau einen Herzinfarkt und sie ist ausgefallen, hatte Probleme, wird weiter stationär behandelt. Das Kind war aber stabil und wurde nach Hause entlassen. Im Zimmer nebenan wohnte eine frisch entbundene Frau und hat ihr Kind gestillt. Die hat sich mit dem Mann verständigt und hat das Kind (der kranken Nachbarin) ein paar Mal angelegt. Das wird nicht gern gesehen. Das Gesundheitsamt hat das gesehen, bzw. die Kommunikation schwankte ein wenig. Statt zu erklären, wie der richtige Weg aussieht, wurde das direkt dem Jugendamt gemeldet. Die kamen und haben tatsächlich Familienhilfe installiert und das Kind überwacht. Da haben wir gesehen, dass es der Familie gar nicht gut geht. Der junge Vater musste sich um das Kind kümmern, hatte noch eine fremde Person, die alles überwacht und seine Frau lag in einem sehr schwierigen Zustand in der Klinik. (Interview 011, Pos. 99)

Gerade die Situation von Schwangerschaft und Geburt wird in vielen Kulturen interfamiliär geregelt. Im Falle von schwangeren Minderjährigen fehlt jedoch dieses soziale Gefüge im Geflüchtetenkontext:

Hinzu kommt, dass wir natürlich durch diese unterschiedlichen Kulturen bedingt auch nicht wenige Mädchen haben. Minderjährige Mädchen, die 15 sind und ein Baby bekommen haben. Und ja, vielleicht sind die Eltern noch mit dabei oder die Eltern des Vaters. Aber diese große Community, in der die eigentlich großwerden, ist nicht mehr mit dabei. Also die brauchen noch mal eine ganz andere Unterstützung, die müssen noch mal ganz anders gesehen werden. (Interview 001, Pos. 43)

#### Herausforderung in der Anbindung an das Regelsystem

Der Großteil der geflüchteten Menschen hat kein Wissen über das Gesundheitssystem in Deutschland. Die fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten und schon beschriebenen kulturellen Unterschiede führen dazu, dass trotz Organisation durch die Unterstützungshilfen der Unterkünfte und Hilfsinstitutionen die zeitliche und räumliche Orientierung zur Wahrnehmung von medizinischen Terminen fehlt. Dies wird laut der Aussagen der Interviewten auch durch fehlende Möglichkeiten

der persönlichen Begleitung zu den Terminen verstärkt. Die Inanspruchnahme der Termine kann auch in kausalen Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer in Deutschland und der Verbleibperspektive gebracht werden. Nach Ansicht der Mitarbeitenden des DRK wird der Bedarf zur Einhaltung des Termins von Seiten der Geflüchteten oft anders eingeschätzt:

Das liegt auch manchmal so ein bisschen an den Bedarfen, die die Frau hat, vielleicht auch, ob es heute regnet oder die Sonne scheint und ob heute die Frau noch irgendwas anderes vorhat. Also ich erlebe immer wieder, egal um was für ein Angebot es sich handelt, dass es egal ist, wie gut oder wie schlecht man das vorbereitet. Das hat nicht unbedingt immer auf das Outcome einen Einfluss, weil einfach zu viele individuelle Faktoren mitspielen. Es kann auch sein, dass an dem Tag viele Frauen einen Termin beim Amt haben, bei der Ausländerbehörde oder beim Sozialamt. Das würde natürlich vorgehen. Vielleicht ist auch ein Kind krank oder man bleibt zu Hause. Vielleicht scheint auch die Sonne, man geht Flaschen sammeln im Park. Also da sind so viele unterschiedliche Faktoren, die da reinspielen. (Interview 005, Pos. 29)

Auch die Relevanz des Mitführens der für die Schwangerschaft und die medizinische Versorgung des Neugeborenen notwendigen Dokumente (Mutterpass und gelbes Untersuchungsheft für Kinder) wird von den Geflüchteten nach Meinung der Interviewten, anders eingeschätzt.

Die Anbindung der Frauen an die Regelversorgung gestaltet sich nach Auswertung der Daten aufgrund fehlender Kapazitäten bei Gynäkolog\*innen, Pädiater\*innen und geburtshilflichen Abteilungen häufig schwierig. Enge terminliche Ressourcen verbunden mit dem Mehraufwand der Behandlung mit fehlenden Übersetzungsmöglichkeiten, mehr Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung der Leistungen und häufig fehlenden anamnestischen Daten werden von Seiten der Interviewten als Gründe angegeben, warum die Institutionen und Praxen geflüchtete Frauen und junge Mütter ungern aufnehmen oder gar ablehnen.

Fehlende Versorgungskontinuität besonders in der Schwangerenvorsorge verstärkt den Mehraufwand:

Ich sehe dann, dass Frauen (...) oft sehr spät zum Frauenarzt kommen und nicht regelmäßig gehen. Ich habe manchmal so Eintragungen, das fällt mir auch immer wieder auf, 15. Woche angekommen, 30. Woche das zweite Mal aufgeschlagen. Also gehen sie nicht in den vier Wochen oder an den aufgeschriebenen Daten. Das sehe ich. Das ist aufgeschrieben, wann sie kommen sollen, also wann die nächsten Termine sind und da erscheinen sie nicht.

(Interview 002, Pos. 30)

Im klinischen Kontext kann ein Wissensdefizit über die gesundheitliche Vorgeschichte der Schwangeren zu negativen Auswirkungen auf den Geburtsverlauf führen:

Und wenn die Frauen dann mit Wehen zur Geburt kommen, was jetzt auch nicht unbedingt der Rahmen ist, in dem man dann anamnestisch noch viel eruieren kann. Wir dann zum Beispiel feststellen, dass die Frau beschnitten worden ist, also FGM, was niemand wusste. Was vielleicht auch gut gewesen wäre zu wissen vor der Geburt, um das eben noch mit den Frauen zu besprechen. Wir wissen manchmal Garnichts, keine Blutgruppe... Das was wir quasi hier als normale Schwangerenvorsorge haben, wissen wir nicht. Wir wissen nicht, wie lange die Frauen schon schwanger sind. Wann denn der mutmaßliche ET hätte sein können. Wie denn die Schwangerschaft entstanden ist. Wir hatten auch schon 2-mal, dass sich dann im Nachhinein, nach der Geburt, herausgestellt hat, dass die Frauen auf der Flucht vergewaltigt wurden und dass die Schwangerschaft daraus resultierte. (Interview 008, Pos. 2)

Es wird aus den Ergebnissen der Interviewdaten ersichtlich, dass die fehlende Orientierung und eine fehlende gezielte Leitung durch die Systemstruktur bei den geflüchteten Schwangeren und jungen Mütter nicht selten zur Mehrfachbehandlung führt:

Deswegen ist es immer gut, dass nicht 17 Helfer eine Frau betreuen, sondern wirklich einer die Fallverantwortung hat und bei dem dann die Fäden zusammenlaufen. Und dass dann die Frauen auch wissen, weil wir es oft erlebt haben, tatsächlich schon, dass die bei der Beratungsstelle, der Beratung, also eigentlich sind genug drin. Den Frauen ist aber gar nicht klar, dass sie bei der Beratungsstelle waren, bei der Beratungsstelle, die eigentlich genau das gleiche macht. (Interview 001, Pos. 37)

Eine Betreuung durch freiberufliche Hebammen, wie es auch geflüchteten Frauen unabhängig des Aufenthaltsstatus zusteht, kann nur in vereinzelt Fällen organisiert werden. Die Interviewten erklären dies mit vermeintlichen Problemen der Hebammen bei der Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen. Dies wird nach ihren Aussagen herbeigeführt durch Unwissenheit des Prozederes, zum anderen jedoch auch durch die kontinuierliche Herausforderung mit den zuständigen Krankenkassen über die Kostenübernahme zu diskutieren. Auch die Sprachbarriere, mögliche kurzfristige Verlegungen der Frauen in andere Städte und die „Hochschwelligkeit“ der Kontaktaufnahme werden als Zugangshindernisse angesehen. Trotz gewonnener Kapazitäten durch einen Geburtenrückgang in Köln sehen einige Expert\*innen fehlende fachliche Voraussetzungen in der Arbeit mit Geflüchteten bei den freiberuflichen Hebammen als weiteren Grund der Versorgungslücke.

## 5.2 Netzwerktätigkeit in der gesundheitlichen Versorgung

Die Netzwerktätigkeit bestimmt die Versorgung der geflüchteten Schwangeren und jungen Mütter. Die gemeinsame Verknüpfung der Akteur\*innen untereinander und Herausforderungen in der Zusammenarbeit werden im Folgenden dargestellt.

Als Primärversorger der Geflüchteten steht das DRK mit seinen Mitarbeitenden aus den unterschiedlichen Bereichen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung neben Fachärzt\*innenpraxen und der medizinischen Versorgung der Flüchtlingsmedizin auch mit Kliniken und Schwangerschaftsberatungsstellen im Austausch. Bei Frauen mit besonderen medizinischen Anliegen werden auch Institutionen wie Agisra e. V. bei Frauen mit Female Genital Mutilation (FGM)<sup>2</sup> oder pro familia e. V. beim Thema Schwangerschaftsabbruch kontaktiert. Informationen über Ansprechpartner\*innen in den Unterkünften und Informationen zu Schwangeren und jungen Müttern werden laut den Mitarbeitenden des DRK auf telefonischen Wege oder durch Notizen, die die Geflüchteten zu den Terminen mitnehmen, weitergegeben. Im Rahmen der Kontakte werden medizinisch notwendige Dokumente ausgetauscht, die für die Versorgung in den Unterkünften von Relevanz sind:

---

<sup>2</sup> FGM wird im Deutschen meist mit „Weiblicher Genitalverstümmelung“ übersetzt.

Wir hatten zum Beispiel jetzt letztens auch einen Fall, wo ein Neugeborenes mit in der Familie war, wofür eine 8A Meldung<sup>3</sup> geschrieben wurde. Und da war es für uns auch noch mal super hilfreich, weil uns da ein Krankenhaus einen medizinischen Befund zurückgemeldet hat, der auch noch mal darauf schließen ließ, dass man noch mal auf das Neugeborene gucken sollte.

(Interview 007, Pos. 98)

**Auch kommt es zu Absprachen unter den Institutionen, die Modalitäten von Hilfsleistungen in der Schwangerschaft betreffen:**

Das Einzige was wir jetzt beachten, auch mit in der Rücksprache mit der Esperanza, dass wir die Gelder etwas später geben, nicht unbedingt in der 17. Schwangerschaftswoche, weil bis zur Geburt sind die sonst schon längst ausgegeben (...). (Interview 011, Pos. 45)

Die Unterkünfte des DRK verfügen über digitale Bewohner\*innen Akten. In diese werden neben dem Stand des Asylverfahrens und Schulanmeldungen auch medizinische Daten hinterlegt. Die Akten beinhalten Angaben zu zuständigen Ärzt\*innen, den nächsten Terminen, Befunde, errechneter Geburtstermin und Eintragungen der Hebamme des DRK. Alle Mitarbeitenden haben Zugriff auf diese Akten und können sich über den aktuellen Stand informieren. Laut den Aussagen der DRK Mitarbeitenden kann der Ausdruck der medizinischen Akte im Falle einer Verlegung der Frau in eine Unterkunft eines anderen Trägers mitgegeben werden. Diese Tatsache wird jedoch von einer Vertreter\*in der Frühen Hilfen negiert:

Nur für die Frauen, das gibt es einfach gar nicht. Das gibt es auch nicht, wenn man von der DRK Unterkunft in eine Caritasunterkunft kommt. Da gibt es keinen Austausch. (Interview 001, Pos. 32)

Herausfordernd finden die Mitarbeitenden die Situation, dass sich die Zusammenarbeit mit den Fachärzt\*innen durch nicht in Anspruch genommene Termine verschlechtern könnte und die Anzahl an kooperierenden Praxen sinkt.

Die Expert\*innen der Frühen Hilfen und der Flüchtlingsmedizin als betreuende Institution vieler städtischer Unterkünfte und die Psychosoziale Elternberatung der Neonatologie der UKK geben an, mit dem Wohnungsamt, Sozialamt, Migrations-

---

<sup>3</sup> Dies bezieht sich auf den § 8a SGB VIII bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung

stellen und auch miteinander im Austausch zu stehen. Von Seiten der Mitarbeiterinnen der Frühen Hilfen / Flüchtlingsmedizin wird angemerkt, dass in vielen Unterkünften der Fokus auf dem Neugeborenen mit den damit verbundenen besonderen Versorgungsansprüchen fehlt:

Letztens hatten wir eine Unterkunft (...). Die hatten, warum auch immer, diesen Termin nicht. Ich glaube, ich weiß nicht mehr warum. Auf jeden Fall waren die nicht zu U3 gewesen. Und dann haben wir gesagt, diese müssen aber noch mal da hin, weil der hatte nämlich kein Konakion gekriegt und dann hat er diesen Kinderarzt Termin vier Wochen später gekriegt. Aber vier Wochen finde ich für ein Konakion schon relativ lange her. Aber sowas wissen natürlich die Sozialarbeiter vor Ort nicht. Die wissen, ja, wir haben jetzt einen Kinderarzt Termin, die haben uns den in vier Wochen gegeben und gut ist. Und solche Sachen finde ich halt, ähm und ein Neugeborenes glaube ich nicht, dass der Sozialarbeiter, der entweder nicht vor Ort ist oder auch medizinisch nicht geschult, nicht sieht, wenn es dem schlecht geht. Und ich glaube auch nicht, dass jede Mutter sieht, wenn es einem Neugeborenen schlecht geht.

(Frühe Hilfen 001, Pos. 42)

Aus den Informationen der Psychosozialen Elternberatung wird deutlich, dass diese bei der Netzwerktätigkeit häufig keine Rückmeldung erhalten, ob die Familien an die Hilfsysteme angedockt werden konnten.

Die Vertreterin einer Schwangerenberatungsstelle bestätigt einen Austausch mit Sozialarbeiter\*innen der Unterkünfte, die neben der Weitergabe von Informationen zur Geflüchteten auch zur Rückmeldung der Inanspruchnahme des Termins dient. Die Schwangerschaftsberatungsstelle donum vitae e. V. arbeitet unter anderem mit der evangelischen Beratungsstelle (Diakonie) zusammen, um personelle Kapazitäten zu bündeln und ist besonders bei Frauen mit psychischen Problemen oder Infektionskrankheiten mit unterschiedlichen Abteilungen der Universitätsklinik im Kontakt.

Der interviewte Pädiater gibt Kontakte zu den Unterkünften, den Kliniken, dem Jugendamt und anderen Therapeut\*innen an. Hierbei ist die Absprache von weiterführenden Untersuchungen und die Abklärung des Leistungsanspruches häufig Inhalt. Die Familienhilfe des Jugendamtes kontaktiert er für die Bereitstellung von

finanziellen Hilfen für betroffene Familien. Ihm fehlt eine strukturierte Informationsweitergabe über die Patientinnen durch die Leitungen der Unterkünfte und Ansprechpersonen in selbigen:

Aber einfach eine Information mitgeben. Eine Telefonnummer. Wenn sie hier hinkommen und man will was mit der Unterkunft kommunizieren, wer ist zuständig, wen ruf ich an? Sie haben keine Nummer dabei. Dann gehst du ins Netz, Stadt Köln, da habe ich schon alles versucht bei der Tuberkulosediagnostik. Da hast du manchmal Nummern, wo auch das Gesundheitsamt nicht weiß, welche Nummer. Dann hast du eine Nummer und niemand ist erreichbar, dann ist der im Dienst mit der und der Handynummer... Die Kommunikation zwischen Flüchtlingsunterkunft und jetzt Kinder und Jugendarztpraxen und auch anderen gesundheitlichen Einrichtungen, ist ja egal. Aber diese Kommunikationseinrichtungen sind einfach sehr schlecht. (Interview 003, Pos. 16)

Zudem sieht er in der Netzwerktätigkeit besonders im Falle von Ämtern fehlende Ansprechpartner\*innen und schreibt den Flüchtlingsunterkünften die Aufgabe zu, auch in komplexen Organisationssituationen die Koordination zu übernehmen.

Im klinischen Kontext der geburtshilflichen Abteilungen geben die Expert\*innen an, mit den Unterkünften Kontakt aufzunehmen. Dies wird häufig durch Kreißsaalärzt\*innen oder dem Sozialen Dienst des Krankenhauses durchgeführt. Eine Informationsweitergabe durch beigelegte Dokumente von Seiten der Unterkünfte ist nicht bekannt und eine Vorankündigung der Frauen durch die Unterkünfte nicht die Regel.

### 5.3 Hebammenhilfe des DRK

Im Folgenden werden die Ergebnisse bezogen auf die Tätigkeit der Hebammen des DRK vorgestellt. Aufgrund der vielfältigen Aspekte findet hierbei eine Einteilung in Subkategorien statt.

Die folgende Tabelle zeigt die monatlichen Kontaktzahlen der Hebammen des DRK mit Schwangeren und jungen Müttern in den Unterkünften.

Tab. 5: Kontaktzahlen/Hebammen des DRK (Daten DRK)

2024	Vorgebirgstraße	Matthias-Brü- gen-Straße und Hartgenbuscher Kirchweg	Merianstraße	Herkulesstraße
Januar	25	24	-	32
Februar	11	16	-	16
März	8	15	14	48
April	11	15	13	44
Mai	14	13	10	61
<b>Gesamt</b>	<b>69</b>	<b>83</b>	<b>37</b>	<b>201</b>

### Tätigkeitsfeld der Hebammen des DRK

Für den Arbeitskontext als Hebamme in den Flüchtlingsunterkünften beurteilen die Befragten die Weiterqualifikation zur Familienhebamme als fundamental wichtig. Kenntnisse in Psychologie sowie Kompetenzen in interprofessioneller Zusammenarbeit und interkultureller Kompetenz werden als wichtig erachtet. Über einen längeren Zeitraum wurde die Position nur von einer Hebamme besetzt, was zwar den Vorteil hatte, dass diese über das Gesamtwissen zu allen in den Unterkünften befindlichen Frauen verfügte, jedoch die Frequenz der Betreuungen eingeschränkt war. Zum Erhebungszeitraum teilen sich drei Hebammen<sup>4</sup> die Arbeit in den Unterkünften des DRK mit jeweils 50 % VZÄ auf.

Die Hebammen des DRK erhalten über Belegungslisten einen Überblick zu schon anwesenden und neu eingetroffenen schwangeren Frauen und jungen Müttern. Sie suchen die Frauen in den Wohneinheiten persönlich auf und bieten Informationen an, oder die Frauen können die Sprechzeiten in Untersuchungszimmern in den Unterkünften wahrnehmen.

Ich fange dann an, einen Kontakt aufzubauen zu der Frau. Also ich gehe dann wirklich ins Zimmer, dass sie mich auch kennenlernt als Hebamme und nehme sie meistens auch direkt, wenn sie Zeit hat, zu mir ins Zimmer und taste auch einmal ihren Bauch ab. Frage sie, ob sie irgendwelche Beschwerden hat, ob

<sup>4</sup> Zum Ende Juli hat eine Hebamme das DRK verlassen, so dass nur noch eine VZÄ besetzt ist.

sie schon beim Arzt war, ob sie einen Mutterpass hat. Ähm und all die möglichen Sachen. Wann sie die letzte Periode hatte und so was. Und genau. Dann wissen die Schwangeren auf jeden. Fall, dass ich da bin. Ich sage ihnen auch immer die Uhrzeiten, wann ich da bin. Die klopfen dann an mein Zimmer oder auch wenn ich hier durchlaufe, die sehen mich, wenn sie hier am Essen sind und sprechen mich dann direkt an, wenn irgendwas sein sollte.

(Interview 007, Pos. 7)

Die Hebamme führt auf Nachfrage Schwangerschaftstests durch. Bei Kenntnis einer Schwangerschaft wird mit Hilfe eigener sprachlicher Kompetenzen oder mit Übersetzer\*innen eine Anamnese durchgeführt. Nach Aussagen der Interviewten werden die Daten in ein, von einer DRK Hebamme erarbeitetes Tabellendokument eingetragen, auf das der Verlauf der Schwangerschaft, Untersuchungen, Termine vermerkt werden und das für das weitere medizinische Personal und dem Sozialen Dienst zur Information zur Verfügung steht. Die Termine mit den Frauen dauern nach Angabe einer Hebamme des DRK 10 bis 45 Minuten. Bei Schwangeren, die mit fortgeschrittener Schwangerschaft in die Unterkunft kommen, wird eine Untersuchung auf eventuelle Komplikationen durchgeführt, die eine notfallmäßige zeitnahe medizinische Anbindung an Fachärzt\*innen oder Kliniken erfordern könnte. Die Hebammen des DRK versuchen, sobald eine Berechtigung zur Wahrnehmung von Gesundheitsleistungen vorliegt, die Schwangeren und jungen Mütter an gynäkologische Praxen wie auch pädiatrische Praxen anzubinden. Gemäß den Aussagen der Mitarbeitenden des DRK erhalten die betreuenden Ärzt\*innen den Anamnesebogen der Frau (Anhang IV) und schriftliche Informationen einschließlich eine\*r Ansprechpartner\*in in der Unterkunft.

Die Hebammen geben den Frauen Informationen zu Inhalten des Mutterpasses, dem Kinderuntersuchungsheft oder zu wichtigen Dokumenten zur Anmeldung des Kindes, wie Geburts- und Heiratsurkunden. Sie bereiten sie mit Informationen auf den Krankenhausaufenthalt vor. Zusätzlich vereinbaren sie auch Anmeldetermine in den geburtshilflichen Abteilungen. Die Intensität der Begleitung ist abhängig vom Grad des Angebundenseins der Frau an das Regelsystem. Trotz vieler Bemühungen, die jungen Mütter durch freiberufliche Hebammen an die Regelversorgung anzubinden, sind die meisten diesbezüglich unversorgt. Die Hebammen des DRK führen in den Unterkünften Untersuchungen bei Schwangeren, Müttern und

Säuglingen durch. Auch wenn sich während der Schwangerschaft oder nach der Geburt die Wohnsituation hin zu einer Hotel- oder Wohnungsunterbringung ändert, bieten die Hebammen den Frauen weiterhin eine Kontaktaufnahme mit Hilfe des Diensttelefons für die Klärung von Fragen und Problemen an.

Die meisten sind ins Hotel gezogen. Da sind keine Hebammen vor Ort, sondern nur Sozialarbeiter. Einer Schwangeren habe ich aber meine Diensthandy Nummer gegeben, weil ich dann noch ein bisschen Kontakt halten wollte mit ihr. Und sie hatte mich auch tatsächlich letztens angerufen. Wir versuchen natürlich da irgendwie, auch wenn die später, wenn es noch nicht klar ist, ob die bleiben, die jetzt im Hotel wohnen, oder wo kommen die danach hin, wenn das Baby dann schon ein paar Monate alt ist? Das weiß man nicht.

(Interview 007, Pos. 108)

Bei Problemen in der Schwangerschaft oder nach der Geburt dient die Hebamme als Ansprechpartnerin für Schwangerschaftsberatungsstellen und andere Unterstützungshilfen, die sie zuvor in Kontakt mit den Betroffenen gebracht hat. Die Hebammen des DRK sind untereinander ständig im Austausch und erarbeiten auch Leitfäden für Unterkünfte, die nicht regelmäßig von Hebammen betreut werden.

Seit der Besetzung von drei 50% Stellen zu Beginn des Jahres 2024, werden auch Angebote wie Rückbildung und eine Spielgruppe in einigen Unterkünften durchgeführt.

#### Bedeutung von Hebammenhilfe des DRK für die Versorgung

Als wichtigsten Aspekt bezüglich der Bedeutung von Hebammenhilfe in der Versorgung Geflüchteter sehen die Interviewten den Aufbau von Vertrauen zu den Schwangeren und jungen Müttern. Durch die Sicherheit, feste Ansprechpartner\*innen zum Themenbereich zu haben, werden die Hebammen zu konstanten Bezugspersonen. Dies wird noch einmal verstärkt durch die Möglichkeit, Probleme unter Einbezug von Sprachmittler\*innen zu besprechen, was in der gynäkologischen Praxis häufig nicht möglich ist:

Was sehr wichtig ist, dass sie sich einfach gesehen fühlen und einfach in Ruhe mal mit wem sprechen können. Und ähm, einfach auch mit einem Sprachmittler, weil es, wie gesagt, bei den Gynäkologen einfach nicht (mit der Übersetzung) funktioniert. Und hier haben wir natürlich Sprachmittler.

(Interview 004, Pos. 39)

**Diese Sicherheit führt nach den Aussagen der Vertreter\*innen von esperanza e.V. zur Stabilisierung der Frauen in ihren von vielfältigen Problemen bestimmten Lage. Die Hebammen informieren die Frauen in den Unterkünften über die Notwendigkeit von Dokumenten und übernehmen die Aufgabe, Risiken frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen:**

Da ist zum Beispiel eine Frau, die ist in der Frühschwangerschaft und da ist noch nicht klar, ob sie gegen Röteln eine Immunität hat oder nicht. Die war jetzt beim Frauenarzt gewesen, aber wenn sie die zum Beispiel nicht hat, dann müssen wir sie ja, dann darf sie nicht in dieser Unterkunft bleiben. Dann braucht sie eine extra Unterkunft und das sind auch solche Sachen. Daraus können natürlich verheerende Folgen entstehen, wenn man das nicht beachtet, dass das Kind erblinden kann und solche Sachen. Und das kann man natürlich als Sozialarbeiter nicht wissen, das ist ja klar. Aber deswegen denke ich, dass halt auch so eine Hebammenbetreuung echt super wichtig ist. (Interview 007, Pos. 119)

**Diese Risiken zu erkennen bedingt die Durchführung einer Grundversorgung in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Diese kann präventiv genutzt werden, um die Anzahl von Terminen bei Fachärzt\*innen zu reduzieren. Die Hebammenhilfe kann nach der Meinung einer Expertin des Gesundheitsamtes...**

... zu einer Entspannung beitragen und sicherlich auch, ich glaube auch zu einer Entspannung, auch in den Kliniken. Ich glaube, die kriegen teilweise ja, wenn jemand kommt, geflüchtet und spricht kein Wort Deutsch. (..) Aber wenn eine andere Vorbereitung gegebenenfalls da sein könnte und die Frau darauf vorbereitet ist, was sie da erwartet, könnte das auch anders laufen. Oder sie könnten, wenn sie schnell entlassen werden, schneller betreut werden. Also, das wäre sicherlich für alle gewinnbringend. (Interview001, Pos. 90)

**Dies inkludiert auch doppelte Tätigkeiten bei unterschiedlichen Akteur\*innen zu vermeiden.**

#### 5.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Hebammen des DRK

In den Flüchtlingsunterkünften des DRK finden regelmäßig interprofessionelle Teambesprechungen statt. Dabei werden Absprachen zu notwendigen und schon erfolgten Prozessen bezogen auf die Versorgung Schwangerer und junger Mütter geklärt. Neben dem Austausch innerhalb des Hebammenteams über die Grenzen der einzelnen Unterkunft hinaus, finden Absprachen zwischen Hebamme und Pflegefachperson statt:

Dann ist man mit den Hebammen auch in Kontakt, wenn sie nicht da ist, dann kann ich auch natürlich anrufen oder schreibe mit ihnen. Aber ansonsten machen wir das Ganze zusammen sozusagen. Also sie stellt mich in Kenntnis, wenn sie was gemacht hat, damit ich auch weiß, falls sie da krank ist oder nicht kommt, woanders eingesetzt werden muss, dann übernehme ich ihre Aufgaben und genauso kann sie auch meine Aufgaben sozusagen übernehmen was Schwangere und Kleinkinder betrifft. (Interview 009, Pos. 15)

Bei schwierigen Problemlagen kann auch noch die Gesundheitskoordinatorin hinzugezogen werden.

Es wird ersichtlich, dass insbesondere die geburtshilflichen Abteilungen und die pädiatrische Praxis kein Wissen über die Implementierung von Hebammenhilfe in den Unterkünften haben. Zwar gibt eine Vertreterin einer geburtshilflichen Abteilung an, dass sie Kontakt zu Hebammen hat, die schwangere Geflüchtete telefonisch anmelden. Sie weiß jedoch nicht, in welchem Kontext die Hebamme zur Flüchtlingsunterkunft steht:

Wir hatten es auch schon, dass die Frauen von der betreuenden Hebamme hier hingeschickt wurden, mit Problemen im Wochenbett oder in der Schwangerschaft. Also dass es durchaus Hebammen gibt hier oder da, ist uns schon bekannt, aber ich hätte jetzt nicht angenommen, dass sie im Flüchtlingsheim angestellt sind. (Interview 008, Pos. 16)

Der teilnehmende Pädiater gibt an, sich auf das Projektschreiben hin gemeldet zu haben, weil er Hebammenhilfe in Flüchtlingsunterkünften für eine gute Idee halten würde.

Eine der Hebammen gibt jedoch im Interview an:

Wenn die Frauen oder auch die Babys zum Arzt gehen und einen Termin haben, und die keinen dabei haben, der übersetzen kann, mache ich auch vorher einen Zettel, auf dem Untersuchungsheft oder auf dem Mutterpass und schreibe da grob die Beschwerden drauf und schreibe dann auch meine Diensthandynummer drauf, dass der Arzt mich auch erreichen kann, weil wir hier halt Übersetzer vor Ort haben. Ähm, ist jetzt noch nie dazu gekommen, dass ein Arzt mich angerufen hat, aber die Möglichkeit besteht dann.

(Interview 007, Pos. 154)

Die Expertinnen der Psychosozialen Elternberatung sind froh über die Anwesenheit von Hebammen in den Unterkünften und haben im Bedarfsfall Informationen auf einem Anrufbeantworter der Hebamme hinterlassen:

Ich hatte Kontakt auf jeden Fall genau in solchen Situationen, dass ich eine Frau betreut habe, die in einer Einrichtung vom Roten Kreuz war und ich dann halt über die Einrichtung erfragt habe, gibt es eine Hebamme und die dann auch telefonisch zumindest per Mailbox informiert habe. Über die Frau und das Kind habe ich keine Rückmeldung bekommen, was aber auch okay ist für mich, weil die ja viel zu tun haben. Ähm, wo man halt schon auch gemerkt hat letztlich, dass die ja, das ein größerer Bedarf an Hebammenversorgung da wäre, als geleistet werden wird. (Interview 006, Pos. 18)

Die Mitarbeitenden der Frühen Hilfen/Flüchtlingsmedizin treten mit den Hebammen des DRK bei Verlegungen von Frauen in Kontakt. Schwierige Fälle von Fehlbildungen beim Kind oder Fälle von FGM bei den Frauen werden von den Frühen Hilfen aufgrund der Vernetzung mit anderen fachlichen Akteur\*innen übernommen.

Für die internen Mitarbeitenden des DRK bedeutet das Vorhandensein einer Hebamme in den eigenen Arbeitsstrukturen eine Entlastung von Aufgaben, die insbesondere bei den Sozialarbeiter\*innen häufig die fachlichen Kompetenzen überschreiten:

Und nichtsdestotrotz meine Profession ist Sozialarbeiter. Ich profitiere unglaublich von gesundheitlichem Wissen, das mitgebracht wird, von dem Spezialwissen. Das kann ja auch sehr explizit sein und ja, ich sehe da eindeutig Vorteile für die Geflüchteten. Auch eine unglaubliche Erleichterung und eine Klarheit für meine Arbeit, weil ich dadurch, so was wie eine Risikoschwangerschaft kann ich gar nicht wirklich einschätzen. Was ich vorher durch Gynäkologen erfahren habe, die dann auch im Kontakt, natürlich durch Schweigepflicht sehr beschränkt waren. Aber deshalb ich profitiere stark davon. Wir alle profitieren hier stark davon, dass es diese Expertise gibt. (Interview 007, Pos. 4)

Die als sehr wertvoll bewertete interprofessionelle Ergänzung durch den Einsatz von Hebammen gibt den Mitarbeitenden Sicherheit. Auch die externen Akteur\*innen sehen im Einsatz der Hebammen positive Auswirkungen auf die eigenen Arbeitsabläufe. Die Vertreterin von donum vitae e. V. merkt an:

Das kriegen wir auch immer wieder, dass sie dann sagt: Die Frau sowieso hat das und das schon gemacht. Oder die hat schon das Krankenhaus ausgesucht mit der Frau und dann hat die Frau mir gesagt, dass das gut wäre für sie oder die bereitet den Kaiserschnitt nicht nur über den Arzt vor. Das muss ja auch dahin begleitet werden, dass da schon Kontakte entstehen. Da erleichtern die unsere Arbeit. Ich finde das auch sehr gut. Ich finde, da sollte die Profession, die da hingehört, sollte auch da installiert sein. Das ist ganz, ganz wichtig.

(Interview 002, Pos. 10)

Die Mitarbeiterinnen der Psychosozialen Elternberatung sehen den Benefit besonders hinsichtlich des Entlassungsmanagements für die Säuglinge. Ein bestehendes Netzwerk zur Weiterversorgung des Kindes ist Voraussetzung für die Entlassung aus dem klinischen Kontext und durch die Gewissheit der Anwesenheit einer Hebamme in den Unterkünften kann dies erfüllt werden.

## 5.5 Bedeutung der Hebammenhilfe durch Hebammen des DRK für das Gesundheitssystem

Zur Durchführung des Arbeitsauftrages der Hebammen des DRK werden zur Planung der Integration der geflüchteten Frauen in das Regelsystem der Gesundheitsversorgung im Vorfeld Bedarfe und Ressourcen erhoben. Durch die Übernahme der Grundversorgung werden die bestehenden Zugangshindernisse zum

Gesundheitssystem aufgrund fehlender Kranken-Berechtigungsscheine kompensiert, auch wenn der Grundauftrag der Hebammen die Anbindung an das Regelsystem beinhaltet:

Dass wir wissen, dass die Frauen versorgt sind. Also unser Ziel ist ja. Wir wollen ja kein Parallelsystem schaffen, sondern wir möchten die Frauen ins Regelsystem bringen. (Interview 001, Pos. 39)

Die interviewten Expert\*innen sind sich in ihren Aussagen einig, dass durch die Implementierung von Hebammenstellen in Flüchtlingsunterkünften insbesondere die Ärzt\*innen entlastet werden können, da Termine aufgrund der Kompetenzen der Hebamme hinfällig werden können. Dies betrifft auch vermeintliche Notfälle:

Sozialarbeiter haben natürlich nicht dieses Wissen, das die Hebamme hat. Die schicken dann direkt ins Krankenhaus oder noch was, also bevor hier eine Hebamme war. Also die Unterkunft ist seit Januar letzten Jahres auf. Ich habe erst im April angefangen und die Hebamme auch. Also ich weiß nicht wie viele Male in der Woche war hier ein Krankenwagen? (Interview 009, Pos. 59)

Für das Gesundheitssystem bedeutet dies eine Kostenminderung durch gezieltere Termine in der Notfallversorgung, aber auch in der Regelversorgung und auch eine erhöhte Anzahl wahrgenommener Termine:

Wenn wir in einer Schwangerschaft schwere Komplikationen haben. Die hätte man vielleicht auch präventiv angehen können. Und das verursacht natürlich manchmal immense Kosten bei der Mutter und oder auch bei dem Kind. Wenn eine Präeklampsie nicht entdeckt wird und die Frau krampft und sie hat dann eine Frühgeburt oder sie blutet oder was weiß ich. Natürlich verursacht das immense Kosten. (Interview 008, Pos. 22)

Durch Informationen zu Präventionsmaßnahmen, wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zeigen sich nach Angaben der Mitarbeitenden des DRK auch Effekte auf das allgemeine Gesundheitsbewusstsein:

Und was vielen weiteren Generationen helfen kann. Ich denke mir immer, wenn wir unseren Bewohnenden ein bisschen was mitgeben können, dann können die das weitergeben und dann klappt das einfach für alle vielleicht ein bisschen besser und dann hat die Freundin von der Schwester dann auch irgendwann mal das eine und denkt sich: Ach ja, guck mal, war das nicht das und das? Und dann können vielleicht irgendwelche Sachen (...) vermieden werden.

(Interview 007, Pos. 121)

Für Geflüchtete ohne Bleibeperspektive, die in der gesundheitlichen Versorgung Einschränkungen erleben, wird die Betreuung durch die Hebammen auch als Zeichen der Wertschätzung wahrgenommen. Ihre Unterstützung bei der Anbindung an das Regelsystem in der gesundheitlichen Versorgung Schwangerer, junger Mütter und Säuglingen führt auch dazu, Verhaltensmuster im Umgang mit Institutionen zu erlernen:

Im Regelsystem alleine zum Arzt gehen, regelmäßig und zu einem deutschen Arzt zu gehen oder zu einem Arzt gehen, der in einem deutschen Regelsystem (arbeitet). Dadurch lernen die Familien hier schon so viel und Termine einhalten und man hat Termine. Und wie gehe ich da um? Wie verhalte ich mich in der Arztpraxis und wie verhalte ich mich auf dem Weg dahin? Das ist ja allein schon sehr viel, was man lernt und was dann zu einer Integration auf jeden Fall auch beiträgt. (Interview 007, Pos. 144)

So können erlebte Strukturen auch für die Integration in andere soziale Systeme von Bedeutung sein.

## 5.6 Anregungen zur Verbesserung der Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter

Der Nutzen der Hebammenhilfe durch die Hebammen des DRK in der Basisversorgung und Vernetzung mit Akteur\*innen wird von den Interviewten nicht in Frage gestellt. Neben dem Wunsch einer Verstärkung von Hebammenstellen, wird auch die Ausweitung der Versorgung von Frauen in anderen Unterkunftsarten, wie Wohnheimen und Hotels angeregt:

Ja, dass die auch in Wohnheime eingesetzt werden, dass die wirklich hier permanent sind, nicht nur so jährlich (befristet) wird. Dass die bei uns sind, (...) sondern wirklich so wie die Krankenschwestern hier vorgesehen werden, genauso wie Hebammen, weil die schon eine sehr große Hilfe sind für die Frauen. (Interview 009, Pos. 85)

Es wird erkennbar, dass es Anregungen gibt, Tätigkeitsinhalte wie Rückbildungsgymnastik, Durchführung von Kreißsaalführungen und reguläre Schwangerenvorsorge hinzuzufügen. Letzteres, um Risiken frühzeitiger zu erkennen und anamnestische Daten an Kliniken und Ärzt\*innen weitergeben zu können:

Der zweite Punkt ist wirklich die Basisversorgung, ich meine nicht jede normal gesunde Schwangere braucht eine ärztliche Vorsorge alle vier Wochen. Ich denke es würde schon sehr viel helfen, wenn wirklich eine Hebamme die Vorsorge in der Schwangerschaft macht und eben die Sachen wie Schwangerschaftsalter bestimmen, die notwendigen Blutentnahmen in die Wege leiten, eben auch anamnestisch forscht, welche Risiken es zu beachten gibt und dann gezielt einen Arztkontakt herbeiführt. (Interview 008, Pos. 32)

Dies sehen auch die Vertreter\*innen der Psychosozialen Elternberatung so:

Aber letztlich ist ja selbst schon schön, wenn ein Kind später geboren wird, lebend geboren wird oder was auch immer, weil wir ja schon immer wieder vor allem extreme Frühgeburten haben wegen ja Präeklampsie, Eklampsie in Gestosen. Und ich glaube, dass da wirklich eine frühzeitige Erkennung und Begleitung und Anbindung dann vielleicht noch mal auch an eine Klinik früher schon eine Auswirkung haben könnte.(...) Wir haben einfach aktuell gerade eine Flüchtlingsfrau hier, die ja zweimal in ihrer Einrichtung gekrampft hat und dann hier natürlich entbunden wurde, notfallmäßig und das eine traumatisierte Frau ist, wo ich mir schon vorstellen kann, dass wenn eine sensible Schwangerschaftsbegleitung stattgefunden hätte, dass vielleicht was früher erkannt worden wäre. Natürlich gibt es enorm rasante Verläufe, darum geht es nicht. Aber genau solche Fälle, glaube ich. Ähm, ich glaube schon, dass man was rausfiltern könnte.

(Interview 006, Pos. 51)

Da der Anteil der Frauen, die rauchen, hoch ist, werden auch Informationsveranstaltungen diesbezüglich vorgeschlagen. Neben der Bedeutung der Hebammen-tätigkeit wird von mehreren Befragten die Forderung nach dem Einsatz von mehr Übersetzer\*innen und explizit Online-Dolmetschenden, die bei Terminen der Frauen außerhalb der Flüchtlingsunterkünfte hinzugezogen werden, laut.

Eine bessere Dokumentation von Befunden und Prozessen innerhalb der gesundheitlichen Versorgung, die auch Möglichkeiten zum digitalen Austausch zwischen den Akteur\*innen bietet und Kontaktdaten über Ansprechpartner\*innen in den Unterkünften, bewertet der teilnehmende Pädiater als wünschenswert.

Außerdem schlagen mehrere Interviewte vor, weitere Netzwerkpartner\*innen wie Integrationslots\*innen<sup>5</sup> in die Begleitung von schwangeren und jungen Müttern einzubeziehen.

---

<sup>5</sup> Integrationslots\*innen haben zumeist selbst einen Migrationshintergrund und alle sprechen neben der deutschen noch mindestens eine andere Sprache. Begleitung zu Ärzten, Verwaltungen, Behörden oder Schulen, zu Banken und Versicherungen, Hausaufgabenhilfe, Hilfe beim Schriftverkehr und beim Ausfüllen von Formularen, Vermitteln von Informationen über soziale und kulturelle Aktivitäten gehören zum Aufgabenfeld (<https://www.ki-koeln.de/projekte/integrationslotsen/>)

## 6 Diskussion

Viele Städte, Kommunen und Institutionen haben seit 2016 Projekte und Initiativen als Unterstützungssysteme für geflüchtete Schwangere und junge Mütter implementiert. Angebote wie Hebammensprechstunden im Gesundheitsamt, Kinderwagentreffen in der Familienbildungsstätte oder Sprachkurse im Kindergarten haben eine große Bedeutung für die Integration, sind jedoch mit zum Teil hohen Zugangsbarrieren verbunden und nicht niederschwellig erreichbar (Borde et al., 2024; Deutsche Welle, 2018; Schwenzer, 2018; Stoll, 2016). Zudem basieren viele davon auf der Hinzuziehung Ehrenamtlicher oder Mitarbeiter\*innen von Sozialen Diensten.

Das Projekt „Hebammenprojekt für Geflüchtete in den Unterkünften des DRK“ in Köln als aufsuchende Tätigkeit im Angestelltenverhältnis ist in dieser Form in Deutschland bisher einzigartig. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse bestätigen die schon erforschten Zugangsbarrieren wie Sprachbarriere, kulturelle Unterschiede und fehlende Systemkenntnis und die damit verbundenen Herausforderungen in der Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter von Seiten aller damit eingebundenen Akteur\*innen des Gesundheits- und Sozialwesens (Borde, 2018; Henry et al., 2020; Rocholl & Lange, 2021).

Sprachliche Verständigung gilt als Grundvoraussetzung zur sozialen Teilhabe (Der Paritätische Gesamtverband, 2018). Zwar verfügen die Flüchtlingsunterkünfte des DRK über Übersetzer\*innen, die jedoch mehrheitlich männlich sind und aus diesem Grund bei Themen rund um Schwangerschaft und Geburt weder fachlich geeignet sind, noch von den betroffenen Frauen akzeptiert werden. Das Ausweichen auf Laienpersonen aus den Reihen der Geflüchteten birgt Risiken für die korrekte Übersetzung (Becker et al., 2010). Eine fehlende Möglichkeit institutionsübergreifend Sprachmittlung zwischen Unterkunft und medizinischen Einrichtungen hinzuziehen zu können, erschwert nicht nur die Wahrnehmung von Terminen, sondern in erhöhtem Maße auch die Erstellung einer Anamnese, der Diagnosestellung und der Therapie. Die Ablehnung einer Behandlung ohne Übersetzer\*innen von Seiten des ärztlichen Personals ist in Anbetracht des Mehraufwands verständlich, jedoch mit Hinblick auf die Notwendigkeit der gesundheitlichen Versor-

gung und einem nicht zu definierendem Eigenverschulden der Geflüchteten aufgrund struktureller Defizite schwierig. Seit 2015 haben sich die Möglichkeiten, Sprachmittlerdienste wie z. B. bikup (Bikup, 2020) oder Video Dolmetschende hinzuzuziehen, aufgetan. Die fehlende gesetzliche Implementierung von Sprachmittlung im gesundheitlichen Kontext in das SGB V, verhindert durch fehlende Finanzierungen großflächige Inanspruchnahme von Übersetzenden auch in der Regelversorgung (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2022) und bringt nicht zuletzt alle im medizinischen Kontext Agierenden permanent in die Situation, dennoch der rechtlich verpflichtenden Aufklärungspflicht nachzukommen zu müssen (Sadler et al., 2016).

Flucht und Elternschaft sind beide als Übergangsphasen zu verstehen, die für sich alleine schon für jedes Individuum enorme Anpassungsanforderungen mit sich bringen (Paulus & Kühner, 2019). Die Vielfalt der in diesen beiden Kontexten gemachten Erfahrungen lässt eine mentale Fokussierung auf die Schwangerschaft oder junge Elternschaft häufig nicht zu. Die kulturell geprägten Vorstellungen der Schwangeren und jungen Mütter bedingen vom Fachpersonal sensibel für Unterschiede zu sein. Den Frauen und Familien muss die Möglichkeit gegeben werden, entgegen ihrer Gewohnheiten oder bezüglich unbekannter Abläufe am neuen Wohnort eine eigene Haltung zu entwickeln (Stülb, 2011). Dafür ist eine eigene Reflektion zu Wertevorstellungen und Perspektiven von Seiten der in der Versorgung Tätigen notwendig, um die kritisch und zum Teil ablehnend bewerteten Verhaltensweisen der Geflüchteten im Behandlungskontext, zu akzeptieren (Paulus & Kühner, 2019).

Geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern stehen gesetzlich dieselben Hebammenleistungen zu wie gesetzlich versicherten Personen. Herausfordernde Auseinandersetzungen in der Abrechnung von Leistungen über die Kranken-Berechtigungsscheine auf kommunaler Ebene oder mit den Krankenkassen demotiviert viele freiberufliche Hebammen, die Versorgung von Frauen in Flüchtlingsheimen zu übernehmen. Heterogene Zugangsbarrieren zu marginalen Gruppen von Seiten der Hebammen können auch in der Versorgung Geflüchteter zu einer Situation der Unterversorgung führen.

Köln verfügt über eine heterogene, vielschichtige Landschaft von Institutionen, die in die Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter einbezogen sind. Die Mitarbeitenden in den Flüchtlingsunterkünften fungieren dabei als „Pacemaker“ (Christa, 2008), die viele Kontakte zu anderen Akteur\*innen pflegen und Maßnahmen initiieren. Viele der Netzwerkpartner\*innen arbeiten schon seit Jahren zusammen und haben Vertretungs- und Ergänzungsmöglichkeiten in der Aufgabenteilung erarbeitet. Nichtsdestotrotz wird erkennbar, dass trotz einer zentralen Rolle der Unterkünfte in der Organisation viele gleiche Netzwerkaktivitäten von mehreren Akteur\*innen durchgeführt werden, was die Gefahr des Sich-Verstrickens in Unterstützungssysteme birgt (Bauer, 2019). Die Flüchtlingsunterkünfte als Primärversorger der Geflüchteten haben Strukturen zur Dokumentation relevanter Informationen zu den Geflüchteten implementiert. Jedoch wird von den meisten Netzwerkpartner\*innen geäußert, diese nicht zu erhalten und auch keine Rückmeldungen oder Informationen zu Ansprechpartner\*innen zu bekommen. Die gesundheitliche Versorgung von Schwangeren und jungen Müttern ist jedoch auf die Reziprozität, als wechselseitigem Austausch zwischen den Akteur\*innen angewiesen (Hollstein, 2005).

Der Einbezug von Hebammen, deren Fokus auf der Betreuung von Schwangeren und jungen Mütter der DRK Unterkünfte liegt, ist die notwendige Intervention die vorherrschenden Herausforderungen in der Versorgung und strukturellen Gegebenheiten mit der Expertise als Fachkraft im Sinne der Gesundheitsförderung der Frauen anzugehen. Die Hebammen des DRK fungieren dabei als Hauptansprechpartnerinnen für die Frauen, um professionelle Ressourcen in den Unterkünften zu bündeln und fachliche Aktivitäten interdisziplinär zu koordinieren und an lokale Netzwerke zu koppeln (Schubert, 2017).

Die Hebammen des DRK übernehmen Tätigkeiten gemäß SGB V aufgrund bürokratischer Hindernisse und verknappter Ressourcen im Gesundheitssystem ohne einen Vertrag mit dem GKV-Spitzenverband abgeschlossen zu haben, wie freiberufliche Hebammen dies handhaben müssen, um ihre Leistungen abzurechnen. Basierend auf ihren erhobenen anamnestischen Daten und Diagnosen erfolgt die Netzwerkaktivität zur Anbindung der Frauen an für die weitere Versorgung relevante Institutionen. Die Reduzierung der Betreuung auf das reine Weiterleiten an

andere Akteur\*innen, kann aufgrund der beschriebenen Hindernisse im Zugang zum Gesundheitssystem zur Verschleppung notwendiger medizinischer Maßnahmen führen.

Der Aufbau einer Vertrauensbasis mit den geflüchteten Frauen, unabhängig ihrer Bleibeperspektiven (International Confederation of Midwives, 2017) und die Vermittlung fachlicher Informationen kann nicht nur als Grundstein für die Integration in das Gesundheitssystem angesehen werden, sondern kann auch die Basis für die Überwindung von Angst, Einsamkeit und Trauma darstellen. Hierbei steht die Relevanz der aufsuchenden Tätigkeit im Vordergrund, die mit Verlegung der Schwangeren oder jungen Mutter in andere Wohnformate oft nicht mehr gewährleistet ist (Biddle & Bozorgmehr, 2019).

Innerhalb der Teams der Flüchtlingsunterkünfte füllt die Hebamme die fachliche Wissenslücke in der Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern. Dies nimmt den anderen Mitarbeiter\*innen die Verantwortung, mit Schwangerschaft und Mutterschaft ohne fundierte Kenntnisse umgehen und gegebenenfalls agieren zu müssen. Interne Abläufe erhalten Struktur und werden interprofessionell praktiziert. Als zentrale Akteurin in der Versorgung ist die Hebamme prinzipiell für andere Akteur\*innen besonders attraktiv (Trappmann et al., 2011), jedoch die Kenntnis über ihr Agieren im Kontext des DRK nicht allen externen Akteur\*innen bewusst. Dies kann mit internen Prozessen zwischen den hierarchischen Ebenen der externen Institutionen, fehlenden Informationen zu Ansprechpartner\*innen von Seiten des DRK oder auch mit der Fluktuation in der Besetzung der Hebammenstellen des DRK seit 2017 begründet werden (siehe Tab. 1). Aus strukturellen und arbeitstechnischen Gründen konnten nur wenige auswertbare Daten zur Arbeit der DRK Hebammen seit 2017 zur Verfügung gestellt werden, die auch Aufschluss über Zeitaufwand und Arbeitsinhalte geben. Eine detaillierte Dokumentation dieser Fakten sollte zur Argumentation für eine dauerhafte Implementierung und Verstärkung der Stellen genutzt werden. Zudem muss dies auch als qualitätssicherndes Element in die Arbeit integriert werden.

Ein niederschwelliger Zugang zur medizinischen Versorgung von geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern kann zur Früherkennung von Risiken führen und zur Vermeidung von Komplikationen beitragen (Henry et al., 2020) und entlastet

die Akteur\*innen des Gesundheitssystems. Eine koordinierte ressourcenorientierte Anbindung kann zudem eine Mehrfachdiagnostik vermeiden und damit finanzielle und zeitliche Kapazitäten einsparen. Der ganzheitliche Blick der Hebamme auf Schwangere, Mutter, Neugeborenes, Partner\*in und Geschwisterkinder in der Interaktion im Setting der Flüchtlingsunterkunft bietet Möglichkeiten ein Gesundheitsbewusstsein zu vermitteln, Sinnhaftigkeit von präventiven Maßnahmen zu verstehen und darüber hinaus sich integrativ mit den Systemen in Deutschland auseinanderzusetzen. Beim Umfang der Tätigkeit ist jedoch wichtig, die eigenen Grenzen der Profession nicht aus dem Blick zu verlieren und das Bewusstsein zu entwickeln, durch die Individualität der Herausforderungen, diese nicht alle lösen zu können.

Vermeintlich kostenreduzierende Maßnahmen von politischer Ebene und strukturelle Hindernisse, die eine zeitnahe Anbindung von Schwangeren und jungen Müttern an die ihnen zustehende Regelversorgung verhindern, verdeutlichen die Notwendigkeit, Hebammen in Flüchtlingsunterkünften für eine Basisversorgung und als Knotenpunkt für Netzwerkpartner\*innen dauerhaft zu implementieren. Bei fehlenden Alternativen wie Integrationslots\*innen oder Stadtteilmüttern ist auch die Ausweitung ihres Einzugsbereiches auf andere Unterkunftsformen denkbar, um die jungen Mütter und Familien im Umbruchprozess weiter zu begleiten.

Die Hebammen der Frühen Hilfen des Gesundheitsamtes und die Hebammen des DRK haben aufgrund der unterschiedlichen Anzahl an zu betreuenden Unterkünften unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte. Weitere Hebammenstellen für die Betreuung der Flüchtlingsunterkünfte können hilfreich sein, die Systeme anzugleichen, um auch für die agierenden Netzwerkpartner\*innen ein gemeinsames Verständnis dieser Rolle in der Versorgung zu schaffen und Hebammen als wichtigen Bestandteil zu registrieren.

## 7 Stärken und Schwächen der Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse zum Projekt „Hebammenprojekt für geflüchtete Frauen“ beinhaltet auf Grund der Innovation des Projektes einige Limitationen. Die eingeschränkte wissenschaftliche Grundlage zum Thema Hebammen in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland bietet kaum Vergleichsdaten. Die lokale Verortung des Projektes auf Köln bietet Vor- wie auch Nachteile für die Projektdurchführung. Der abgegrenzte Einsatzbereich bietet gute Zugangsvoraussetzung für Kontaktaufnahmen mit potentiellen Expert\*innen zum Themenbereich. Auf der anderen Seite bedingt dies auch eine Abhängigkeit von der Motivation der begrenzten Auswahl an Expert\*innen. Die Motivation zur Teilnahme von Seiten der Mitarbeitenden des DRK war sehr groß und die Daten bieten ein vielschichtiges Bild über die Versorgung der betroffenen Frauen in den Unterkünften und die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Durch persönliche Kontakte der Projektverantwortlichen des IfH konnten Interviewpartner\*innen aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen akquiriert werden, die dem Thema offen und als sehr relevant für ihre eigene Arbeit gegenüberstanden. Dabei stellte sich die aufsuchende Methode bei den Interviews als zielführend heraus.

Als erhebliche Limitation sind die erfolglosen Kontaktversuche mit Gynäkolog\*innen zu bewerten. Da es zu keinem persönlichen Kontakt zum ärztlichen Personal kam und die Teilnahmeablehnung nur über Mitarbeiter\*innen sowohl an die Forscherin, wie auch an Vertreter\*innen des DRK kommuniziert wurden, kann kein Rückschluss auf die Beweggründe gezogen werden. Eine Rückmeldung mehrerer pädiatrischer Praxen und der Ärzt\*innen der Flüchtlingsmedizin des Gesundheitsamtes blieb gänzlich aus. Die Auswahl der anzusprechenden gynäkologischen Praxen war begrenzt, da aus forschungsrelevanten Gründen nur die mit dem DRK in Kontakt stehenden einbezogen wurden. Eine Absage von der Schwangerschaftsberatungsstelle *esperanza e. V.*, begründet mit personaltechnischen Engpässen, konnte zumindest mit einer schriftlichen Einreichung von themenrelevanten Aussagen zur Zusammenarbeit mit den Hebammen des DRK kompensiert werden.

Der Einbezug betroffener Frauen konnte leider wegen Herausforderungen in der Kontaktaufnahme und fraglich valider Übersetzung nicht realisiert werden.

Eine Lücke, die in der Migrationsforschung weiterhin aufgrund von Übersetzungsproblematiken vorherrscht und auch durch bestehende Abhängigkeitsstrukturen beeinflusst werden kann (Schenk & Neuhauser, 2005; Zeeb & Razum, 2006). Die zeitintensive Akquise von Interviewpartner\*innen und die Datenmenge aus 11 Interviews boten keine Kapazitäten zur Ausweitung des Samples innerhalb der Projektzeit.

Aus den zur Verfügung gestellten Daten des DRK aus den Jahren 2017 bis 2024 konnten leider nur die Kontaktzahlen der Hebammen aus dem Jahr 2024 verwendet werden. In den Summen der Schwangeren und jungen Mütter wurden die Übergänge von einem Zustand in den anderen innerhalb des Zeitraumes nicht berücksichtigt, so dass ein mögliches Doppelperscheinen derselben Frau in beiden Kategorien zur Verfälschung der Zahlen führt. Daten zu den Tätigkeitsinhalten, wie sie im Dokumentationsentwurf (Anhang V) niedergeschrieben werden, wurden dem IfH nicht zur Verfügung gestellt.

Die Projektverantwortliche des DRK und die Projektverantwortliche des IfH waren über den gesamten Projektzeitraum über aktuelle Entwicklungen zur Thematik im Austausch und weitere Mitarbeitende des DRK standen für Nachfragen jederzeit zur Verfügung.

## 8 Fazit

„Die Absprachen mit der Hebamme waren zielgerichtet und praxisnah und dienten einer besseren Versorgung der Frauen in der Schwangerschaft und trugen somit ebenfalls zu einer Stabilisierung bei. Auch wurden durch die Absprachen doppelte Tätigkeiten vermieden“ (Interview 012, Pos. 1). Das DRK Köln hat es geschafft mit der Einführung von Hebammenhilfe in den Flüchtlingsunterkünften die wichtigsten Ziele im Rahmen der Versorgung von geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern zu erreichen: bessere Versorgung, Stabilisierung und Vermeidung doppelter Tätigkeiten.

Die Situation in der Geflüchtetenhilfe hat sich seit 2016 immer wieder gewandelt, jedoch ist der Bedarf an medizinischer Versorgung und insbesondere der Versorgung von Schwangeren und jungen Müttern auch aufgrund von sich veränderten Zugangsvoraussetzungen in das Gesundheitssystem geblieben. Die zwar vermeintlich rückläufigen Geflüchtetenzahlen in Köln beinhalten jedoch anteilmäßig mehr Frauen im gebärfähigen Alter.

In den ersten Jahren des Projektes war durch die große Anzahl sich über das ganze Stadtgebiet Köln verteilten Unterkünfte mit maximal zwei Hebammen eine kontinuierliche Betreuung unter Berücksichtigung der Basisversorgung und Netzwerktätigkeit nur schwer zu realisieren. Aufgrund der Fokussierung der Hebammen des DRK auf eine überschaubarere Anzahl von Unterkünften und einem Aufstocken der Stellenanteile kann sich nun die Betreuung intensivieren. Ein überfordernder Workload und eine unsichere Arbeitsperspektive mögen Gründe für die große Fluktuation im bisherigen Zeitraum des Projektes gewesen sein. Kontinuität ist jedoch sowohl für die Betreuung der Schwangeren und jungen Mütter wie auch für den Aufbau von Strukturen innerhalb der Flüchtlingsunterkünfte und mit den Netzwerken in der Versorgung notwendig. Die Projektverantwortlichen des DRK haben großes Engagement gezeigt, um die ständig notwendigen Anschlussfinanzierungen zu realisieren. Die Ursache für das fehlende Wissen einiger Expert\*innen zur Existenz der Hebammenhilfe des DRK kann auch mit der kontinuierlichen Befristung und dem daraus fraglichen Nutzen einer konstanten Außenwerbung zur Tätigkeit der Hebammen des DRK begründet werden. Jedoch spielen hierbei auch

mögliche Informationshindernisse über die unterschiedlichen Hierarchieebenen der Institutionen des Gesundheitswesens sicherlich eine Rolle.

Die Mitarbeitenden in Flüchtlingsunterkünften sind damit konfrontiert als „Reparaturbetrieb für gesellschaftlich produzierte Disparitäten“ (Zychlinski, 2019, S. 224) zu fungieren. Die damit verbundenen Herausforderungen sind schon vielfach wissenschaftlich erforscht und bestätigen sich auch in den Ergebnissen dieser Bedarfsanalyse (Fischer & Kosellek, 2019). Insbesondere die mangelnde Initiative zur Bekämpfung des Hauptproblems „Sprachbarriere“ von Seiten der Politik zwingen die Hebammen immer wieder dazu, abzuwägen, ob die Art und Weise wie sie versuchen, die Schwangere oder junge Mutter in das Regelsystem zu integrieren, eine unterstützende oder traumatisierende Wirkung hat.

Ein sich fortschreitender Trend des Geburtenrückganges ermöglicht es theoretisch vielen freiberuflichen Hebammen, ihren Fokus auch auf die Versorgung von marginalisierten Gruppen zu legen, die besonders in der postpartalen Zeit mit Hebammenhilfe unterversorgt sind. Jedoch wird aus den Ergebnissen der Bedarfsanalyse ersichtlich, dass zum Teil vorhandene fachliche Kompetenzen für die Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter nicht ausreichen, den Bedarfen der Frauen und denen des Gesundheitssystems gerecht zu werden. Es bleibt zu klären inwiefern eine Weiterqualifikation als Familienhebamme eine Grundvoraussetzung sein kann, oder ob ein eigenes Kompetenzprofil für diesen Einsatzbereich notwendig ist. Eine Kombination aus angestellten Hebammen des DRK, die sich um die Netzwerktätigkeit und Abrechnungsmodalitäten kümmern und freiberuflichen Hebammen, die die Basisversorgung tätigen, könnte eine zukunftsweisende produktive Zusammenarbeit bieten.

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Befragten uneingeschränkt einen Bedarf an Hebammenhilfe in Flüchtlingsunterkünften sehen. Nach langjähriger Zusammenarbeit des DRK mit relevanten Akteur\*innen in der Versorgung geflüchteter Schwangerer und junger Mütter hat sich ein großes Netzwerk zusammengefunden und verschiedene Konzepte wurden erarbeitet. Nichtsdestotrotz sind weitere Anpassungen, insbesondere bezogen auf Kommunikationswege und Informationsflüsse notwendig. Der gemeinsame Fokus, auch den geflüchteten Schwangeren und jungen Müttern die möglichst beste Versorgung entsprechend ihrer Bedarfe zuteilwerden

zu lassen, ist bei allen Akteur\*innen zu identifizieren. Ein einheitliches Konzept zu den Tätigkeiten von Hebammen in Flüchtlingsunterkünften zu erstellen und dies als Leuchtturm auch über die Stadtgrenzen der Stadt Köln hinaus für Frauen und Akteur\*innen zu implementieren, bleibt hoffentlich keine Zukunftsmusik.

Um in einem neuen Land anzukommen, werden positive Erfahrungen benötigt, insbesondere Erfahrungen von gelungener Verständigung und positivem Kontakt (Paulus & Kühner, 2019).

## 9 Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2022). *Positionspapier: Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V*. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/12/Positionspapier-Buendnis-Sprachmittlung\\_Langversion\\_finalisiert\\_30112022.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/12/Positionspapier-Buendnis-Sprachmittlung_Langversion_finalisiert_30112022.pdf)
- Bauer, P. (2019). Beratung und Netzwerke. In J. Fischer & T. Kosellek (Hrsg.), *Edition Soziale Arbeit. Netzwerke und Soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen* (2., durchgesehene und erweiterte Auflage, S. 310–327). Beltz; Beltz Juventa.
- Becker, C., Grebe, T. & Leopold, E. (2010). *Sprach- und Integrationsmittler/-in als neuer Beruf: Eine qualitative Studie zu Beschäftigungspotenzialen, Angebotsstrukturen und Kundenpräferenzen*. Diakonie Wuppertal Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Sprah-+und+Integrationsmittler+als+neuer+beruf>
- Biddle, L. & Bozorgmehr, K. (2019). Gesundheitliche Versorgung von schwangeren, geflüchteten Frauen in Deutschland. *pro familia magazin*(1), 9–12.
- Bikup (2020). *Bildung Kultur Partizipation. Sprach- und Integrationsmittler*. <https://www.bikup.de/sprach-und-integrationsmittler/>
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Qualitative Sozialforschung*. Springer VS.
- Borde, T. (2018). Kommunikation und Sprache. *Gynäkologische Endokrinologie*, 16(1), 3–9. <https://doi.org/10.1007/s10304-017-0167-6>
- Borde, T., Buermeyer, S., Ebert, L., Haack, M., Heuer, K., Jakobs, N., Preuss, M., Oesterle, L., Scholz-de-Wall, Engelhardt, M., Finch, L., Gaudion, M., Herschelmann, B., Jakobovics, J., Kuru, R., Mesch, K., Omoruyi, P., Raßmann, F., Schubert, M. & Wolff, H. (2024). *GUT VERSORGT? Gesundheit rund um die Geburt für Geflüchtete*. Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen. <https://www.gesundheit-nds->

hb.de/fileadmin/Projekte/KGC-NDS/2024-04-22\_KGC\_Themen-  
hefte\_Flucht-Geburt.pdf

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2022). *Asyl & Flüchtlingsschutz. Ablauf des Asylverfahrens. Erstverteilung der Asylsuchenden (EASY)*. <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Erstverteilung/erstverteilung-node.html>

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2024). *Asyl & Flüchtlingsschutz. Sonderverfahren. Sichere Herkunftsstaaten*. <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/Sonderverfahren/SichereHerkunftsstaaten/sichereherkunftsstaaten-node.html>

Christa, H. (2008). Erfolgreiche Netzwerkarbeit - Ein integriertes Modell von Basis- und Erfolgsfaktoren. *Theorie & Praxis der sozialen Arbeit*, 59(6), 411–418.

Deutsche Welle (2018). *Gesellschaft. Als Hebamme im Flüchtlingsheim*. <https://www.dw.com/de/ohne-viele-worte-als-hebamme-im-fl%C3%BChtlingsheim/a-45587754>

Dey, T., Shah, M. G., Baba, A., Mugo, N., Thommesen, T., Vivilaki, V., Boniol, M., Alam, N., Dibley, M., Okoro, D., Tenhoop-Bender, P., Triantafyllou, T. & Langlois, E. V. (2024). Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health services in humanitarian and fragile settings: A mixed methods study of midwives' and women's experiences. *PLOS global public health*, 4(7), e0003384. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003384>

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M. & Sol-tani, H. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS one*, 15(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>

Fischer, J. & Kosellek, T. (Hrsg.). (2019). *Edition Soziale Arbeit. Netzwerke und Soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen* (2., durchgesehene und erweiterte Auflage). Beltz; Beltz Juventa.

Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (Originalausgabe, 8. Auflage). *Rororo Rowohlt's Enzyklopädie: Bd. 55694*. rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

GKV-Spitzenverband (2019). *Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis: zum Vertrag nach §134a SGB V*. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/Hebammen\\_Anlage\\_1.3\\_Verguetungsverzeichnis\\_ab\\_01.01.19.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_ab_01.01.19.pdf)

Henry, J., Beruf, C. & Fischer, T. (2020). Access to Health Care for Pregnant Arabic-Speaking Refugee Women and Mothers in Germany. *Qualitative health research*, 30(3), 437–447. <https://doi.org/10.1177/1049732319873620>

Hollstein, B. (2005). Reziprozität in familialen Generationenbeziehungen. In F. Adloff & S. Mau (Hrsg.), *Vom Geben und Nehmen: Zur Soziologie der Reziprozität* (S. 187–210).

Hollstein, B. (2016). Qualitative Methoden und Netzwerkanalysen. In B. Hollstein & F. Straus (Hrsg.), *Qualitative Netzwerkanalyse: Konzepte, Methoden, Anwendungen* (Neuauf., S. 11–36). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

International Confederation of Midwives (2017). *Position Statement. Migrant and Refugee Women and their Families*. <https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/Migrant-and-Refugee-Women-and-their-Families.pdf>

Kaps, C. & Imhof, W. (2023). „Orte des Ankommens und des Engagements“: *Evaluation der DRK-Programmbereiche "Zusammen stark!- Ehrenamt" und "Zusammen stark! - Empowerment"*. [https://drk-wohlfahrt.de/fileadmin/DRK-Wohlfahrt.de/03-Service/Wirkung-Evaluation/Bericht\\_Zusammen\\_stark\\_20230629.pdf](https://drk-wohlfahrt.de/fileadmin/DRK-Wohlfahrt.de/03-Service/Wirkung-Evaluation/Bericht_Zusammen_stark_20230629.pdf)

Krankenhaus Porz am Rhein (o.J.). *Moderne Frauenmedizin: Gynäkologie und Geburtshilfe*. <https://khporz.de/frauenklinik/>

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2024). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt* (2. überarb. Aufl. 2024). Springer Nature.

Malteser (2024). *Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung*. <https://www.malteser.de/standorte/koeln/dienstleistungen/malteser-medi-zin-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung.html>

MAXQDA (2024). <https://www.maxqda.com/de/>

Der Paritätische Gesamtverband (2018). *Positionspapier des Paritätischen Gesamtverbandes. Sicherstellung der Sprachmittlung als Voraussetzung für*

- Chancengleichheit beim Zugang zu Sozialleistungen*. S.3. [http://infotehek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/e768e7842201bc4bc125831d0036105a/\\$FILE/2018\\_10\\_05\\_Positionspapier\\_Sprachmittlung.pdf](http://infotehek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/e768e7842201bc4bc125831d0036105a/$FILE/2018_10_05_Positionspapier_Sprachmittlung.pdf)
- Paulus, M. & Kühner, A. (2019). *Frühe Hilfen für geflüchtete Familien*. BZGA - Federal Centre for Health Education. <https://doi.org/10.17623/NZFH:IF-FHgF2018>
- Razum, O, Saß, A.-C. & Bozorgmehr, K. (2016). Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze [Health care for refugees and asylum seekers: challenges and solutions]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 543–544. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2344-5>
- Rocholl, A. & Klekamp, C. (2018). Netzwerkanalyse zur Integration von geflüchteten Schwangeren in das Gesundheitssystem in Köln. *Kontext*, 49(2), 137–150. <https://doi.org/10.13109/kont.2018.49.2.137>
- Rocholl, A. & Lange, U. (2021). Challenges and chances by involving community interpreters in the regular health care of pregnant women and young mothers from third countries with language barriers. A qualitative study within the project RundUm – Transcultural network in the care of pregnancy and birth / Herausforderungen und Chancen bei der Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen in die Regelversorgung von Schwangeren und jungen Müttern aus Drittstaaten. Eine qualitative Erhebung im Rahmen des Projektes RundUm – Transkulturelles Netzwerk zur Begleitung bei Schwangerschaft und Geburt. *International Journal of Health Professions*, 8(1), 86–97. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2021-0008>
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G., Skoko, e. & Gillen, P., Clausen, Jette (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*, 24(47), 47–55.
- Schenk, L. & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie [Methodological standards for migrant-sensitive epidemiological research]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 48(3), 279–286. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-0995-0>
- Schubert, H. (2017). Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit. In J. Fischer & R. Geene (Hrsg.), *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung: Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung* (1. Auflage, S. 267–286). Beltz Juventa.
- Schwenzer, V. (2018). *Medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen. Eine Bestandsaufnahme*. Camino – Werkstatt für Fortbildung. [https://camino-werkstatt.de/downloads/Fachdialognetz\\_Medizinische\\_und\\_psychosoziale\\_Angbote\\_fuer\\_schwangere\\_gefluechtete\\_Frauen\\_2018.pdf](https://camino-werkstatt.de/downloads/Fachdialognetz_Medizinische_und_psychosoziale_Angbote_fuer_schwangere_gefluechtete_Frauen_2018.pdf)
- Sozialdienst katholischer Frauen e. V.. (o. J.). *Schwangerschaftsberatung esperanza*. <https://www.skf-koeln.de/angebote/kinder-familie/esperanza/>
- Stadt Köln (2019). *27. Bericht zur Situation Geflüchteter: Jahreswerte 2010-2019*. Dezernat für Soziales, Gesundheit und Wohnen. [https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf56/27.\\_bericht\\_zur\\_situation\\_gefl%C3%BCchteter\\_barrierefrei.pdf](https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf56/27._bericht_zur_situation_gefl%C3%BCchteter_barrierefrei.pdf)
- Stadt Köln (2023). *Situation Geflüchteter in Köln: 41. Bericht (Jahresbericht 2023)*. Dezernat für Soziales, Gesundheit und Wohnen. <https://ratsinformation.stadt-koeln.de/getfile.asp?id=992836&type=do>
- Stadt Köln (2024a). *Migration und Gesundheit - Clearingstelle*. <https://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/aufenthalt-flucht-einwanderung/gesundheitsangebote-fuer-gefuechtete-koeln>
- Stadt Köln (2024b). *Situation Geflüchteter in Köln: 42. Bericht (I. Quartal 2024)*. Dezernat für Soziales, Gesundheit und Wohnen. <https://buengerinfo.stadt-koeln.de/getfile.asp?id=993195&type=do>
- Stoll, S. (2016). *Schwanger im Flüchtlingsheim*. <https://www.evangelisch.de/inhalte/131689/12-02-2016/schwanger-im-fluechtlingsheim>
- Stülb, M. (2011). Migrantinnen als Akteurinnen. Eine ressourcenorientierte Perspektive auf Schwangerschaft und Geburt in der Migration-Teil 1. *Dr. med Mabuse*, 36(190), 52–54.

- Trappmann, M., Hummell, H.-J. & Sodeur, W. (2011). *Strukturanalyse sozialer Netzwerke: Konzepte, Modelle, Methoden* (2. überarb. Aufl.). *Studienskripten zur Soziologie*. VS-Verl.
- Uniklinik Köln (2024). *Klinik für Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. <https://frauenklinik.uk-koeln.de/>
- Verbraucherzentrale (Hrsg.). (2024). *Welche Gesundheitsleistungen stehen Asylsuchenden zu?* <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/aerzte-und-kliniken/welche-gesundheitsleistungen-stehen-asylsuchenden-zu-12312#:~:text=Behandlungsscheine,legt%20auch%20deren%20Umfang%20fest.>
- Zeeb, H. & Razum, O (2006). Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick [Epidemiological research on migrant health in Germany. An overview]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49(9), 845–852. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0017-5>
- Zychlinski, J. (2019). Netzwerke und Sozialraum in der sozialen Arbeit – kritische Bestandsaufnahme eines spannungsreichen Verhältnisses. In J. Fischer & T. Kosellek (Hrsg.), *Edition Soziale Arbeit. Netzwerke und Soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen* (2., durchgesehene und erweiterte Auflage, S. 215–231). Beltz; Beltz Juventa.

Genutzte Gesetzgebungen:

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)**

"Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 254) geändert worden ist"

**§ 134** Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung

**Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (AufenthG)**

"Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 8. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 152) geändert worden ist"

**Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

"Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 8. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 152) geändert worden ist"

**Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates** vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)



