

Aus der Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Frauengesundheitliche Versorgung weiblicher Geflüchteter in Berlin –
Ermittlung eines Status quo

Women's health care of female refugees in Berlin –
determining a status quo

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Nadja Kutschke

aus Berlin

Datum der Promotion: 25.11.2022

Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungsverzeichnis.....	4
2	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	5
2.1	Tabellen.....	5
2.2	Abbildungen.....	5
3	Abstract	6
3.1	Abstract auf Deutsch	6
3.2	Abstract in English	8
4	Manteltext	9
4.1	Einleitung	9
4.1.1	Regelung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland.....	9
4.1.2	Zahlen zu Asylsuchenden in Deutschland	10
4.1.3	Allgemeine Erkrankungen bei Geflüchteten	12
4.1.4	Psychologische Bedürfnisse von geflüchteten Frauen und deren psychologisch- psychiatrische Versorgung	13
4.1.5	Spezielle frauengesundheitliche Aspekte Geflüchteter	13
4.1.6	Studienziel.....	18
4.2	Methodik	19
4.2.1	Studienplanung.....	19
4.2.2	Studienpopulation.....	22
4.2.3	Studienablauf.....	22
4.3	Ergebnisse	25
4.3.1	Stichprobengröße und Sozioökonomische Daten	25
4.3.2	Trauma	28
4.3.3	Krebsvorsorge und allgemeine Gesundheitsvorsorge	30
4.3.4	Zyklusanamnese	31
4.3.5	Sexuell übertragbare Erkrankungen	33
4.3.6	Schwangerschaft und Geburt	34

4.4	Diskussion	40
4.4.1	Stichprobenpopulation und sozioökonomische Daten	40
4.4.2	Trauma, Gewalterfahrung und Depression	42
4.4.3	Zyklusanamnese	44
4.4.4	Krebsvorsorge	45
4.4.5	Reproduktive Gesundheit und sexuelle Aufklärung	48
4.4.6	Stärken und Limitationen der Studie.....	51
4.5	Fazit.....	53
4.6	Referenzen.....	55
5	Anhang	62
5.1	Der Fragebogen	62
5.2	Eidesstattliche Versicherung	68
5.3	Aufstellung der selbst erbrachten Leistungen	70
5.3.1	Arbeiten in der Forschungsgruppe	70
5.3.2	Ausführliche Anteilserklärung an der erfolgten Publikation	71
5.4	Auszug aus der Journal Summary List.....	72
5.5	Publikation	77
5.6	Lebenslauf	86
5.7	Publikationsliste	87
5.8	Vorträge.....	87
5.9	Danksagung.....	88

1 Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migrationsforschung
BMI	Body-Mass-Index
CI	confidence interval (Konfidenzintervall)
CIN	cervical intraepithelial neoplasia (zervikale intraepitheliale Neoplasie)
HPV	humanes Papillomavirus
iBiKE	Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie
IUD	intrauterine device (Intrauterinpessar)
k.A.	keine Angaben
n.s.	nicht signifikant
OR	odds ratio
PAP	Papanicolaou
RKI	Robert Koch Institut
SBE	self breast examination (Selbstabtastung der Brust)
SGB	Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organization

2 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

2.1 Tabellen

Tab. 1: Sozioökonomische Daten.....	25
Tab. 2: Angaben zu traumatischen Erfahrungen.....	28
Tab. 3: Menstruationsbeschwerden Angaben von 279 Frauen (Mehrfachnennung war möglich).....	31
Tab. 4: selbsteingeschätzte Aufklärung über sexuell übertragbare Erkrankungen.....	33
Tab. 5: Schwangerschaft und Geburt (insg. 736 Geburten).....	34
Tab. 6: Vergleich des ungedeckten Familienplanungsbedarfs (Subgruppe 2b) mit Frauen, die verhüten (Subgruppe 2a).....	36
Tab. 7: Vergleich von traditionellen mit modernen Methoden der Verhütung.....	37

2.2 Abbildungen

Abb. 1: Fluchtursachen nach Herkunftsland in % (Mehrfachnennung war möglich).....	26
Abb. 2: Verteilung des BMI in der Studienkohorte.....	27
Abb.3: Gewalterfahrung / sexuelle Belästigung nach Verursacher.....	29
Abb. 4: Formen der Krebsvorsorge bei Geflüchteten.....	30
Abb. 5: Gruppeneinteilung zu Familienplanungsbedarf.....	38

3 Abstract

3.1 Abstract auf Deutsch

Hintergrund: Mit der seit 2016 steigenden Zahl an Asylgesuchen in Deutschland ist auch der Anteil an Frauen auf nun fast 50% gestiegen. Bisher ist über deren medizinische Bedürfnisse nur wenig bekannt. Ziel dieser Studie war es, Informationen über den aktuellen Stand der frauengesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Frauen zu sammeln, einen ersten Überblick über ihre Bedürfnisse zu geben und die Inanspruchnahme von Angeboten der Familienplanung zu evaluieren.

Methoden: Von Dez. 2015 – Dez. 2017 wurden in Berlin 50 Gesprächskreise in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete durchgeführt, die 410 Frauen zwischen 14 und 74 Jahren erreichten. Im Anschluss an die Vorträge wurden Fragebögen mit 41 Punkten zu demographischen Daten, Frauengesundheit und Familienplanung an freiwillige Teilnehmerinnen über 18 Jahre verteilt. Die statistische Analyse erfolgte mit SPSS (IBM, PASW, Version 24). P-Werte $\leq 0,05$ wurden als statistisch signifikant betrachtet.

Ergebnisse: 307 der 410 Teilnehmerinnen füllten die Fragebögen aus. Von diesen Frauen kamen die meisten aus Syrien und Afghanistan (je 30%). Das durchschnittliche Alter betrug 33 Jahre (Range: 18-63). Die Hälfte der Frauen hatte mindestens eine chronische Erkrankung und ein Viertel berichtete über Gewalterfahrungen. Ein Drittel der Frauen hatte bisher eine altersentsprechende Krebsvorsorgeuntersuchung der Brust oder der Zervix erhalten. Die Selbstabtastung der Brust erfolgte von 30% und korrelierte mit dem Bildungsstand. Im Durchschnitt hatte jede Frau 2,5 Geburten (Range: 0-10). Vierundzwanzig Frauen (8%) waren zur Zeit der Befragung schwanger, 54 Frauen (18%) versuchten schwanger zu werden. Fast die Hälfte der Frauen mit Bedarf an Verhütungsmitteln verhüten nicht (ungedeckter Bedarf an Familienplanung = 47%). Wenn verhütet wurde, wurde vermehrt auf "traditionelle" Methoden (34% Coitus Interruptus; 8% Kalendermethode) zurückgegriffen, die als unsicher gelten (Pearl Index 4-18).

Schlussfolgerung: Der Bedarf an frauengesundheitlicher Versorgung, v.a. im Rahmen der Krebsprävention und Familienplanung, ist hoch. Angebote im Rahmen der Empfängnisverhütung scheinen bisher nicht angenommen zu werden. Eine Zugangslücke ist offensichtlich. Es bedarf

weiterer Forschung, um diesen defizitären Zugang zu evaluieren und mögliche Ursachen wie Sprachbarrieren, mangelnde Kinderbetreuung und Traumatisierung klar zu identifizieren und Wege zu finden, diese zu beseitigen.

3.2 Abstract in English

Background: With the increasing number of asylum applications in Germany since 2016, the proportion of women fleeing to Germany has also risen to now almost 50%. So far, little is known about their medical needs. The aim of this study was to collect information on the current status of women's health care for refugees, to give a first overview of their needs and to evaluate the use of family planning services.

Methods: Over the course of two years (December 2015 – December 2017) 50 women-only discussion groups in community shelters for registered refugees were conducted in Berlin, reaching 410 women between the age of 14 and 74. A convenience sampling strategy was then applied and semi-structured questionnaires covering 41 items regarding demographic data and women's health were distributed to volunteering women over the age of 18. The statistical analysis was performed using SPSS (IBM, PASW, Version 24). P-values less than or equal to 0.05 were considered statistically significant.

Results: Of the 307 participants, most came from Syria and Afghanistan (30% each). The average age was 33 years (range: 18-63). Half of the women had at least one chronic illness and one quarter reported experiences of violence. One third of the women had already received an age-appropriate cancer screening of the breast or cervix. Self-examination of the breast was conducted by 30% and correlated with the level of education. On average each woman had 2.5 births (range: 0-10). Twenty-four women (8%) were pregnant at the time of the survey, 54 women (18%) were trying to become pregnant. The unmet need for family planning was 47%. When contraception was used, "traditional" methods (34% coitus interruptus; 8% calendar method), which are considered unsafe, were increasingly used (Pearl Index 4-18).

Conclusion: Our study revealed the high demand for women's health care, especially in the context of cancer prevention and family planning. Offers in the context of contraception do not seem to be accepted so far. An access gap is obvious. Further research is needed to evaluate this lack of access and to clearly identify possible causes such as language barriers, lack of childcare and traumatization and to find ways to eliminate them.

4 Manteltext

4.1 Einleitung

4.1.1 Regelung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

Die gesundheitliche Versorgung von Frauen ist komplex und vielschichtig. Sie betrifft Bereiche der Prävention, Psychosomatik sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Dabei ist der Zugang zu präventiven Angeboten mitunter lebensentscheidend und das Recht auf Familienplanung seit der *United Nations International Conference on Human Rights* in Teheran, am 13. Mai 1968 ein Menschenrecht. Letzteres ist auch von zentraler Bedeutung für die Selbstbestimmung und die Gesundheit von Frauen, ganz gleich welcher Herkunft, Kultur und Religion.

In Deutschland ist die Versorgung Geflüchteter über das AsylbLG geregelt. Eine medizinische Behandlung ist im Akutfall und bei starken Schmerzen möglich und ist in §4 dieses Gesetzes festgelegt. Die präventive Regelversorgung, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung fällt hierbei nicht in den Regelkatalog der Versorgung von Geflüchteten. Nur im Einzelfall erlaubt §6 des AsylbLG die Gewährung zusätzlicher medizinischer Leistungen um Gesundheit und Lebensunterhalt zu sichern. Die Abrechnung dieser Leistungen und deren Bewilligung unterscheidet sich in den einzelnen Bundesländern und unter Umständen auch in deren Kommunen zum Teil erheblich. Ab einem 18-monatigen Aufenthalt sind Leistungen für die Gesundheit in der Regel nicht mehr über das AsylbLG, sondern nach dem SGB XII zu erbringen. [1] Dies geht für gewöhnlich mit einer regulären Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Gewährung der versicherten Leistungen einher.

Ungeachtet der Aufenthaltsdauer in Deutschland, handelt es sich bei den nach Berlin geflüchteten Frauen um eine besonders vulnerable Population, die entsprechend auf staatliche Hilfe in Fragen der Integration und Unterstützung in der Findung und Anerkennung ihrer eigenen Rechte angewiesen ist. Vor allem Themen der Familienplanung werden auf Seiten der Berater und Beraterinnen aufgrund von Angst vor kulturellen und religiösen Diskrepanzen oft vernachlässigt. Jedoch ist die so erreichbare sexuelle Selbstbestimmung nicht nur essentiell für die Lebensplanung einer jeden Frau, sie bildet auch das Fundament für die weitere erfolgreiche Integration, indem sie Raum für Bildung und Eigenständigkeit schafft. [2,3]

Um erste Diskrepanzen aus dem Weg zu räumen, hat das Team von „Women for Women“ der Charité ein Programm ins Leben gerufen, welches Frauen in privaten kleinen Gesprächskreisen in Flüchtlingsheimen über ihre Rechte und Frauengesundheit unterrichtet, ihre Fragen diesbezüglich beantwortet und sie damit stärkt, sich in unserem System zurechtzufinden. Um den frauengesundheitlichen Status quo der Geflüchteten zu ermitteln und darauf aufbauend Outreach- und Aufklärungsprogramme besser an geflüchtete Frauen anzupassen, wurde diese Studie begleitend zu den Gesprächskreisen ins Leben gerufen.

Sie sollte anhand eines detaillierten Fragebogens zu den Themen gynäkologische Vorsorge, Trauma, Geburt, Krebsvorsorge und Infektionen anamnestiche Daten erheben, die uns ein erstes Bild der allgemeinen frauengesundheitlichen Versorgung dieser Frauen und deren Bedürfnisse dahingehend vermitteln. Zudem wurde spezielle Aufmerksamkeit auf die Nachfrage und den tatsächlichen Gebrauch von Verhütungsmitteln bei weiblichen Geflüchteten in Berlin gerichtet, um den tatsächlichen Bedarf an Familienplanung zu ermitteln und den Erfolg der bisher existierenden Angebote zu evaluieren.

4.1.2 Zahlen zu Asylsuchenden in Deutschland

Deutschland blickt zurück auf eine langjährige Geschichte in der Aufnahme von Flüchtlingen und Asylsuchenden. [4] Durch den vermehrten Terror, Krieg und die allgemeine Unsicherheit v.a. in Ländern des Nahen Ostens hat sich die Situation in den letzten Jahren drastisch verschärft und seit 2015 eine Flüchtlingsbewegung initiiert, die bis heute anhält. [5] Im europäischen Raum ist Deutschland ein Zuwanderungsland. So wurden im gesamt-europäischen Vergleich im Jahr 2018 fast ein Drittel aller Erstanträge hier gestellt (28%). [6] Damit lebten im Dezember 2018 1.781.750 Schutzsuchende in Deutschland, von denen bereits 1.283.225 Personen befristeten und unbefristeten Schutzstatus erhalten haben. [7] Die erste massive Steigerung der Asylerstanträge hatte sich bereits im Jahr 2016 mit einem Anstieg von 127.023 Schutzsuchenden (2013) auf 745.545 Personen (2016) gezeigt. Ein Drittel der 2016 registrierten Flüchtlinge waren Frauen im Alter zwischen 11 und 65 Jahren. [8] Im Folgejahr hat sich der Anteil auf 39,5% erhöht [9] und erreichte im Jahr 2018 bereits 43,3% mit steigender Tendenz. [10] Dabei ist zwar ein Rückgang der Erstasylanträge (Männer und Frauen) um 18% im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen, doch zu einem Ausschleichen der Migrationsbewegung wird es wohl auch in den nächsten Jahren nicht kommen. [6] Über diese in ihrer Herkunft sehr heterogene Gruppe der Asylantinnen war zurzeit des Projektstartes im Dezember 2015 noch wenig bekannt und auch nach über 5 Jahren gibt es

noch viele offene Fragen und Unsicherheiten. Für die Öffentlichkeit zugänglich sind die vom Bundesamt für Migrationsforschung (BAMF) veröffentlichten Daten zu Alter und Herkunftsländer der Geflüchteten. Hierbei zeigt sich, dass 2018 ein Großteil der Asylsuchenden aus Syrien (27,3%) kam, sowie aus dem Irak (10,1%), Iran (6,7%) und aus Afghanistan (6,1%). Die 18 - 35-Jährigen bilden nach den Kindern unter vier Jahren dabei die am stärksten vertretene Altersgruppe bei Männern und Frauen. [10]

Die Bedürfnisse der Asylantinnen unterscheiden sich hierbei deutlich von denen der nach Deutschland geflüchteten Männer. Gründe hierfür finden wir in der Erfahrung geschlechtsspezifischer Gewalt [11], der oft allein getragenen Verantwortung für mitreisende Kinder und dem Leben zwischen traditionellen und modernen Rollenbildern. All diese Faktoren beeinflussen den Zugang nicht nur zu Bildung, sondern auch zu medizinischen Versorgungsangeboten. [5] Gerade Asylantinnen bilden dadurch eine äußerst vulnerable Gruppe, die es zu schützen und zu unterstützen gilt. [12] Um eine optimale Betreuung und Integration zu gewährleisten, ist es von äußerster Wichtigkeit, den Status quo dieser Bevölkerungsgruppe zu ermitteln, damit Informations-, Integrations- und Auffangprojekte dort ankommen, wo sie gebraucht werden und sich in ihren Programmen an die speziellen Bedürfnisse dieser Population anpassen können. Diese Informationen werden auch in Zukunft dabei helfen eine schnellere, bessere und allumfassende Versorgung von weiblichen Asylsuchenden zu erreichen.

4.1.3 Allgemeine Erkrankungen bei Geflüchteten

Die meisten Erkrankungen bei Geflüchteten sind aus dem allgemeinmedizinischen, pädiatrischen und internistischen Spektrum und sind den hiesigen Ärzt:innen gut bekannt. So erfolgte die ambulante Vorstellung Geflüchteter vor allem aufgrund unspezifischer viraler Infekte, Erkrankungen aus dem neurologisch-psychiatrischen Formenkreis (Lumboischalgie, Kopfschmerz, posttraumatische Belastungsstörung und somatoforme Störungen) und unspezifischen gastrointestinalen Beschwerden, wie eine Untersuchung in München zeigte. [13] Viele der Erkrankungen können mit Umweltfaktoren (d.h. schlechter Hygiene und überfüllten Wohnsituationen) und vermehrter psychischer Belastung in Zusammenhang gebracht werden. [14] Je nach Herkunftsland gilt es zudem bei entsprechenden Symptomen auch an andere infektiologisch und tropenmedizinisch relevante Erkrankungen wie Tuberkulose, Malaria oder auch Läuserückfallfieber und Schistosomiasis zu denken, wobei diese einen im Vergleich geringen, wenn auch nicht zu verachtenden Anteil des sich präsentierenden Erkrankungsspektrum ausmachen. [13]

Neben den Infektionserkrankungen bilden die nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen eine bedeutende Dimension des unter Geflüchteten vorherrschenden Krankheitsspektrums. Unter Asylsuchenden in München wurden häufig Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und Diabetes mellitus diagnostiziert. [13] Vor allem Flüchtlinge ab einem Alter von 45 Jahren haben ein zunehmendes Risiko an diesen und weiteren so genannten non-communicable diseases zu erkranken. [15,16] Jedoch ist die Datenlage bis heute nicht ausreichend, um explizite Aussagen über die Prävalenz von chronischen Leiden und deren Versorgung bei Geflüchteten zu machen. [17] Weiterhin ist zu bemerken, dass die Mehrheit, der bis heute veröffentlichten Studien einen auffallend hohen Männeranteil vorweisen, woraus zu schließen ist, dass noch nicht genügend Informationen über die allgemeine Gesundheitsversorgung geflüchteter Frauen erhoben wurden.

4.1.4 Psychologische Bedürfnisse von geflüchteten Frauen und deren psychologisch-psychiatrische Versorgung

Vermehrte Beachtung in diesem Kontext wurde der psychosozialen-Versorgung von Geflüchteten gewidmet. Viele Studien haben gezeigt, dass die Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen unter Geflüchteten besonders hoch ist (5-71%, Mittelwert: 32%). [18] Die weite Streuung hängt dabei mit der allgemeinen Heterogenität der Flüchtlingspopulation zusammen, dem unterschiedlichen Ausgangssituationen in ihren Heimatländern und ihren sehr individuellen Fluchterfahrungen im Speziellen. [18] Auch die Prävalenz von Depressionen ist als hoch zu vermerken (11-54%, Mittelwert 35%). [18] Sie scheint dabei allerdings nicht nur von dem persönlichen Fluchtgrund und Fluchtgeschehen abzuhängen, sondern steht auch im direkten Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation in den Aufnahmeländern. Diskriminierung und damit gesellschaftlicher Ausschluss, unsichere Lebensbedingungen und die oft überfüllte Wohnsituation mit wenig Privatsphäre wirken sich auf psychische Belastungen vermehrt aus. Insbesondere ein unsicherer Aufenthaltsstatus ist ein negativer Einflussfaktor für die psychische Gesundheit. [19] Frauen zeigen dabei spezielle Bedürfnisse, wie eine Studie von Schouler-Ocak und Kurmeyer bestätigt. [5] Sie zeigt den hohen Bedarf an psychologischer und medizinischer Versorgung und dass vor allem Sprachbarrieren den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren. Die Studie betont weiterhin die besonderen Bedürfnisse geflüchteter Frauen mit Beachtung geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen und empfiehlt die gesonderte Unterbringung alleinreisender Frauen, die Integration der Kinder in der psychologischen Versorgung und die Adressierung fremdenfeindlicher Erfahrungen und Diskriminierung.

4.1.5 Spezielle frauengesundheitliche Aspekte Geflüchteter

4.1.5.1 Häufige gynäkologische Karzinome

Gynäkologische Karzinome bilden eine der Haupttodesursachen weltweit. Das Mammakarzinom ist dabei die häufigste Krebsentität in 140 von 184 WHO Mitgliedsländern. [20] In Europa handelt es sich um die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache. [21] Das Lebenszeitrisiko für eine Frau in Deutschland an Brustkrebs zu erkranken, beträgt laut dem Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert Koch Instituts 12,9 %. [22] Mit dem Anstieg der Inzidenz des Mammakarzinoms seit Mitte der 2000 Jahre durch die empfohlene und vermehrt durchgeführte Diagnostik in Form der Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, war gleichzeitig ein Rückgang der Sterberate zu verzeichnen. [22,23] Während die Brustkrebsraten bei Frauen in Ländern des

globalen Nordens zwar weiterhin höher sind als im globalen Süden, steigen sie dennoch in fast allen Regionen der Welt konstant an. [24,25] Um das Überleben der betroffenen Patientinnen zu verbessern, sind die Früherkennung und die Erkennung sowie die Minimierung von Risikofaktoren für die Entstehung von Brustkrebs von entscheidender Bedeutung. Als solche haben sich ein hohes Lebensalter, eine belastete Eigen- und Familienanamnese sowie reproduktive Faktoren herauskristallisiert. [26] Nicht zu vernachlässigen sind zudem die sogenannten Lifestylefaktoren als nachgewiesene Risikofaktoren für die Entwicklung eines Mammakarzinoms. Als gesicherte Risikofaktoren gelten Übergewicht, Alkohol- und Nikotinkonsum, verminderte körperliche Betätigung und Schichtarbeit. [27,28] Als Screening-Methoden haben sich in Deutschland die professionelle Tastuntersuchung, ab einem Alter von 30 Jahren, und die bereits erwähnte Mammographie in einem Alter zwischen 50 und 69 Jahren etabliert. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sind in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des SGB V geregelt. Geflüchtete Frauen haben bis zur Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung, nach 18 Monaten Aufenthalt in Deutschland, keinen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistungen, auch wenn Studien bereits die Notwendigkeit niedrigschwelliger Krebsvorsorge- und kulturell angepasster Outreach-Programme belegt haben. [29,30] Die eigenständige Brustabtastung könnte hierbei helfen, die Zugangslücke zu Krebsvorsorgeprogrammen zu überbrücken. [31]

Nach dem Mammakarzinom bildet das Zervixkarzinom die vierthäufigste Krebsentität bei Frauen mit weltweit geschätzten 570.000 neuen Fällen allein im Jahr 2018 (6,6% aller Krebserkrankungen bei Frauen). [32] Vor allem Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen, die einen Teil der Hauptherkunftsländer der Geflüchteten in Deutschland darstellen, weisen eine erhöhte Sterblichkeitsrate an Gebärmutterhalskrebs auf. [33] Eine Infektion mit dem Humanen Papillomavirus ist die zugrundeliegende Ursache für die Entstehung eines Zervixkarzinoms. [34]. Seit 2006 steht in Deutschland eine Impfung gegen die krebsauslösenden HP-Viren zur Verfügung und wird von den Krankenkassen übernommen. Die Impfquote stieg allerdings nur schleppend an, so dass 2015 nur knapp die Hälfte der 17-jährigen Mädchen gegen das HP-Virus geimpft war. [35] Das zusätzliche Zervixkarzinom-Screening als Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen für Frauen ab einem Alter von 20 Jahren, ist daher weiterhin essentiell für die frühe Diagnose und damit erfolgreiche Behandlung des Gebärmutterhalskrebses. Sie umfasst die Inspektion der Portio und die Entnahme eines PAP-Abstriches. Seit 2019 wird bei Frauen über 35 Jahren zudem ein HPV-Test zusätzlich zur Zytologie durchgeführt, der die Identifikation einer Hochrisiko-HPV-Infektion ermöglicht. [35] Auch auf diese Angebote haben Geflüchtete in Deutschland keinen Anspruch, obwohl auf Grund noch geringerer Impfquoten als in Deutschland und zum Teil

nichtexistierender oder kaum in Anspruch genommener Screening-Programme in ihren Herkunftsländern ein klarer Bedarf besteht. [36] Obwohl Syrien, Afghanistan, Iran und Irak als WHO-Mitgliedstaaten dem Ziel einer 90-prozentigen Durchimpfung gegen HPV bis 2030 in der kürzlich verabschiedeten globalen Strategie zur Eliminierung von Gebärmutterhalskrebs zugestimmt haben, haben diese Staaten, aus denen ein Großteil der nach Deutschland geflüchteten Frauen kommen, bis Juni 2020 die HPV Immunisierung nicht in ihre nationalen Impfprogramme aufgenommen. In Nordafrika und Westasien betrug die Impfstoffabdeckung im Jahr 2019 nach Schätzungen gerade mal 1%. [37]

4.1.5.2 Maternale Gesundheit

Im Gegensatz zu anderen Forschungsbereichen, die Geflüchtete betreffen, wurde der maternalen nach der mentalen Gesundheit in Studien vermehrt Beachtung geschenkt. Viele Studien beziehen sich auf den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge und Schwangerschaftsversorgung für Asylsuchende und Flüchtlinge und evaluieren dabei sowohl die Ergebnisse als auch das Verhalten, die Wahrnehmung und das Verständnis der Frauen dahingehend. So konnte gezeigt werden, dass Migrantinnen ein höheres Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburt, perinatale Sterblichkeit und angeborene Fehlbildungen haben. [38] Im Kontrast dazu konnten Länder mit einer starken Integrationspolitik (Belgien, Dänemark, Niederlande, Norwegen und Schweden) das Risiko schlechter Geburtenergebnisse deutlich und signifikant reduzieren. [39] Obwohl die bisher erwähnten Analysen nicht nach dem Migrationsstatus unterscheiden, geben sie dennoch einen ersten Überblick über die Diskrepanzen zwischen Frauen mit und Frauen ohne Migrationshintergrund. Zudem konnten Studien aus der Türkei Teile dieser Ergebnisse mit einer Population von geflüchteten Frauen reproduzieren. So zeigen sie, dass schwangere syrische Geflüchtete im Vergleich zu Türkinnen ein jüngerer Alter, niedrigere Hämoglobinlevel und Vitamin B12 und Folsäuremangel aufweisen, was mit einem höheren perinatalen Risiko assoziiert ist. [40–42] Zudem zeigen geflüchtete Frauen niedrigere Raten der Inanspruchnahme von pränatal diagnostischen Angeboten, was auf generelle Barrieren in der medizinischen Versorgung dieser Population zurückzuführen ist. [43]

4.1.5.3 Familienplanung

Der United Nations Population Fund beschreibt Familienplanung als „Informationen, Mittel und Methoden, die es dem Einzelnen ermöglichen, zu entscheiden, ob und wann er Kinder bekommt.“

[44] Der Zugang zu einer sicheren, freiwilligen Familienplanung stellt demnach ein Menschenrecht dar. Er ist zudem von zentraler Bedeutung für die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Rolle der Frau, sowie ein Schlüsselfaktor bei der Bekämpfung von Armut. [44] Ein niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln verhindert ungewollte Schwangerschaften, verringert die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche und senkt die Häufigkeit von Tod und Behinderung im Zusammenhang mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. [45]

4.1.5.4 Familienplanung bei deutschen Frauen

Die Zahlen zu Schwangerschaft und Geburt bei deutschen Frauen haben sich seit 1995 leicht erhöht von 1,25 auf 1,57 Kinder pro Frau im Jahr 2018 und befinden sich damit im europäischen Durchschnitt. Im globalen Vergleich liegt Deutschland damit allerdings im unteren Bereich. So bekamen Frauen in Afghanistan 2018 noch durchschnittlich 4,5 Kinder, Frauen in Syrien 2,8, im Iran 2,1 und Frauen im Irak 3,7 Kinder. [46]

Des Weiteren tendieren Frauen in Deutschland dazu, eher spät ihr erstes Kind zu bekommen. 2018 waren 48% der Erstgebärenden zwischen 30 und 39 Jahren alt. Die endgültige Kinderlosenquote (Anteil der kinderlosen Frauen an allen Frauen zwischen 45 und 49 Jahren) betrug im selben Jahr 21%. [47]

Entscheidend für die erfolgreiche Familienplanung ist eine selbstbestimmte Verhütung. In Deutschland ist die Verhütungsrate unter den hier geborenen und zur Schule gegangenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen besonders hoch. [48] Der hauptsächliche Grund für in Deutschland geborene Frauen keine Verhütungsmittel zu verwenden, ist ein zeitnaher Kinderwunsch. Dies ergab eine landesweite Telefonbefragung von 486 Frauen im Jahr 2011. [49] So zeigte die Studie weiterhin, dass mit steigendem Alter der Anteil an Frauen, die Verhütungsmittel benutzten, von 91% auf 68% nachließ. Eine Studie aus dem Jahr 2012 beschäftigte sich ferner mit den prozentualen Anteilen der verwendeten Verhütungsmethoden. Nach ihr benutzten 38 - 48,8% der Frauen im Alter zwischen 20 und 44 Jahren die Pille, gefolgt von dem Kondom (18,7 - 33,5%), der Spirale (7,6 - 16,6%) und der Sterilisation der Frau (4,8 - 12%). Dabei schien es einen Zusammenhang zwischen der finanziellen Situation der Frauen und

der Wahl des Verhütungsmittels zu geben. Gering verdienende Frauen griffen eher zu Verhütungsmethoden wie dem Kondom und seltener zur Pille oder der Spirale. [50]

4.1.5.5 Familienplanung bei geflüchteten Frauen

Während es schwierig ist, genaue Statistiken über die Häufigkeit von Schwangerschaften bei geflüchteten Frauen zu erhalten, berichtet die Frauenflüchtlingskommission, dass zu jedem Zeitpunkt 0,6 bis 14 Prozent aller vertriebenen Frauen zwischen 15 und 49 Jahren schwanger sein könnten. [51] Andere Autoren schätzen, dass je nach Herkunftsland der Anteil sogar noch höher (bis zu 25 Prozent der Flüchtlingsfrauen im fruchtbaren Alter) sein könnte. [42] In einer repräsentativen Kohortenanalyse in Norddeutschland waren 18% der geflüchteten Frauen im fruchtbaren Alter, und wiederum 9,1% dieser Frauen schwanger. Dabei zeigten Geflüchtete in der Türkei keine höheren Raten an Sectiones als eine türkische Vergleichskohorte. [40]

Darüber ob und wie geflüchtete Frauen verhüten, ist bisher nicht viel bekannt und die Studienlage als unzureichend einzuschätzen. Eine Studie aus den Niederlanden hat gezeigt, dass Migrantinnen und Geflüchtete signifikant weniger Aufklärung von ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin zum Thema Verhütung erhalten als niederländische Frauen. [3] Diese Ergebnisse werden durch mehrere Studien in Europa gestützt, die zeigen, dass Flüchtlingsfrauen höhere Raten von ungewollten Schwangerschaften und Abtreibungen aufweisen als Nicht-Einwandererinnen, und dass mehr als die Hälfte der Frauen, die eine Abtreibung wünschen, keinerlei Verhütungsmittel verwendet haben. [52,53]

4.1.6 Studienziel

Hauptstudienziel war es, Informationen über den aktuellen Familienplanungsbedarf geflüchteter Frauen in Berlin zu gewinnen. Speziell in Berlin können Asylantinnen mit bewilligtem Asylstatus und solche, die noch auf eine Entscheidung warten, in *Zentren für sexuelle Gesundheit und Planung* wie zum Beispiel *Pro Familia* kostenlos beraten werden. Alle Arten von Verhütungsmitteln werden in diesen Zentren kostenlos zur Verfügung gestellt. Allerdings gibt es derzeit keine Daten über die Inanspruchnahme und die Akzeptanz dieser Dienste unter der Flüchtlingsbevölkerung.

Um diese Lücke zu schließen, war es das Ziel dieser Studie, den Bedarf und die tatsächliche Nutzung von Verhütungsmitteln bei potenziell fruchtbaren Flüchtlingsfrauen und Asylbewerberinnen in Berlin zu erfassen und zu bewerten, um den Bedarf an Familienplanung zu ermitteln. Dieser wird definiert als „Frauen mit einem Bedarf an Verhütungsmitteln, die nicht verhüten“. [54] Darüber hinaus sollten mehr Daten über weitere Aspekte ihrer reproduktiven Gesundheit wie die Geburtenrate und das konzeptuelle Verhalten gewonnen werden, was Auswirkungen auf individueller, familiärer, gemeinschaftlicher und globaler Ebene haben wird. [55] Es sollten dadurch dringend benötigte evidenzbasierte Informationen für die Verabschiedung von Gesetzen durch Politiker und klinische Richtlinien für Ärzt*innen geliefert werden, um die patientenzentrierte Versorgung und die Etablierung von Integrationsprogrammen zu verbessern. [56]

Das Nebenstudienziel bestand darin, weitere allgemeine Informationen zur frauengesundheitlichen Versorgung weiblicher Geflüchteter zu gewinnen. Dazu wurden zusätzlich zur Familienplanung auch die Bereiche allgemeine gynäkologische Versorgung, Trauma, Geburt, Krebsvorsorge und Infektionen mit erfragt. Damit wird ein erster Status quo in Bezug auf die allgemeine frauengesundheitliche Versorgung Geflüchteter in Berlin ermittelt. Auf diesen aufbauend können nun weitere Studien sowie Aufklärungs- und Outreachprogramme konzipiert werden.

4.2 Methodik

4.2.1 Studienplanung

Auf Grund des sensiblen Befragungsthemas und der gegebenen Vulnerabilität der geflüchteten Frauen wurde die Befragung von in Berlin lebenden geflüchteten Frauen an das Projekt „Women for Women“ der Charité angegliedert.

4.2.1.1 Das Projekt „Women for Women“

Charité „Women for Women“ veranstaltet seit Dezember 2015 Informationsabende in Form von zwei- bis dreistündigen Gesprächskreisen in Flüchtlingsunterkünften in Berlin. Die Auswahl der Flüchtlingsunterkünfte erfolgte durch eine öffentlich zugängliche Liste des Landesamtes für Flüchtlingsangelegenheiten in Berlin. In den Unterkünften hielten Gynäkologinnen Vorträge zur frauengesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Inhalte wurden von Sprachvermittlerinnen mit expliziten Kenntnissen medizinischen Fachvokabulars für die Teilnehmerinnen simultan übersetzt. Jeder Vortrag vermittelte mit Hilfe einer PowerPoint Präsentation präzise und leicht verständliche Informationen über Möglichkeiten der Familienplanung, die Selbstuntersuchung der Brust als eine Möglichkeit zur Vorsorge und die gesundheitliche Versorgung von werdenden Müttern im deutschen Gesundheitssystem. Um allen Frauen die Teilnahme an den Gesprächskreisen zu ermöglichen, wurde von der Leitung eine Kinderbetreuung organisiert. Die Anzahl der Teilnehmerinnen betrug im Durchschnitt 8-10 Frauen. Dies war einerseits gewollt, da eine qualitativ hochwertige Betreuung, Übersetzung und Beantwortung der Fragen in dieser Gruppengröße am besten gewährleistet werden konnte, andererseits hatte die Uhrzeit (18-21 Uhr) Einfluss auf die Zahl der Teilnehmerinnen. Welche und wie viele Frauen teilnehmen würden, wurde vorab durch das Heimpersonal evaluiert. Bestand vorab ein großes Interesse, wurden Folgetermine vereinbart, um allen Interessierten die Teilnahme zu ermöglichen. Durch die kleine, rein von Frauen organisierte, gehaltene und besuchte Veranstaltung wurde eine Intimität und Vertrauensbasis zwischen allen Beteiligten geschaffen, die die weitere Befragung dieser Gruppe zu den sensiblen Themen der Frauengesundheit ermöglichte.

4.2.1.2 Erarbeitung des Fragebogens

Die Erarbeitung des Fragebogens erfolgte bereits vor dem Start der Gesprächskreise im Herbst 2015. Prototypen wurden mit Hilfe von mit Sprachvermittlerinnen abgehaltenen Konsilen in der gynäkologischen Ambulanz des Virchowklinikums ausgewertet und getestet. In Einbeziehung der

Annahme, dass es zu sprachlichen Missverständnissen kommen kann, galt es den Bogen so verständlich wie möglich ohne Möglichkeiten zu Missinterpretationen zu formulieren. Um sprachlichen Missverständnissen vorzubeugen, wurden Prototypen des Fragebogens während der Konsile simultan mündlich zurückübersetzt. Insgesamt wurde ein Fragebogen mit 41 Items entwickelt. Es wurden Bereiche der allgemeinen Anamnese, Bildung, Geburtenanamnese, Zyklusanamnese, Krebsvorsorge, Fertilität, gynäkologische Infektiologie und Trauma-Erfahrungen abgefragt. Der Teil zur allgemeinen Anamnese beinhaltete zu Beginn generelle Fragen zu Alter, Fluchtursache, Aufenthaltsdauer in Deutschland, gefolgt von Fragen zum sozioökonomischen Status wie Bildung und Ausbildung und schließt mit Fragen zu Grunderkrankungen, Größe, Gewicht und medizinisch relevanten Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum. Damit eröffnete sich ein allgemeiner Überblick über die gesundheitliche und sozioökonomische Situation der befragten Frauen. Außerdem wurde so auf den Hauptteil des Fragebogens bestehend aus Fragen zur gynäkologischen Anamnese hingeleitet, ohne die Befragten direkt mit intimen Fragen zur Zyklusanamnese zu konfrontieren. Der Hauptteil setzte sich aus direkten Frageformulierungen zur allgemeinen und speziellen gynäkologischen Anamnese (onkologisch, infektiologisch und fertilitätsbetreffend) zusammen. Den Schlussteil bildeten drei Trauma-relevante Fragen, mit denen ein indirekter Eindruck bezüglich etwaiger geschlechtsspezifischer traumatischer Erfahrungen und deren Auswirkungen wie Alpträume gewonnen werden sollte.

Beim gesamten Fragebogen wurden hauptsächlich geschlossene Fragen verwendet mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, um eine quantitative Auswertung zu erlauben. Bei der Erfragung nach Symptomen wurde zusätzlich die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ mit nachfolgendem Eintragen der Beschwerden gegeben. Dieser Eintrag erfolgte in der Muttersprache der Befragten und wurde anschließend von Sprachmittlerinnen übersetzt und in der Datenbank kodiert. Auch bei der Abfrage der Medikamente wurde aufgrund der vielen verschiedenen Herstellernamen ein selbständiges Eintragen eben dieser Namen ermöglicht. Anschließend erfolgte auch hier die Übersetzung durch Sprachmittlerinnen und das Eintragen nach Medikamentengruppen sortiert in die Datenbank. Aufgrund der sensiblen Natur der Befragung und der Vulnerabilität unserer Teilnehmerinnen wurde darauf verzichtet, eine direkte Frage zu ihrer sexuellen Aktivität mit aufzunehmen. Stattdessen wurden Frauen als sexuell aktiv betrachtet, wenn sie mindestens eine der folgenden Angaben machten: Sie befinden sich derzeit in einer aktiven Beziehung; sie gaben an, aktuell Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu haben; sie äußerten den Wunsch, innerhalb der nächsten 12 Monate schwanger zu werden; oder sie erwähnten die Jungfräulichkeit nicht. Des Weiteren wurde auf die Erfassung ausführlicher Informationen zu

traumatischen Erlebnissen verzichtet, da mehrere wegweisende Studien zur Erfassung traumatischer Belastung Geflüchteter bereits existieren. Eine Befragung solcher Erlebnisse ist immer mit vermehrtem psychischem Stress der Teilnehmenden verbunden und kann mittels einer quantitativen Erhebung nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Daher verblieben wir bei der Abfrage von nur drei geschlechtsspezifischen Trauma-relevanten Punkten: Albträume, Gewalterfahrung und sexuelle Belästigung. Dadurch sollte eine erste quantitative Einschätzung des traumatischen Erlebens unserer Befragten erfolgen.

Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte am selben Tag der Präsentation. Es wurde kein zeitliches Limit gesetzt und somit keine zusätzlichen Stressoren auf die Befragten ausgeübt und es stand zu jeder Zeit eine Sprachmittlerin als Hilfsmittel bei Missverständnissen zur Verfügung.

4.2.1.3 Einwilligung

Nach der Teilnahme an den Vorträgen und vor Aushändigung der Fragebögen wurde an alle Teilnehmerinnen die Studieninformation in der jeweiligen benötigten Sprache ausgeteilt. Diese gab den Frauen alle notwendigen Informationen bezüglich des Hintergrundes der Studie, den bestehenden Datenschutz und erklärte die Freiwilligkeit der Teilnahme in verständlicher Sprache. Wenn nötig, zum Beispiel bei Analphabetismus, wurden Sprachvermittlerinnen zur Beantwortung des Bogens hinzugezogen. Nach Unterzeichnung der Einwilligungserklärung erfolgte die Verteilung der Fragebögen. Weitere 20 bis 60 Minuten wurden zur vollständigen Beantwortung der Fragen benötigt. Bei Bedarf standen auch in diesem Studienabschnitt Sprachvermittlerinnen zur Verfügung, die im persönlichen Gespräch durch Vorlesen der Fragen bei der Beantwortung halfen.

4.2.1.4 Datenschutz

Die Aushändigung des Fragebogens erfolgte nach der mündlichen und/oder schriftlichen Aufklärung der Teilnehmerinnen und deren schriftlichen Einwilligung und wurde mit einer ein- bis dreistelligen Zahl codiert. Die weitere Bearbeitung während der Studiendokumentation erfolgte mittels dieses Pseudonyms, welches keine Rückschlüsse über die Identität der Teilnehmerinnen zuließ.

Die Daten wurden gemäß den Vorgaben des Datenschutzbeauftragten der Charité und unter Einhaltung der GCP-Richtlinien gespeichert und verarbeitet

4.2.1.5 Ethikvotum

Für die Studie wurde ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der Charité vorgelegt und positiv begutachtet (EA1/120/16). Die Richtlinien der Deklaration von Helsinki (2004) wurden zu allen Zeiten eingehalten.

4.2.2 Studienpopulation

4.2.2.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Frauen erfolgte im Zeitraum von Dezember 2015 bis Dezember 2017. In diesem Zeitraum konnten 50 Gesprächskreise abgehalten und dabei 410 Frauen erreicht werden. Die Teilnahme an den Vorträgen war nur dort lebenden registrierten weiblichen Geflüchteten gestattet. Unsere Studienpopulation setzt sich daher nur aus Asylsuchenden und Asylantinnen zusammen. Allen bei den Vorträgen anwesenden Frauen über 18 Jahr wurde die Teilnahme an der Studie angeboten.

4.2.2.2 Ein und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien für die Pilot-Studie „Frauengesundheitliche Versorgung weiblicher Geflüchteter in Berlin – Ermittlung des Status quo“ war die Teilnahme an den von „Women for Women“ organisierten Gesprächskreisen in den Flüchtlingsunterkünften und die schriftliche Zustimmung der Studienteilnahme. Ausschlusskriterium war ein Alter der Teilnehmerinnen unter 18 Jahre.

4.2.3 Studienablauf

4.2.3.1 Studienkonzept

Anhand eines Fragebogens sollte der frauengesundheitliche Status quo von nach Berlin Geflüchteten aufgezeigt werden. Die erhobenen Daten wurden weitergehend auf Korrelationen untereinander und, mit besonderer Beachtung, mit dem Herkunftsland, dem Bildungsstatus und der Zeit in Deutschland hin untersucht.

4.2.3.2 Erfassung der Parameter

Alle Parameter wurden mittels eines speziell konzipierten und an diese Studienpopulation angepassten Fragebogens ermittelt. Dieser wurde nach der Teilnahme an den Vorträgen von „Women for Women“ und Unterzeichnung der Studieneinwilligung an Freiwillige ausgehändigt. Die Beantwortung erfolgte noch am selben Abend, jedoch ohne zeitliches Limit. Durchschnittlich erfolgte das komplette Ausfüllen des Fragebogens innerhalb von 20-60 Minuten. Es standen zu jeder Zeit Sprachvermittlerinnen bei sprachlichen Schwierigkeiten und funktionalem Analphabetismus zur Verfügung.

4.2.3.3 Spezifische Gruppeneinteilung zur Evaluation und Ermittlung des Bedarfs an Familienplanung

Bei der Auswertung und Beantwortung dieser gesonderten Fragestellung wurden die Frauen zunächst in zwei Gruppen unterteilt. Gruppe 1: Frauen ohne Bedarf an Familienplanung (Frauen in den Wechseljahren, nicht sexuell aktiv, schwanger oder Frauen, die derzeit schwanger werden wollen) und Gruppe 2: Frauen mit Bedarf an Familienplanung (sexuell aktive, fruchtbare Frauen, die nicht den Wunsch haben, in nächster Zeit schwanger zu werden).

Gruppe 2 wurde weiter in zwei Untergruppen unterteilt: Untergruppe 2a: Frauen, die verhüten (contraceptive prevalence) und Untergruppe 2b: Frauen, die nicht schwanger werden wollen, aber nicht verhüten (unmet need for family planning). Damit wurde die WHO-Definition der contraceptive prevalence und des unmet need for family planning angewandt. [57]

Die Untergruppen wurden weiterhin hinsichtlich Alter, Bildungsstand, Sexualerziehung und Zeit in Deutschland verglichen. Zur Bewertung der unterschiedlichen Verhütungsmethoden in der Subgruppe 2a wurde eine Kategorisierung der verschiedenen Methoden entweder als modern (Antibabypille, Spirale, Kondom und Sterilisation) oder traditionell (Entzugsmethode/ Coitus interruptus und Kalendermethode) vorgenommen. Der Pearl-Index wurde verwendet, um die Effektivität der verschiedenen Methoden zu bestimmen: Moderne Methoden haben einen Pearl-Index zwischen 0,1 und 12 (Antibabypille: 0,1 - 0,9; IUDs: 0,16 - 0,8; Kondom: 2 - 12); traditionelle Methoden zwischen 4-18 (Coitus interruptus: 4 - 18; Sterilisation: 0,1 - 0,3). [58]

4.2.3.4 Datenauswertung

Für die statistische Auswertung wurden wir durch das Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie (iBike) der Charité beraten.

Alle Parameter wurden in einer SPSS Datenbank (IBM, PASW, Version 24) zusammengetragen und codiert. Die statistische Analyse der Fragebögen wurde mittels der selbigen Datenbank durchgeführt. Alle klinischen und demographischen Parameter wurden durch deskriptive Statistiken zusammengefasst. Der Chi-Quadrat-Test wurde zum Testen kategorialer Daten zwischen den Gruppen verwendet. Kruskal-Wallis Einweg-Varianzanalyse wurde zum Vergleich kontinuierlicher Daten verwendet. P-Werte kleiner oder gleich 0,05 wurden als statistisch signifikant betrachtet.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Stichprobengröße und Sozioökonomische Daten

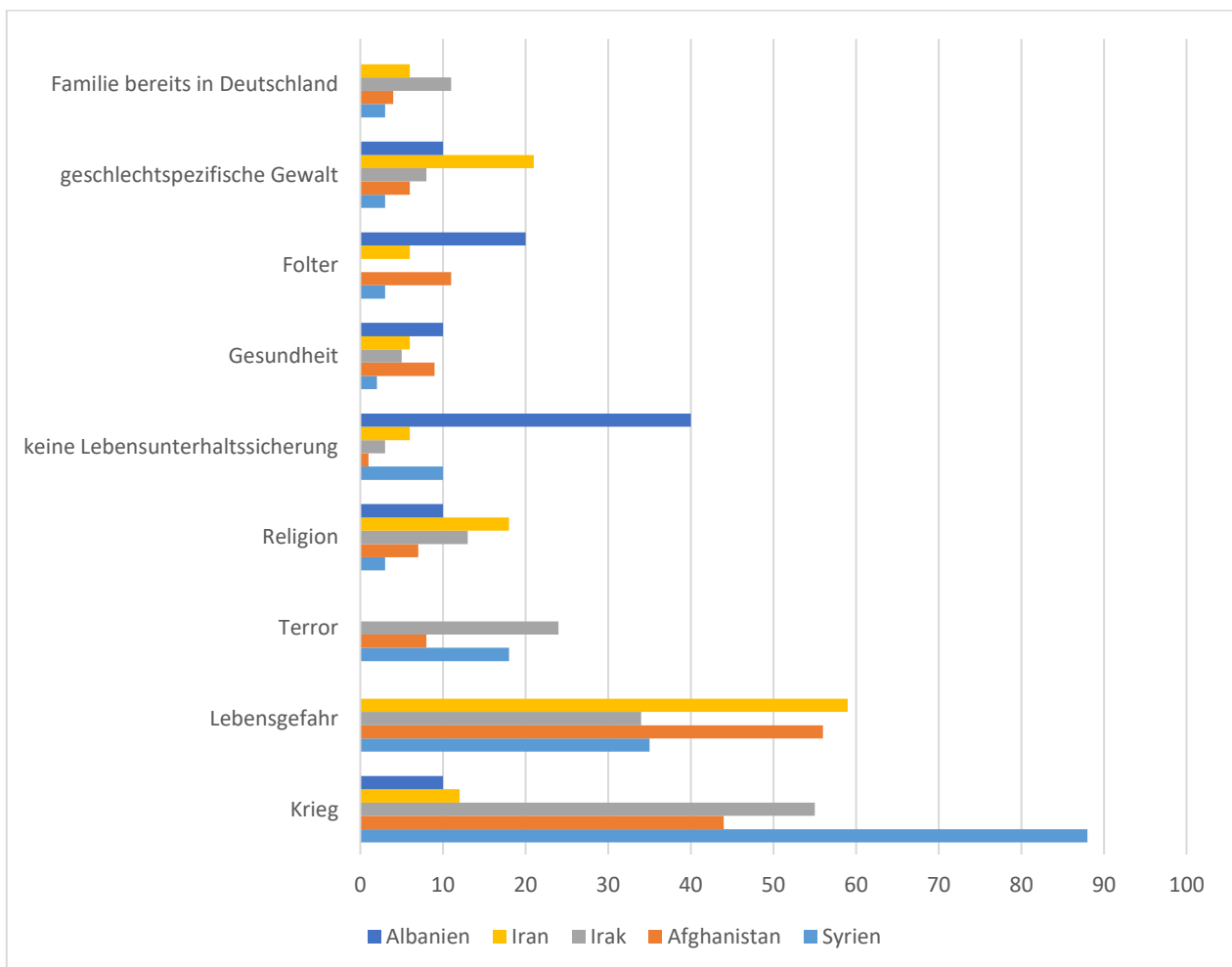
Es konnten 307 Frauen in die Pilot-Studie zur frauengesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in Berlin eingeschlossen werden. Das Durchschnittsalter betrug 33 Jahre (Range: 18-63). Die Mehrheit der Befragten kam aus Syrien (29,6%) und Afghanistan (29,3%). Die übrigen Frauen flohen aus dem Irak (12,4%), Iran (11,1%), Albanien (3,3%), Ägypten (2%), Kosovo (1,3%) und anderen Ländern (5,2%) wie dem Jemen, Moldawien, Tschetschenien, Serbien, Bosnien, Eritrea, Armenien und dem Sudan. Die übrigen (5,9%) gaben ihr Herkunftsland nicht an. Im Durchschnitt befanden sich die Frauen zur Zeit der Befragung bereits 12 Monate in Deutschland ($SD=7,6$).

Tab. 1: Sozioökonomische Daten (n=307) [59]

Herkunftsland	Alter in Jahren	Schulzeit	Bachelorabschluss	Berufsausbildung	
n (%)	Mittelwert	Mittelwert	n	n	
Total	307	33	7,4	67 (22%)	30 (10%)
	(100)				
- Syrien	91 (29.6)	33	9	26	5
- Afghanistan	90 (29.3)	32	5	8	9
- Irak	38 (12.4)	35	8	11	4
- Iran	34 (11.1)	35	9	14	4
- Albanien	10 (3.3)	34	12	2	3
- Ägypten	6 (2.0)	32	10	2	1
- Kosovo	4 (1.3)	31	12	-	2
- Serbien	3 (1.0)	34	3	-	-
- Moldawien	3 (1.0)	31	7	-	1
- Sudan	2 (0.6)	18	12	-	-
- Tschetschenien	2 (0.6)	33	12	1	1
- Bosnien	2 (0.6)	36	4	-	-
- Eritrea	2 (0.6)	25	3	-	-
- Jemen	1 (0.3)	33	12	-	-
- Armenien	1 (0.3)	51	10	1	-
- keine Angabe	18 (5.9)	33	7	2	-

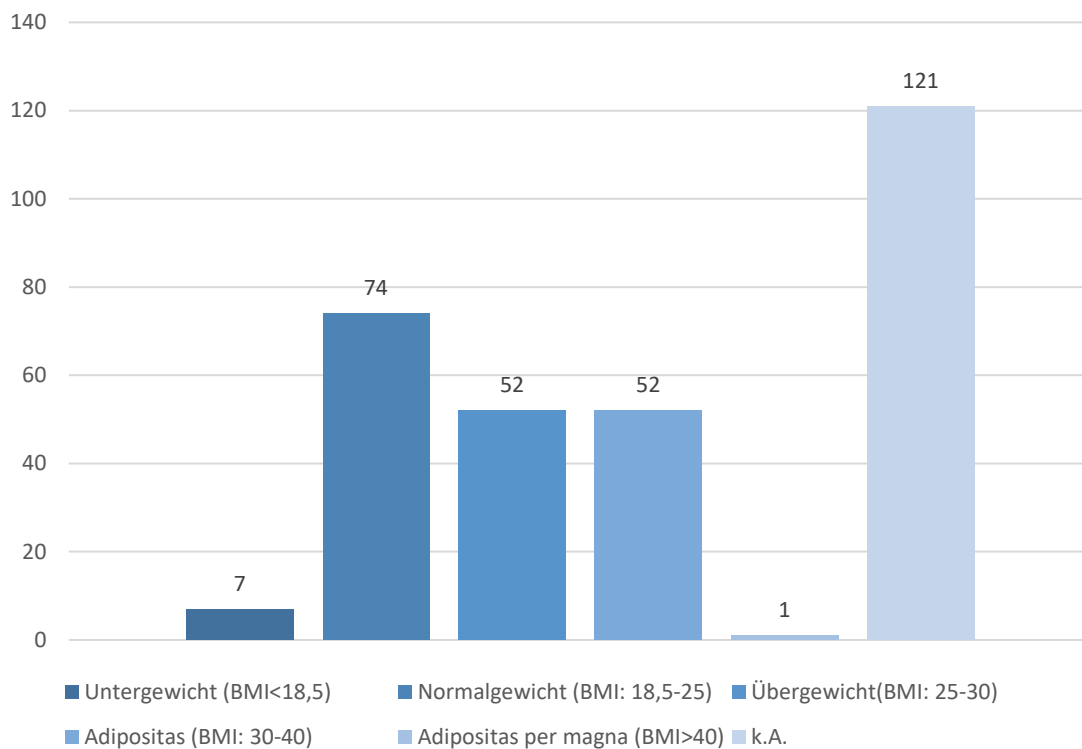
Die am häufigsten angegebenen Gründe zur Flucht waren Krieg (von 156 Frauen angegeben), die Gefahr ums eigene Leben (130 Frauen) und Terror (71 Frauen). Mehrfachnennungen waren hierbei möglich. Weitere angegebene Fluchtursachen waren Verfolgung auf Grund der Religion und keine Möglichkeit seinen Lebensunterhalt zu sichern (je 24 Frauen), gesundheitliche Gründe und Foltererfahrungen (je 22 Frauen), Verfolgung auf Grund geschlechtsspezifischer Gewalt (21 Frauen) und dass die Familie bereits in Deutschland war (17 Frauen). Besonderheiten aufgrund der Herkunftsländer konnten hierbei identifiziert werden: Krieg war als Fluchtgrund v.a. für Frauen aus Syrien (88% der befragten Syrerinnen; n=80) besonders relevant. Auch Frauen aus dem Irak (55%; n=21) und Afghanistan (44%; n= 40) gaben diesen Grund vermehrt an, wohingegen für Frauen aus dem Iran die Angst ums eigene Leben (59%; n= 20), die Erfahrung geschlechtsspezifischer Gewalt (21%, n=7) und die Verfolgung aufgrund der Religion (18%, n=6) eine bedeutende Rolle für die Entscheidung zur Flucht gespielt hat.

Abb. 1: Fluchtursachen von 307 befragten Frauen nach Herkunftsland, Angaben in % (Mehrfachnennung war möglich)



Die Teilnehmerinnen berichteten über ein breites Spektrum an Bildungshintergründen, wobei ein Drittel entweder eine Berufsausbildung oder einen Bachelor-Abschluss vorzuweisen hatte. Einhunderteinundvierzig Frauen (46%) gaben an, an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden, wobei 84 Frauen (27%) von Depressionen, 32 (10%) von Bluthochdruck und 19 (6%) von Typ-2-Diabetes berichteten. Der Durchschnitts-BMI war 26,83, mit einer weiten Streuung von 15,62 bis 40,40 BMI. Auffälligkeiten hinsichtlich des BMIs und der Herkunftsländer gab es nicht. Rauchen als Lifestyle-Faktor wurde von 10% (n=31) der Frauen angegeben und acht Frauen (2,6%) gaben an, Alkohol zu konsumieren.

Abb. 2: Verteilung des BMI in der Studienkohorte (n=307 Frauen)



4.3.2 Trauma

Von den Teilnehmerinnen berichteten 45% (n=139) regelmäßig Alpträume zu haben. Ein Viertel (n=75) gab an, schon einmal Gewalt erfahren zu haben und 7% (n=22) berichteten schon mindestens einmal sexuell belästigt worden zu sein. Es zeigte sich eine signifikante Korrelation mit dem Herkunftsland. So erfuhren vermehrt Frauen, die aus Afghanistan und dem Iran flüchteten, Gewalt oder/und wurden sexuell belästigt. Auch Frauen aus Albanien berichteten vermehrt über Alpträume und Gewalterfahrungen jedoch nicht von sexuellen Übergriffen. Die Anzahl der Frauen, die keine Angaben machten, verhielt sich bei den drei Fragestellungen (Alpträume, Gewalt und sexuelle Belästigung) in etwa ähnlich.

Tab. 2: Angaben zu traumatischen Erfahrungen (n=307)

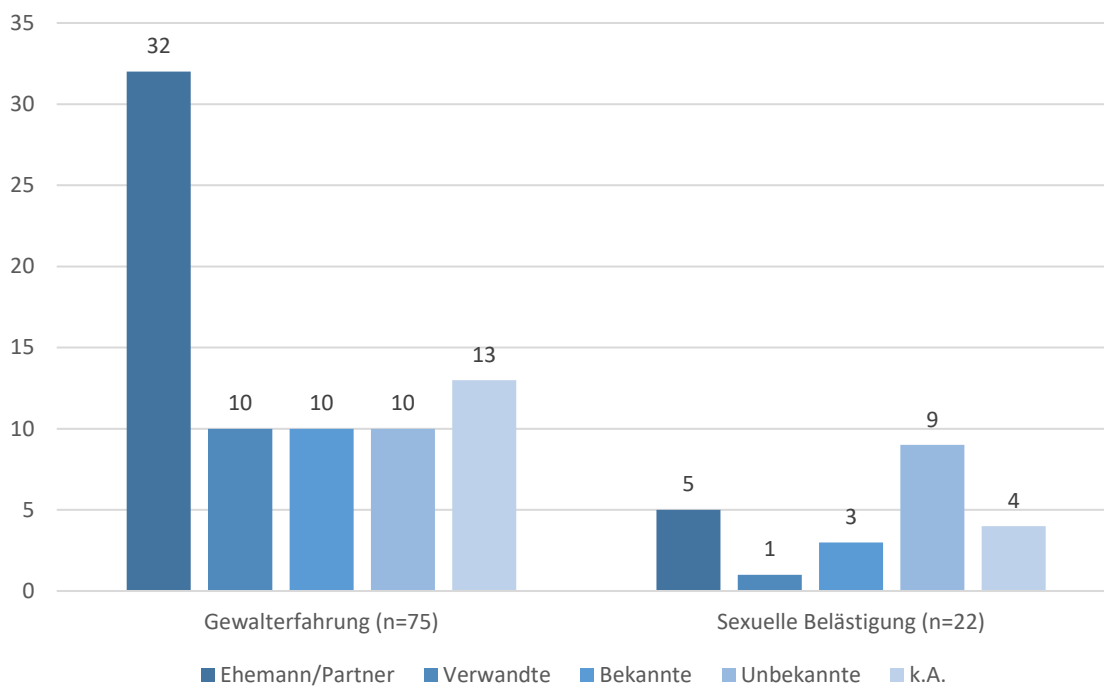
Charakteristika	Alpträume			p-Wert	Gewalterfahrung			p-Wert	Sexuelle Belästigung			p-Wert
	n	n	n		n	n	n		n	n	n	
	ja	nein	k.A.		ja	nein	k.A.		ja	nein	k.A.	
Herkunftsland				<0,001				<0,001				0,001
- Albanien	6	4	0		4	6	0		2	7	1	
- Syrien	22	65	4		9	80	2		3	85	3	
- Afghanistan	65	23	2		31	52	7		8	76	6	
- Iran	22	9	3		13	15	6		5	21	8	
- Irak	13	22	3		7	28	3		0	36	2	
- andere	11	25	8		11	25	8		4	32	8	
Total	139	148	20		75	206	26		22	257	28	
Alter Median	32	32	31	ns	33	31	35	ns	31	32	30	ns

ns: nicht signifikant

k.A.: keine Angaben

Die 75 Frauen, die angaben, Gewalt erfahren zu haben, berichteten, dass sie diese vor allem durch den Partner/Ehemann erfahren hatten. Weitere 17% (n=13) der Frauen wollten zu dem Verursacher oder der Verursacherin keine weiteren Angaben machen. Bei den Frauen die sexuelle Belästigung angaben, geschah dies in 41% (n=9) der Fälle durch Unbekannte. Auch bei dieser Frage machten 18% (n=4) keine Angabe darüber, von wem sie sexuell belästigt wurden.

Abb.3: Gewalterfahrung / sexuelle Belästigung nach Verursacher (n)



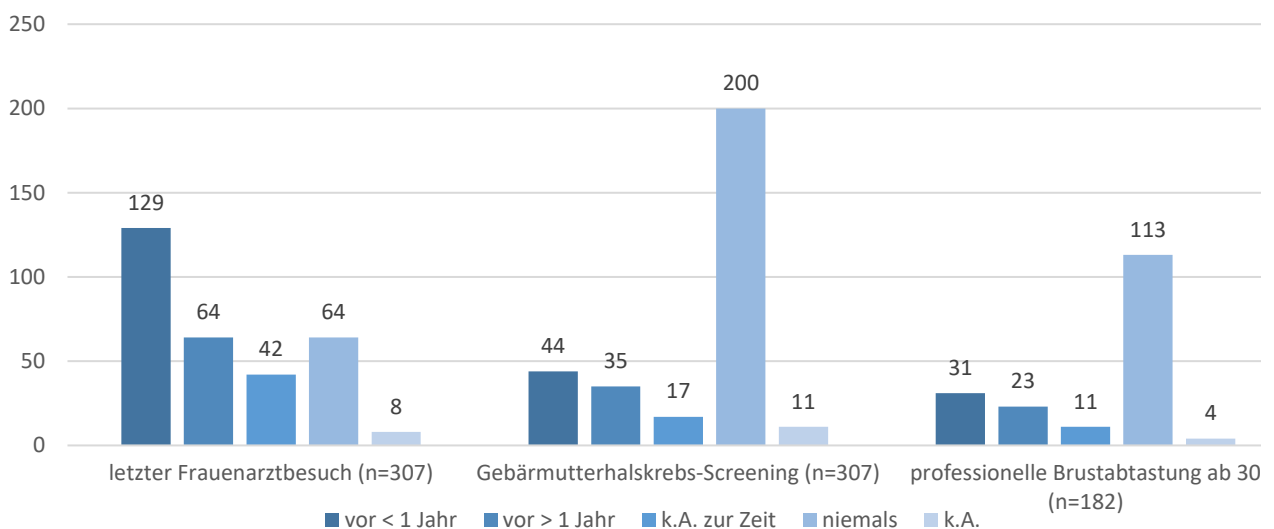
4.3.3 Krebsvorsorge und allgemeine Gesundheitsvorsorge

Von den befragten Frauen gaben 73% (n=224) an, einen Impfpass oder ein Gesundheitsdokument zu besitzen. Dreiviertel der Frauen (76%; n=235) gab zudem an, schon einmal einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin aufgesucht zu haben. Die Mehrheit davon war vor weniger als einem Jahr das letzte Mal in gynäkologischer Behandlung. Davon hatten 31% der Frauen ein Gebärmutterhalskrebs-Screening bekommen. Die Mehrheit dieser Frauen kam aus Syrien und dem Iran. Nur vier Frauen gaben zudem an, gegen HPV geimpft worden zu sein, elf Frauen waren sich diesbezüglich nicht sicher.

Es ergab sich keine signifikante Korrelation bei der Aufenthaltsdauer der Frauen in Deutschland und dem letzten Frauenarztbesuch ($p = 0,704$).

Von den über 30-jährigen haben 36% jemals eine professionelle Abtastung der Brustdrüse und der dazugehörigen Lymphknoten bekommen. Eine Mammografie haben 30% der über 50-jährigen schon einmal machen lassen. Bei beiden Gruppen gab es keine signifikanten Korrelationen in Bezug auf ihre Herkunftsländer. Jedoch hatten die Frauen, die vor weniger als einem Jahr einen Gynäkologen oder Gynäkologin aufgesucht hatten, signifikant häufiger auch eine Krebsvorsorge erhalten (Gebärmutterhalsscreening $p < 0,001$; professionelle Brustabtastung $p = 0,038$). Zudem tasteten 30% der befragten Frauen zur Zeit der Umfrage ihre eigene Brust regelmäßig selbst ab. Hierbei gaben Frauen mit mindestens 12 Jahren Schulbildung signifikant häufiger an, ihre Brust regelmäßig selbst abzutasten als Frauen, die weniger Jahre in der Schule verbracht hatten ($p < 0,001$). Insgesamt litten zur Zeit der Befragung acht Frauen an einer Krebserkrankung. Bei zwei Frauen handelte es sich dabei um Brustkrebs.

Abb. 4: Formen der Krebsvorsorge bei Geflüchteten



4.3.4 Zyklusanamnese

23 Frauen befanden sich zur Zeit der Befragung im Klimakterium. Sie wiesen ein mittleres Alter von 52 Jahren auf ($SD=7,5$). Die am häufigsten genannten klimakterischen Beschwerden waren Kopfschmerzen ($n=8$; 34,8%), Hitzewallungen ($n=7$; 30,4%), vaginale Trockenheit und Infektionen ($n=7$; 34,8%) und Nervosität ($n=3$; 13%). Mehrfachnennung war möglich.

Von den 284 Frauen, die ihre Periode in den letzten 12 Monaten noch bekamen, machten 279 genauere Angaben über eventuelle Beschwerden. Mehrfachnennung war hierbei möglich.

Insgesamt gaben 60,2% der Frauen an, an allgemeinen Menstruationsbeschwerden zu leiden.

Wobei Frauen aus Afghanistan und dem Iran gehäuft Angaben zu Beschwerden während der Menstruation machten (69,9% und 69,2%). Die genaue Aufschlüsselung nach Beschwerden, Land und Alter ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tab. 3: Menstruationsbeschwerden Angaben von 279 Frauen (Mehrfachnennung war möglich)

Charakteristika	Keine* n	Dysme- norrhoe* n	Cephalea n	Übelkeit n	Kreislauf- dysregulation n	Hyper- menorrhoe n	Andere n	p-Wert
Herkunftsland*								0,051*, ns
- Albanien (n=10)	5	4	2				1	
- Syrien (n=84)	36	38	22	8	5	8	1	
- Afghanistan (n=83)	25	53	24	4		12		
- Iran (n=26)	8	17	4	1		2		
- Irak (n=38)	18	18	4	1	3	3	1	
- andere (n=38)	19	16	7	5	2	3	0	
Total (n=279)	111	146	63	19	10	28	3	
% der Frauen insg.	(39,8)	(52,3)	(22,6)	(6,8)	(3,6)	(10)	(1,1)	
Alter Mittelwert	32	31	32	29	28	34	32	ns

ns: nicht signifikant

*auf Signifikanz geprüft

Periodenunregelmäßigkeiten wurden von nur wenigen Frauen angegeben. Hierzu gehörten Menorrhagie (n=37) Metrorrhagie (n=22), Brachymenorrhoe (n=16) und Amenorrhoe (n=15). Mehrfachnennung war auch hier möglich. Es konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen der Herkunft und dem Auftreten von Menstruationsunregelmäßigkeiten oder dem Alter und Menstruationsunregelmäßigkeiten aufgedeckt werden.

4.3.5 Sexuell übertragbare Erkrankungen

Drei Frauen (1%) gaben an HIV/Aids erkrankt zu sein. Weitere 29 Frauen (9,4%) wussten ihren HIV-Sero-Status nicht und wieder weitere acht Frauen (2,6%) machten dazu keine Angaben. Auf die Frage ob die Frauen sich als aufgeklärt in Bezug auf sexuell übertragbare Erkrankungen fühlten, antworteten 56% (n=172) mit „nein“, 37,8% (n=116) mit „ja“ und 6,2% der Frauen (n=19) machten dazu keine Angabe.

Tab. 4: selbsteingeschätzte Aufklärung über sexuell übertragbare Erkrankungen (n=307)

Charakteristika	Aufklärung über sexuell übertragbare Erkrankungen			p-Wert
	n			
	ja	nein	k.A.	
Herkunftsland				<0,001
- Albanien	7	2	1	
- Syrien	53	35	3	
- Afghanistan	12	71	7	
- Iran	11	21	2	
- Irak	18	20	0	
- andere	15	23	6	
Total	116	172	19	
Alter Mittelwert	32	33	35	ns
Monate in Deutschland Mittelwert	12	14	11	ns
Schulbildung (n=293)				<0,001
- keine	10	41	1	
- 1-5 Jahre	4	16	4	
- 6-11 Jahre	48	68	6	
- >12 Jahre	52	40	2	

ns: nicht signifikant

k.A.: keine Angaben

4.3.6 Schwangerschaft und Geburt

Vierundzwanzig Frauen (8%) gaben an, dass sie zum Zeitpunkt der Umfrage schwanger waren. Die durchschnittliche Geburtenrate unter allen Frauen betrug zum Zeitpunkt der Umfrage 2,5 (Range: 0-10), wobei die Mehrheit der Geburten auf natürlichem Wege erfolgten (70% spontan vaginale Entbindungen) und fast ein Viertel mittels Kaiserschnitt durchgeführt wurde (23%). Bei den über 30-jährigen Frauen hatten zur Zeit der Umfrage 69,8% bereits dreimal oder noch öfter entbunden, 8,8% hatten bisher noch keine eigenen Kinder. Mindestens eine Fehlgeburt gehabt zu haben wurde von 77 Frauen berichtet. Von mindestens einem Schwangerschaftsabbruch berichteten 24 Frauen (7,8%; range: 1-3 Abbrüche pro Frau). Vierundvierzig Frauen machten diesbezüglich keine Angaben. Keine der Frauen wünschte sich einen Schwangerschaftsabbruch zum Zeitpunkt der Befragung.

Tab. 5: Schwangerschaft und Geburt (insg. 736 Geburten) [59]

Herkunftsland	Geburten pro Frau (n)	Spontan-vaginale Entbindung % (n)	Kaiserschnitt % (n)	Operativ-vaginale Entbindung % (n)	Nicht näher spezifizierte Geburt % (n)
Total	2.48 (736)	70 (519)	23 (171)	3 (19)	4 (28)
- Syrien	2.6 (235)	71 (168)	22 (52)	3 (7)	3 (8)
- Afghanistan	2.6 (227)	73 (166)	22 (50)	2 (5)	2 (5)
- Irak	2.7 (103)	76 (79)	18 (19)	2(2)	3 (3)
- Iran	1.9 (58)	58 (34)	25 (15)	5 (3)	10 (6)
- Albanien	2.7 (27)	55 (15)	47 (11)	4 (1)	-
- Ägypten	3.0 (18)	55 (10)	44 (8)	-	-
- Kosovo	2.3 (9)	77 (7)	22 (2)	-	-
- andere	1.8 (59)	67 (40)	24 (14)	2 (1)	7 (6)

4.3.6.1 Gruppeneinteilung zur Evaluation und Ermittlung des Bedarfs an Familienplanung

4.3.6.2 Gruppe 1

Vierundzwanzig Frauen (8%) gaben an, dass sie zum Zeitpunkt der Umfrage schwanger waren. Dreiundfünfzig Frauen (17,3%) hatten den Wunsch, innerhalb der nächsten 12 Monate schwanger zu werden. Dreiundzwanzig (7%) waren bereits in den Wechseljahren. Weitere 12 Frauen (4%) gaben an, noch nie einen Partner gehabt zu haben oder machten im Fragebogen keine Angaben, die in Verbindung zur aktuellen sexuellen Aktivität stehen. Insgesamt wurden 112 Frauen der Gruppe 1 zugeteilt und hatten damit kein Bedürfnis an Familienplanung.

4.3.6.3 Gruppe 2

Von den verbleibenden 195 Frauen, die ein ermitteltes Interesse an einer angemessenen Verhütung hatten, machten 12 keine weiteren Angaben zu ihrer Verhütungsmethode und wurden daher nicht weiter analysiert. Von den übrigen 183 Frauen gaben 97 (53%) an, irgendeine Form der Verhütung zu nutzen. Sie wurden zur weiteren statistischen Auswertung der Untergruppe 2a zugeteilt. Der ungedeckte Bedarf an Familienplanung ermittelt sich aus dem prozentualen Anteil der Frauen, welche trotz eines Interesses an Empfängnisverhütung nicht verhüten. In unserer Population betrug dieser mit 86 Frauen 47%. Diese Frauen wurden der Subgruppe 2b zugeteilt. Beide Subgruppen (Frauen mit und Frauen ohne Verhütung) wurden hinsichtlich verschiedener Kategorien verglichen und deren Daten auf Signifikanzen hin überprüft.

4.3.6.4 Subgruppen Vergleich

Frauen, bei denen ein ungedeckter Bedarf an Familienplanung ermittelt wurde (Subgruppe 2b), waren mit einem medianen Alter von 36 Jahren signifikant älter als Frauen, die Verhütungsmittel verwendeten und ein medianes Alter von 32 Jahren aufwiesen ($p=0,001$). Frauen, die verhüteten (Subgruppe 2a), lebten zudem signifikant länger in Deutschland als Frauen mit einem Familienplanungsbedarf (Median: 16 vs. 12 Monate; $p = 0,013$). Des Weiteren verhüteten Frauen, die sich selbst als sexuell aufgeklärt betrachteten, signifikant häufiger als Frauen, die diese Selbsteinschätzung nicht hatten. (OR: 2,9, 95% CI: 1,27 bis 6,72; $p=0,009$).

Tab. 6: Vergleich des ungedeckten Familienplanungsbedarfs (Subgruppe 2b) mit Frauen, die verhüten (Subgruppe 2a) (n=183) [59]

Charakteristika	Ungedeckter Familienplanungsbedarf (Subgruppe 2b) (n=86)	Frauen mit Verhütung (Subgruppe 2a) (n=97)	p-Wert
	n	n	
Herkunftsland			ns
- Albanien	4	4	
- Syrien	26	27	
- Afghanistan	23	33	
- Iran	8	12	
- Irak	10	14	
- andere	15	7	
Alter (median)	36	32	0.001
Monate in Deutschland (median)	13	16	0.013
Schulbildung			ns
- keine	20	13	
- 1-5 Jahre	7	9	
- 6-11 Jahre	30	44	
- >12 Jahre	28	29	
Selbst als sexuell aufgeklärt eingeschätzt	56	82	0.009
Feste Partnerschaft	50	82	0.001

ns: nicht signifikant

4.3.6.5 Subgruppe 2a – Wahl des Verhütungsmittels

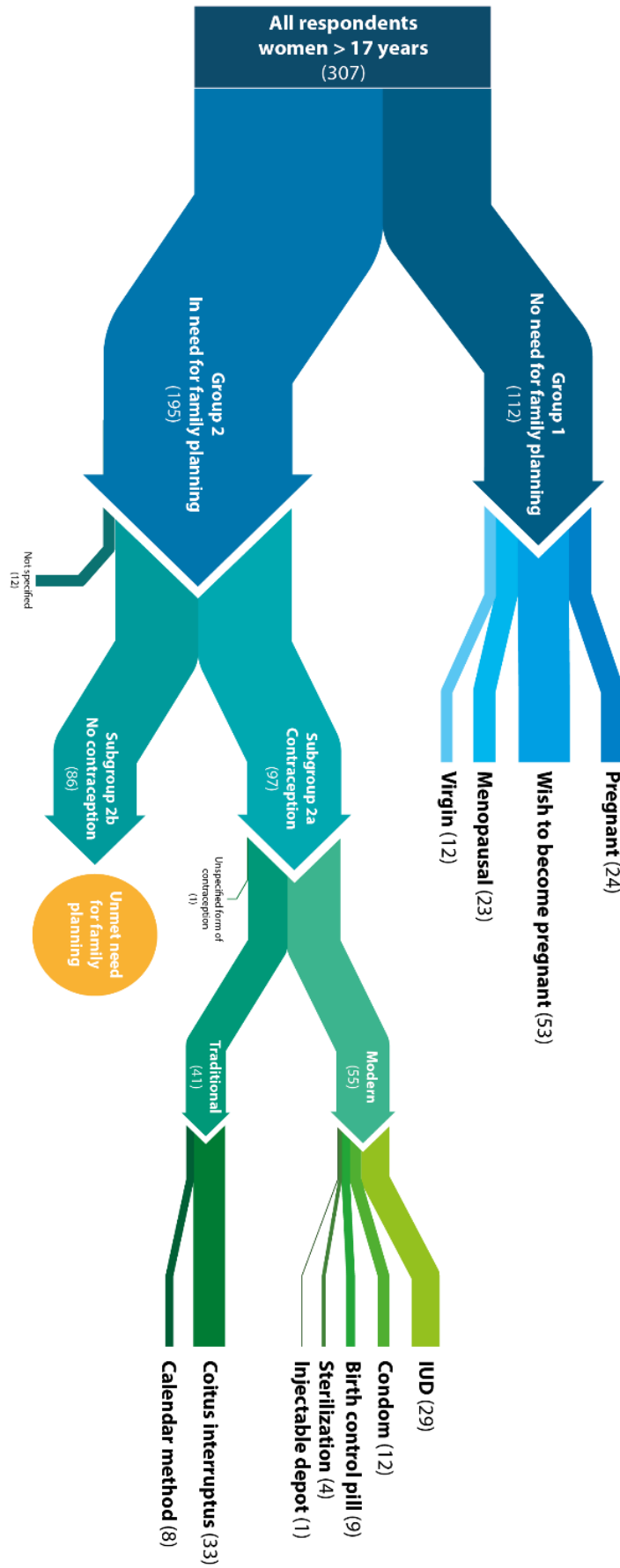
Die am häufigsten verwendeten Verhütungsmethoden waren der Coitus Interruptus (34%) und die Spirale (30%). Zu den seltener verwendeten Methoden gehört das Kondom (12%), die Antibabypille (9%), die Kalendermethode (8%) und die Sterilisation (4%). Insgesamt verwendeten 55% der Frauen moderne Methoden wie die Antibabypille, das Kondom und die Spirale, während 42% der Frauen auf traditionelle Methoden wie den Coitus Interruptus oder die Kalendermethode zurückgriffen. Die Mehrheit der Frauen, die diese traditionellen Methoden benutzten, kam aus Albanien, Iran und Irak. Es konnten keine signifikanten Korrelationen ermittelt werden, die einen Zusammenhang der Wahl des Verhütungsmittels mit der Herkunft, dem Alter, dem Aufenthalt in Deutschland, und sexuellen Aufklärung oder einer festen Beziehung zeigten.

Tab. 7: Vergleich von traditionellen mit modernen Methoden der Verhütung (n=96) [59]

Charakteristika	Traditionell (n=41)	Modern (n=55)	p-Wert
	n	n	
Herkunftsland			ns
- Albanien	3	1	
- Syrien	12	15	
- Afghanistan	11	21	
- Iran	7	5	
- Irak	8	6	
- andere	-	7	
Alter (median)	32	31	ns
Monate in Deutschland (median)	14	16	ns
Schulbildung			0.03
- keine	4	9	
- 1-5 Jahre	-	8	
- 6-11 Jahre	20	24	
- >12 Jahre	17	12	
Selbst als sexuell aufgeklärt eingeschätzt	34	47	ns
Feste Beziehung	37	44	ns

ns: nicht signifikant

Abb. 5: Gruppeneinteilung zu Familienplanungsbedarf (n) [59]



4.3.6.6 Schwangerschaftsabbrüche

Von den Frauen mit einem ermittelten Interesse an adäquater Familienplanung (Gruppe 2) hatten 16 Frauen bereits mindestens eine Abtreibung durchlaufen. Die meisten von ihnen kamen aus dem Iran. Bei einer weiteren Unterteilung in die Subgruppen waren 11 der 16 Frauen (69%) zum Zeitpunkt der Befragung ohne jegliche Form der Empfängnisverhütung und gehörten somit zur Untergruppe 2b. Es konnte jedoch keine statistische Signifikanz festgestellt werden ($p = 0,09$).

4.4 Diskussion

4.4.1 Stichprobenpopulation und sozioökonomische Daten

Die Stichprobenpopulation repräsentiert in ihrer Zusammensetzung die nach Deutschland geflüchteten Frauen, sowohl hinsichtlich ihrer Herkunftsländer als auch ihrer Fluchtgründe. [5,10] Als Fluchtgründe sind bei den Frauen aus Syrien, Afghanistan und dem Irak v.a. Krieg und die Angst um das eigene Leben zu nennen, wohingegen für Frauen aus dem Iran auch geschlechtsspezifische Gewalt und Verfolgung aufgrund der Religion eine relevante Rolle für die Entscheidung zur Flucht gespielt haben. Frauen aus Albanien gaben dahingehend noch wirtschaftliche Interessen als Gründe zur Flucht an. Es gilt zu bedenken, dass bei dieser Studie nach Deutschland geflüchtete Mädchen unter 18 Jahren keine Beachtung fanden und nicht in die Studie eingeschlossen wurden. Über diese Flüchtlingspopulation können daher keine Aussagen getroffen werden. Bei der Studienpopulation handelte es sich v.a. um gesunde Frauen im reproduktiven Alter. Die Prävalenz chronischer Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Typ 2 Diabetes Mellitus war im Vergleich zur deutschen Frauenpopulation niedriger (10% bei den von uns befragten geflüchteten Frauen vs. 30,9% in der deutschen Frauenpopulation). [60] Auch die Prävalenz von Risikofaktoren, die für mehr als die Hälfte der kardiovaskulär bedingten Todesfälle verantwortlich sind, wie Nikotin- und Alkoholkonsum, ist in unserer Stichprobe geringer [61], obwohl sich in einer systematische Übersichtsarbeit von 20 Publikationen zu syrischen Flüchtlingen in der Türkei vermehrt Hinweise darauf ergeben, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren bei syrischen Geflüchteten in der Türkei erhöht sind. [62] Bei den von uns befragten Frauen konsumierten nur 2,6% (n=8) Alkohol und nur 10% (n=32) der Frauen rauchten. Im Vergleich dazu hatten bei einer im Jahr 2017 an deutschen Frauen durchgeführten Studie 21,7% der befragten Frauen einen riskanten Alkoholkonsum und 24,9% der Frauen rauchten regelmäßig. [63] Die geringere Prävalenz von Alkohol und Nikotinkonsum bei unserer Studienpopulation könnte darauf zurückzuführen sein, dass v.a. Frauen aus muslimischen Ländern wie Syrien im Durchschnitt weniger dazu neigen Zigaretten und Alkohol zu konsumieren. Dies wurde von einer Studie zu kardiovaskulärer Gesundheit in Syrien bestätigt, bei der nur 19,2% der Frauen regelmäßig zur Zigarette griffen im Vergleich zu 63,6% der Männer. [64] In einer weiteren Studie zu Substanzmissbrauch in Flüchtlingsunterkünften in der Türkei hatten bisher nur 0,2% der befragten syrischen Geflüchteten (Männer und Frauen) jemals Alkohol konsumiert und 6,9% der Frauen gaben an schonmal geraucht zu haben. [65] Zudem spielt sicher auch die

Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit solcher Konsumgüter in den Flüchtlingsunterkünften eine Rolle. Die eben zitierte Studie zu Flüchtlingen in der Türkei zeigte dahingehend, dass der Substanzgebrauch von Zigaretten und Alkohol in den Flüchtlingsunterkünften geringer ausfiel als bei der türkischen Vergleichspopulation. [65] Es ist davon auszugehen, dass Zigaretten bei den hiesigen Preisen kein leicht erschwingliches Gut für in Gemeinschaftsunterkünfte lebende Geflüchtete sind, die nach §1 des AsylBLG Sozialleistungen von maximal 135 Euro pro Monat erhalten. [66] Jedoch stehen bislang keine gesicherten Daten zur Verfügbarkeit solcher Konsumgüter in den Flüchtlingsunterkünften und die Auswirkung dessen auf deren Konsum zur Verfügung.

Im Kontrast zum Nikotin- und Alkoholkonsum als Lifestylefaktoren war die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas als ein weiterer bedeutender Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse bei unserer Studienpopulation ähnlich hoch und sogar noch höher als bei der vom RKI ermittelten deutschen Frauenpopulation (Übergewicht: 28% vs. 28,8% bei deutschen Frauen; Adipositas: 28% vs. 18%). [67] Unsere Daten unterstützen damit die Ergebnisse einer Querschnittsstudie zu Übergewicht und Fettleibigkeit bei Geflüchteten in Nordrhein-Westfalen. In dieser waren Übergewicht und Fettleibigkeit unter Flüchtlingen nach der Ansiedlung in Deutschland weit verbreitet. [68] Daher ist es wichtig kulturell angemessene und auf das Geschlecht zugeschnittene Schulungen und Aufklärungsveranstaltungen zu gesunder Ernährung in den Flüchtlingsunterkünften zu entwickeln und anzubieten.

4.4.2 Trauma, Gewalterfahrung und Depression

Die Befragung hat den bisherigen Kenntnisstand auf der Basis vieler Studien zu Trauma und deren psychischen Konsequenzen bestätigt.

Ein Viertel (n=75) der von uns befragten Frauen, gab an, Gewalterfahrungen gemacht zu haben. Die Dunkelziffer ist wohl noch höher einzuschätzen, denn wie eine vom Bundesministerium aufgegebene repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland aus dem Jahre 2004 bereits aufzeigte, lag die Prävalenz von Gewalterfahrung unter geflüchteten Frauen um ein Vielfaches höher als unter den deutschen Frauen. [69] Sexuelle Bedrängnis oder Belästigung erlebten 69% der befragten Geflüchteten. Formen psychischer Gewalt hatten 79% der Befragten erlebt. Von körperlicher Gewalt waren 52% der befragten Flüchtlingsfrauen in Deutschland betroffen und sexuelle Gewalt ist 28% der Befragten in Deutschland widerfahren. Im Vergleich dazu gaben bei derselben Studie 58% der befragten deutschen Frauen an, seit ihrem 16 Lebensjahr mindestens einmal sexuell belästigt worden zu sein. Von körperlicher Gewalt waren 32% der befragten deutschen Frauen betroffen und von sexueller Gewalt 12%. Daher fiel die abschließende Beurteilung der Expertinnen in dieser Studie bezüglich der Situation von Flüchtlingsfrauen wie folgt aus: „Es existiert ein hohes Ausmaß von Gewalt in allen vier von uns abgefragten Gewaltbereichen, insbesondere unter den Bewohner:innen der Wohnheime/Übergangsheime.“ [69] Da unsere Studie nicht unterteilt, wo die Frauen ihre Gewalterfahrung gemacht haben, ob im Herkunftsland, auf der Flucht oder nach ihrer Ankunft in Deutschland, ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse bezüglich der Gewalterfahrung geflüchteter Frauen mit der oben vorgestellten repräsentativen Studie zu Gewalterfahrung in Deutschland schwierig. Sie suggeriert dennoch eine zu gering ausfallende Angabe erlebter Gewalt in unserer Stichprobe, was daran liegen könnte, dass dieser Sektion des Fragebogens nicht genügend Detailtiefe gewidmet wurde, da es sich nur um ein indirektes Ziel der Erhebung handelte und den Rahmen der Befragung sonst gesprengt hätte. Zudem wurde diese Fragestellung schon in mehrfachen anderen Studien tiefergehend abgedeckt. So wurde in der *Study on female refugees*, einer repräsentativen Untersuchung von geflüchteten Frauen in verschiedenen Bundesländern in Deutschland von 2017, die signifikante Häufung von schweren Traumata, wie u.a. die sexualisierte Gewalt im Heimatland und auf der Flucht beschrieben. [5] Eine Metaanalyse zum Thema sexuelle Gewalt bei Flüchtlingen ergab wiederum eine sehr breite Streuung der angegebenen Prävalenz von 0-99,8%. [70] Eine andere Studie zu allgemeiner Gewalterfahrung unter syrischen Geflüchteten in Griechenland konnte zeigen, dass zwischen 31 und 77,5% der Befragten mindestens eine Gewalterfahrung bereits in Syrien, 24,8-57,5% während ihrer Flucht und nur 5-8% im griechischen Aufnahmelager gemacht haben. [71]

Auch die Prävalenzangaben zu Depression variieren wie bereits in dieser Arbeit beschrieben in den genannten Studien und reichen von 35% [18] (ähnlich dem Anteil der Frauen mit Depressionen in unserer Studie) bis weit über 50% der Befragten. [72] Die Heterogenität der Prävalenzraten ist zurückzuführen auf Unterschiede in den Flüchtlingspopulationen und auf Unterschiede in der Methodik der unterschiedlichen Studien. [18]

Trotzdem es sich bei der Ermittlung von Traumaerfahrungen und Depression bei unserer Studie nur um einen indirekten Teilaspekt handelte, lassen sich v.a. in Zusammenschau mit der aktuellen Literatur klinische Handlungsempfehlungen formulieren: Im klinischen Gespräch mit geflüchteten Frauen gilt es an die hohe Prävalenz von Depressionen (fast ein Drittel unserer Befragten) und deren Auswirkung auf das somatische Empfinden zu denken. Eine Studie in Erstaufnahmелagern in Leipzig hat gezeigt, dass das Erleben traumatischer Ereignisse signifikant mit der subjektiven Einschätzung der mentalen Gesundheit zusammenhängt. [73] Traumatische Erlebnisse führen nicht nur vermehrt zu Depressionen und Posttraumatischer Belastungsstörung, sie bewirken zudem eine Verstärkung des Schmerzempfindens und beeinflussen die Einordnung der eigenen Erkrankung. [74] Dies und die Erwähnung traumatischer Erfahrungen, vor allem von Frauen, die aus Afghanistan und dem Iran geflüchtet sind, sollte bei der persönlichen Gesprächsführung und der Erhebung individueller Risikofaktoren mitbeachtet werden.

4.4.3 Zyklusanamnese

Von den von uns befragten Frauen, die ihre Periode in den letzten 12 Monate noch bekommen haben, gaben nur 60,2% an, vermehrt an Menstruationsbeschwerden gelitten zu haben. Am häufigsten wurde hierbei die Dysmenorrhoe genannt, gefolgt von Kopfschmerzen, Hypermenorrhoe, Übelkeit und Kreislaufbeschwerden. Im Vergleich mit anderen Prävalenzstudien zu Menstruationsbeschwerden ist dieser Wert auffällig niedrig. In einer spanischen Studie von 2018 wurde alleine die Prävalenz von Dysmenorrhoe mit 74,8% angegeben. [75] Diese befand sich bei unserer Studienpopulation bei 52,3%. Bei einer App-basierten Befragung von insgesamt 6812 gesunden Frauen in Deutschland, Brasilien, Großbritannien, Spanien, Frankreich und der USA wurde die Prävalenz von Regelbeschwerden sogar mit 81,1% angegeben. [76]

Trotz der allgemein niedrigeren Prävalenz von Menstruationsbeschwerden in unserer Studienkohorte fällt auf, dass Frauen aus Afghanistan mit 69,9% und Frauen aus dem Iran mit 69,2% deutlich häufiger Menstruationsbeschwerden angaben als Frauen aus anderen Ländern in unserer Studienpopulation (Syrien=57,1%, Irak=52,15 und Albanien=50%) ($p=0,051$). V.a. im Hinblick auf die signifikant erhöhte Angabe von Gewalterfahrungen von Afghaninnen und Iranerinnen ist dies interessant ($p<0,001$). So wurde ein Zusammenhang von traumatischen Erlebnissen und erhöhter Schmerzwahrnehmung bereits von mehreren Autoren beschrieben. [5,77]

Auch eine systematische Literaturanalyse von Zahra Bajalan konnte zeigen, dass Stresserfahrungen in den meisten Studien in einem signifikanten Zusammenhang mit Dysmenorrhoe standen. [78]

Unsere Ergebnisse und die Ergebnisse der genannten Studien zeigen, wie wichtig eine psychologische Beurteilung als Teil des Beurteilungsprozesses für Personen mit Dysmenorrhoe vor der Einleitung einer medikamentösen Behandlung ist. [78,79]

4.4.4 Krebsvorsorge

Obwohl dreiviertel der befragten Frauen ein Gesundheitsdokument besaßen und bereits mindestens einmal in ihrem Leben Kontakt zu einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin hatten, die Mehrheit davon sogar vor weniger als einem Jahr, hatte nur ein Drittel der Befragten bisher eine altersentsprechende Krebsvorsorgeuntersuchung erhalten. Obwohl typische Risikokonstellationen für ein Mammakarzinom wie eine späte oder keine Schwangerschaft und ein hohes Alter in dieser Population seltener anzutreffen sind, sollte eine professionelle Palpation der Brustdrüse und der drainierenden Lymphknoten dennoch erfolgen, um eine sich neu entwickelnde Neoplasie frühzeitig zu erkennen. Dies sollte spätestens und mit vermehrtem Fokus geschehen, sobald registrierte asylsuchende Frauen nach 18 Monaten in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden. Überbrückend bis zur Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen, ist es zu empfehlen Schulungen zur Selbstabtastung der Brust in Flüchtlingsheimen an Modellen durchzuführen und die Frauen dahingehend zu sensibilisieren. Die Sensitivität und Spezifität bei der Selbstabtastung der Brust (SBE) zum Nachweis von Brustkrebs lagen bei 58,3% und 87,4%. [80] Damit ist die SBE ein bedeutendes Instrument in der Detektion von Brustkrebs, wonach bei auffälligem Befund weitere Schritte bereits vor Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherungspflicht erfolgen könnten. Umso wichtiger ist dies, da der Grund für einen lang zurückliegenden Frauenarztbesuch bei unseren Teilnehmerinnen nicht mit einer langen oder kurzen Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland zu finden ist. So konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen dem letzten Frauenarztbesuch und der Aufenthaltsdauer in Deutschland aufgedeckt werden. Jedoch haben Frauen, die vor weniger als einem Jahr das letzte Mal beim Frauenarzt waren, signifikant häufiger eine professionelle Brustabtastung ($p=0,038$) erhalten.

Ähnliches trifft auch für das Screening auf ein Zervixkarzinom zu. Frauen, die vor weniger als einem Jahr beim Frauenarzt waren, haben signifikant häufiger auch einen Abstrich der Cervix erhalten ($p<0,001$), was sehr wichtig ist, da nur ein Bruchteil gegen die gebärmutterhalskrebsauslösenden HP-Viren geimpft ist. Ein Grund für die geringe Immunisierungsrate bei den nach Deutschland geflüchteten Frauen könnte darin zu finden sein, dass es keine nationalen Immunisierungsprogramme gibt oder den Programmen, welche in den entwicklungsärmeren Ländern erst in den letzten Jahren eingeführt wurden, der Fokus laut WHO und UNICEF auf Mädchen im Alter von 9-10 Jahren liegt. Diese wurden nicht in die von uns durchgeführte Studie eingeschlossen. [37]

Ein PAP-Abstrich sollte demnach alsbald erfolgen, vor allem da die Impfquote gegen die Krebsauslösenden HP-Viren unter den geflüchteten Frauen als minimal anzusehen ist. Zwar gibt es bereits seit 2015 eine STIKO-Empfehlung für die Impfung von Geflüchteten in Erstaufnahmestellen, jedoch beinhaltet diese nicht die Immunisierung gegen HP-Viren. [81] Ein weiterführendes Impfschema besteht zwar, jedoch gilt es darauf zu achten, konsequent Risikogruppen (Jugendliche von 9-14 Jahren laut aktueller STIKO Empfehlung) zu erkennen und darüber hinaus auch Frauen und Jungen höheren Alters (die AWMF Leitlinie von 2020 empfiehlt bei Impfnaivität eine Impfung bis zum vollendeten 26. Lebensjahr) zu inkludieren und eine Impfung anzubieten. [82] Dies erscheint umso wichtiger, da es derzeit noch keine standardisierte, durch die Frauen selbst durchführbare Früherkennungsmethode wie beim Mammakarzinom gibt. [83]

Es gilt daher zudem andere Möglichkeiten der Sekundärprävention zu finden, diese zu evaluieren und zu etablieren. Eine Studie an norwegischen Patientinnen mit prämaligen Läsionen hat bereits gezeigt, dass die von Frauen eigenständig durchführbare zerviko-vaginale Probenentnahme mittels einer Vaginalbürste (z.B. Evalyn[®] Brush) oder eines Vaginaltupfers (z.B. FLOQSwabs[™]) vergleichbar ist mit der aktuellen vom Frauenarzt oder der Frauenärztin durchgeführten Screening-Praxis zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs und CIN3+ Läsionen. [84] Die bisher gängige und von den gesetzlichen Krankenkassen übernommene Screening-Leistung umfasst die Inspektion der Portio und die Entnahme eines PAP-Abstriches durch den Gynäkologen oder die Gynäkologin. Zudem wird seit 2019 bei Frauen über 35 Jahren ein HPV-Test zusätzlich zur Zytologie durchgeführt, der die Identifikation einer Hochrisiko-HPV-Infektion ermöglicht. [35] Geflüchtete in Deutschland haben auf diese Vorsorgeuntersuchung keinen Anspruch, obwohl auf Grund von noch geringeren Impfquoten und zum Teil nichtexistierender oder kaum in Anspruch genommener Screening-Programme in ihren Herkunftsländern ein klarer Bedarf besteht. [36] Auch nach 18-monatigem Aufenthalt in Deutschland und der damit erfolgten Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung besteht weiterhin eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass aufgrund kultureller Unterschiede, Scham und Unwissenheit, die ärztlich durchgeführten Screening-Angebote nicht in Anspruch genommen werden. [29,30] Eine Option diesen Bedarf zu decken, könnten die selbst durchführbaren zerviko-vaginale Probenentnahmen mittels der erwähnten Devices sein, wodurch ein dezentrales Screening in gewohnter privater Umgebung ermöglicht werden könnte. [85] Hierbei empfiehlt es sich Anwendungsstudien in Flüchtlingsheimen und Notunterkünften durchzuführen und die Akzeptanz, Sensitivität und Spezifität dieser oder ähnlicher Methoden in dieser speziellen Studienpopulation zu untersuchen.

Sollten diese klinischen Konsequenzen nicht zur Anwendung kommen, ist mit einem Anstieg der Inzidenz an Mamma- und Zervixkarzinomen in schlechter zu therapierenden Stadien zu rechnen, was sich negativ auf den Behandlungserfolg und die Behandlungskosten auswirken wird. Die Prävention ist daher der Therapie vorzuziehen. [86,87]

4.4.5 Reproduktive Gesundheit und sexuelle Aufklärung

Unsere Studie ist die erste, die über den aktuellen Status der reproduktiven Gesundheit von weiblichen Geflüchteten informiert und einen ersten Überblick über ihre Verhütungspräferenzen und ihren potentiellen ungedeckten Bedarf an Familienplanung gibt.

Die meisten Flüchtlingsfrauen, die an der Studie teilnahmen, waren jung, hatten nicht den Wunsch, in nächster Zeit schwanger zu werden und waren sexuell aktiv. Allerdings nutzte nur die Hälfte von ihnen (53 %) Verhütungsmethoden, im Gegensatz zu Frauen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind (Verhütungsquote bei Frauen, die in Deutschland aufgewachsen sind und leben: 68 % - 91 %). [49,88] Obwohl Flüchtlinge die gleichen Rechte und den gleichen formalen Zugang zu allen Mitteln der Empfängnisverhütung haben wie deutsche Frauen [19], ist der Bedarf an Familienplanung in dieser Gruppe hoch (47 %). [89] Eine Zugangslücke ist offensichtlich. Außerdem wurde von den Frauen, die verhüteten, am häufigsten der Coitus interruptus angewandt (34 %), welcher nach dem Pearl Index als sehr unsichere Methode zu werten ist (Pearl-Index von 4-18). [90] Wenn sich Flüchtlingsfrauen für eine wirksame Verhütungsmethode entschieden, bevorzugten sie die Spirale (30 %). Dies steht im Gegensatz zu den in Deutschland geborenen Frauen, die sich am häufigsten für die Antibabypille und Kondome als bevorzugte Verhütungsmethode entscheiden. [88] Ähnlich wie bei deutschen Frauen war auch bei den Befragten die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie eine Form der Empfängnisverhütung verwendeten, wenn sie entweder in einer festen Beziehung lebten oder sich selbst als sexuell aufgeklärt betrachteten. [50] Interessanterweise korrelierte die Entscheidung zwischen modernen und traditionellen Formen der Empfängnisverhütung weder mit der Beziehung noch mit der sexuellen Bildung. Dies deutet auf eine Wissenslücke in Bezug auf die Wirksamkeit der verschiedenen Verhütungsmethoden hin. Im Gegensatz dazu zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Grad der Bildung und dem Empfinden über sexuell übertragbare Erkrankungen aufgeklärt zu sein ($p < 0,001$). Auch Frauen aus Afghanistan und dem Iran gaben signifikant häufiger an, sich als nicht ausreichend darüber aufgeklärt zu empfinden ($p < 0,001$). Diese Ergebnisse decken sich mit den Erkenntnissen aus einer schwedischen Studie über Health Literacy und weisen auf den hohen Bedarf an vermehrter zielgruppengerechter Gesundheitsbildung hin. [91]

Einzelne Informationen über den Gebrauch von Verhütungsmitteln, die für Flüchtlinge in Deutschland relevant sein könnten, sind in einer Studie der Weltbank zu finden. [92] Diese stellt den Gebrauch von Kontrazeptiva bei Frauen ohne Flüchtlingsstatus in den Ländern, aus denen

große Teile der Flüchtlinge in Deutschland stammen, dar. Ähnliche Daten finden sich in einem Review zu syrischen weiblichen Geflüchteten in der Türkei. [93] Die Weltbankstudie unterstützt unsere Ergebnisse einer offensichtlichen Zugangslücke, da der ungedeckte Bedarf an Familienplanung von Flüchtlingen in Berlin im Vergleich zu den diesbezüglichen Daten aus ihren Herkunftsländern höher ist (Afghanistan: 41% in Deutschland vs. 25% im Heimatland; Iran: 40% vs. 5,7%; Irak 42% vs. 8%; Syrien: 49% vs. 16,4%; Albanien: 12,9% vs. 50%). [92]

Im Gegensatz dazu zeigt die oben erwähnte Literaturrecherche von 24 türkischen Fachpublikationen, dass der Anteil des ungedeckten Familienplanungsbedarfs bei weiblichen Geflüchteten aus Syrien in der Türkei bei 35 % und damit unter unserer ermittelten Quote von 47% liegt. Der Anteil angewandter moderner Verhütungsmethoden bei verheirateten syrischen Frauen aller Altersgruppen lag in der türkischen Studie mit 24 % jedoch unter der von uns mit 57% ermittelten Rate. [93] Dies deutet auf einen unterschiedlichen Zugang zu Formen der Verhütung hin, welcher in beiden Studien nicht genauer untersucht wurde.

Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist in Deutschland nach dem Gesetz geregelt. Laut diesem haben Flüchtlinge in Deutschland das Recht, jede Form der modernen Verhütung kostenlos in Anspruch zu nehmen. [94] Die Kostenübernahme für Verhütungsmittel ist jedoch länderspezifisch und zeitaufwändig und muss von Fachleuten des Gesundheitswesens organisiert werden. In Berlin können Flüchtlingsfrauen in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung ebenfalls kostenlos Verhütungsmittel erhalten, wobei nicht zwischen den einzelnen Verhütungsmethoden unterschieden wird. Trotz dieses Angebotes in Berlin scheinen diese Dienste unsere Befragten nicht zu erreichen. Wir vermuten, dass dies auf einen Mangel an Informations- und Aufklärungsangeboten in den Flüchtlingsunterkünften und Arztpraxen zurückzuführen ist. Diese Vermutung basiert auf Studien, die gezeigt haben, dass die Qualität der Informationsübermittlung eine wichtige Determinante für die Nutzung klinischer Verhütungsmethoden ist. [2,95] Darüber hinaus können Sprachbarrieren ein zusätzliches Hindernis für diejenigen darstellen, die versuchen, solche kultursensiblen Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. [91,96,97]

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aufgrund der geringen Nutzungsrate von Verhütungsmitteln (Untergruppe 2b) und des hohen Anteils traditioneller Methoden mit einem höheren Pearl-Index innerhalb der Untergruppe 2a ein Anstieg ungeplanter Schwangerschaften zu erwarten ist, wenn keine weiteren gesundheitspolitischen Maßnahmen ergriffen werden. Die Zahl der aktuellen Schwangerschaften bei unseren Befragten ähnelt denen einer Studie, die zwischen 2014 und 2015 in Flüchtlingslagern im Libanon und Irak durchgeführt wurde (8 % der Flüchtlinge

in Deutschland vs. 7,5 % im Libanon und Irak). Alarmierender Weise wurde in derselben Studie im Libanon festgestellt, dass 57 % der Schwangerschaften ungeplant waren. [98]

In unserer Stichprobe gaben 7,8 % der Frauen an, einen oder mehrere Abbrüche vorgenommen zu haben, um eine ungewollte Schwangerschaft zu beenden. Dies ist vergleichbar mit der Abbruchrate in Deutschland (8,2 %). [50] Es ist bekannt, dass ungewollte Schwangerschaften mit einer Reihe von physischen und psychischen Risiken für Mutter und Kind verbunden sind und den Zugang zu Integrationsprogrammen erschweren. [5,99] Dies unterstreicht, dass alle Frauen unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer Erziehung und ihrem sozialen Status Zugang zu Familienplanungsdiensten, einschließlich des Zugangs zu sicheren Abtreibungsdiensten, benötigen, um Selbstbestimmung, erfolgreiche Integration und Gerechtigkeit zu gewährleisten. [100]

Die zu erwartende Veränderung der Zahl geplanter und ungeplanter Schwangerschaften wird sich unmittelbar auf die Entwicklung des deutschen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems auswirken. [101] Wie bereits ausführlich dargelegt, ist die geplante Elternschaft ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Integration und Emanzipation insbesondere weiblicher Flüchtlinge in ihre Aufnahmeländer. [44] Dafür bedarf es eines systematischen Familienplanungsprogrammes aufbauend auf den barrierefreien Zugang zu Informationen und Aufklärung für geflüchtete Frauen in Deutschland.

Für die Klinik bedeutend ist die Erkenntnis, dass bereits bei der Aufklärung mehr Zeit investiert werden muss. Es gilt mögliche Barrieren abzubauen, beispielsweise durch den sofortigen Einsatz gleichgeschlechtlicher Sprachvermittler und die direkte Kommunikation von Frau zu Frau. [91,96,97] Hierdurch kann wie in dieser Arbeit vielfach beschrieben ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, indem auch kulturell schwierige Themen von beiden Seiten angesprochen und behandelt werden können.

4.4.6 Stärken und Limitationen der Studie

Erstmals wurde die frauengesundheitliche Versorgungssituation von weiblichen Geflüchteten in Berlin mit einem großen Kollektiv von 307 Patientinnen untersucht. Eine umfassende Betrachtung der gynäkologischen Versorgungssituation wird durch die strukturierte Auswertung des zum Einsatz kommenden von Fachärztinnen für Gynäkologie der Charité erarbeiteten und vorab durch professionelle medizinische Sprachmittlerinnen in mehrere Sprachen übersetzten und rückübersetzten Fragebogens ermöglicht. In den Gesprächskreisen wurde durch die kleine, rein von Frauen organisierte, gehaltene und besuchte Veranstaltung ein *Save Space* kreiert, der eine Intimität und Vertrauensbasis zwischen allen Beteiligten schuf, welche die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen zu den sensiblen Themen der Frauengesundheit erst ermöglichte. Die somit erhobenen umfassenden Daten geben einen ersten wichtigen Eindruck über den Status quo dieses sensiblen Studienkollektivs und ermöglichen dadurch genauere Handlungsanweisungen im Umgang mit geflüchteten Frauen für Politik und Ärzteschaft zu formulieren.

Diese Studie hat jedoch auch mehrere Limitationen. Erstens kann die Verwendung einer Convenience-Sampling-Strategie selbst zu Bias führen. Aufgrund der besonderen Lebensumstände unserer Befragten und der Tatsache, dass es sich um eine Pilotstudie handelte, die einen Überblick über die aktuelle Situation geben sollte, hielten wir diese Stichprobenmethode jedoch für angemessen. Zweitens könnte der Einsatz von Sprachmittlerinnen das Vertrauen in die Studie eingeschränkt haben. Dies könnte zur nicht wahrheitsgemäßen Beantwortung der Fragen geführt haben. Wir haben versucht, diesen Bias zu minimieren, indem wir stets dieselben professionellen Sprachmittlerinnen für alle Diskussionsgruppen engagierten.

Obwohl wir große Aufmerksamkeit auf die Erstellung des Fragebogens und dessen eindeutige Interpretation auf Seiten der Befragten gerichtet haben, ist es nicht auszuschließen, dass es zu sprachlichen Missverständnissen gekommen sein könnte, v.a. wenn man die verschiedenen Bildungsniveaus der Teilnehmenden und die diversen Dialekte des Farsi und Arabischen mit einbezieht. Wie bereits anfangs erwähnt, könnte auch die sehr sensible Natur des Themas zu Verzerrungen beim Ausfüllen des Fragebogens geführt haben. Dies wurde versucht zu reduzieren, indem wir die Diskussionsgruppen zu einer Veranstaltung nur für Frauen machten. Darüber hinaus wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, um sicherzustellen, dass die Teilnehmerinnen verstanden, dass die Mitarbeiterinnen von *Charité Women für Women* nicht vom Ministerium für Migration kamen und keinen Einfluss auf die Entscheidung über ihren Flüchtlingsstatus hatten. Dennoch hatten die Teilnehmerinnen möglicherweise das Gefühl, dass ihre Antworten dem

Migrationsprozess schaden könnten, was sich möglicherweise auf ihre Bereitschaft an der Studie teilzunehmen, ausgewirkt haben mag und dazu geführt haben könnte, dass vor allem Frauen mit bewilligtem Flüchtlingsstatus an der Studie teilnahmen. Rückwirkend ist dies nicht zu eruieren.

4.5 Fazit

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um die Erhebung eines ersten Status quo zu frauengesundheitlichen Aspekten nach Deutschland geflüchteter Frauen.

Der Bedarf an Familienplanung ist hoch, obwohl Flüchtlinge per Gesetz Anspruch auf kostenlosen Zugang zu jeder Form der Empfängnisverhütung haben. Eine Zugangslücke ist imminent. Die zu erwartende Veränderung der Zahl geplanter und ungeplanter Schwangerschaften wird sich unmittelbar auf die Entwicklung des deutschen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems auswirken. [101] Geplante Elternschaft ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Integration von Flüchtlingsfrauen in ihren Aufnahmeländern. [44] Daher ist ein systematisches Familienplanungsprogramm, das sich auf die Aufklärung und Sensibilisierung von Flüchtlingsfrauen in Deutschland konzentriert, unerlässlich.

Des Weiteren konnten wir Erkenntnisse über die momentane Krebsvorsorge bei weiblichen Geflüchteten in Berlin gewinnen. Insgesamt haben weniger als ein Drittel der Frauen jemals ein Gebärmutterhalskrebscreening oder eine professionelle Brustabtastung erhalten. Nur ein Bruchteil ist gegen HP-Viren, als bedeutende Auslöser des Cervixkarzinoms, geimpft. Der letzte Frauenarztkontakt, als möglicher Ort der Prävention, hängt dabei nicht mit der bisherigen Aufenthaltsdauer in Deutschland zusammen. Jedoch erhielten Frauen, die ärztlichen Kontakt hatten, auch signifikant häufiger ein Krebsvorsorgeangebot, v.a., wenn der letzte Frauenarztkontakt weniger als ein Jahr zurücklag. Daher ist zu empfehlen, dass Frauen im klinischen Setting vermehrt nach dem letzten Besuch beim Frauenarzt gefragt werden sollten und darauf aufbauend ein fokussiertes Screening und Impfangebote v.a. bei noch jungen Erwachsenen gemacht werden sollte.

Es bedarf weiterer Forschung, u.a., um Traumaaspekte und deren Auswirkung auf die frauengesundheitliche Versorgung genauer zu untersuchen. Bei unserer Studie ist die Dunkelziffer sowohl zu traumatischem Erleben als auch zu Depressionen, um ein Vielfaches höher einzuschätzen. Nichtsdestotrotz ist die Erwähnung traumatischer Erfahrungen, vor allem von Frauen, die aus Afghanistan und dem Iran geflüchtet sind, bei der persönlichen Gesprächsführung und der Erhebung individueller Risikofaktoren wichtig und sollte unbedingt mitbeachtet werden.

Um eine bessere Evidenz für die Entwicklung gezielter Präventions- und Aufklärungsstrategien anzustreben, haben wir in Zusammenarbeit mit dem Dachverband DaMigra eine bundesweite

Umfrage unter weiblichen Flüchtlingen initiiert. DaMigra führt die gleichen Gesprächsgruppen in Flüchtlingsunterkünften in vier weiteren Städten in Deutschland durch. Eine erweiterte und überarbeitete Version unseres Fragebogens wird derzeit verwendet, um die Wahrnehmung der Familienplanung und die Rolle des Partners bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf Verhütung und Gesundheitserziehung zu erfassen. Die Ergebnisse unserer Pilotstudie bilden die Grundlage für derartige bundesweite Studien und für die Entwicklung gezielter Strategien, um die Zugangslücke zu schließen und Flüchtlingsfrauen in ihrer eigenen sexuellen, reproduktiven und frauenspezifischen Gesundheit zu stärken und genauere Handlungsanweisungen im Umgang mit geflüchteten Frauen für Politik und Ärzteschaft zu formulieren.

4.6 Referenzen

- [1] §2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), n.d. https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_2.html.
- [2] N.-E. Bempong, D. Sheath, J. Seybold, A. Flahault, A. Depoux, L. Saso, Critical reflections, challenges and solutions for migrant and refugee health: 2nd M8 Alliance Expert Meeting, *Public Health Rev.* 40 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40985-019-0113-3>.
- [3] L.A.D. Raben, M.E.T.C. van den Muijsenbergh, Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women?: a retrospective study in Dutch general practice, *Fam. Pract.* 35 (2018) 468–474. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz133>.
- [4] K.-H. Meier-Braun, R. Weber, eds., *Deutschland Einwanderungsland: Begriffe - Fakten - Kontroversen*, 3. Auflage, Sonderausgabe für die Zentralen für politische Bildung, Zentralen für politische Bildung ZpB, Bonn, 2017.
- [5] M. Schouler-Ocak, C. Kurmeyer, *Study on Female Refugees Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland*, Charité Universitätsmedizin, Berlin, 2017.
- [6] Eurostat, *Fluechtlingsverteilung in Europa - Asylbewerber pro eine million Einwohner in Laendern der EU in 2018*, eurostat, 2019. ec.europa.eu/eurostat (accessed January 30, 2020).
- [7] Ausländerzentralregister (AZR), Statistisches Bundesamt, *Schutzsuchende nach Schutzstatus und Berichtsjahren*, destatis, 18.072019. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/schutzsuchende-zeitreihe-schutzstatus.html?view=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/schutzsuchende-zeitreihe-schutzstatus.html?view=main[Print]) (accessed March 24, 2020).
- [8] H. Lederer, *bundesamt-in-zahlen-2016*, (2017). http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.pdf;jsessionid=05233700D886F9693B1A2459B28FEB70.2_cid359?__blob=publicationFile (accessed November 25, 2017).
- [9] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, *aktuelle Zahlen zu Asyl Dezember 2017*, (2017). http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2017.pdf;jsessionid=2C094E98F5CEEC7D6EFD31F31B665F95.1_cid368?__blob=publicationFile.
- [10] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, *Das Bundesamt in Zahlen 2018 - Asyl, Migration und Integration*, BAMF, Nürnberg, 2019. <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2018.html?nn=284738> (accessed March 9, 2020).
- [11] International Bank for Reconstruction and Development, *Asylum Seekers in the european union*, World Bank, 2018. <http://documents.worldbank.org/curated/en/832501530296269142/pdf/127818-V1-WP-P160648-PUBLIC-Disclosed-7-2-2018.pdf> (accessed January 28, 2020).
- [12] K. Janssens, M. Bosmans, E. Leye, M. Temmerman, *Sexual and Reproductive Health of Asylum-seeking and Refugee Women in Europe: Entitlements and Access to Health Services*, *J. Glob. Ethics.* 2 (2006) 183–196. <https://doi.org/10.1080/17449620600948002>.
- [13] M. Alberer, M. Wendeborn, T. Löscher, M. Seilmaier, *Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern*, *DMW-Dtsch. Med. Wochenschr.* 141 (2016) e8–e15.
- [14] G. Russo, S. Vita, A. Miglietta, N. Terrazzini, A. Sannella, V. Vullo, *Health profile and disease determinants among asylum seekers: a cross-sectional retrospective study from an Italian reception centre*, *J. Public Health.* 38 (2016) 212–222. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv049>.

- [15] S.S. Jervelund, O. Nordheim, T. Stathopoulou, T.A. Eikemo, Non-communicable diseases among refugees claimants in Greek refugee camps—are their care needs met?, *Eur. J. Public Health.* 29 (2019). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.025>.
- [16] M.A. Eryurt, M.G. Menet, Noncommunicable Diseases Among Syrian Refugees in Turkey: An Emerging Problem for a Vulnerable Group, *J. Immigr. Minor. Health.* 22 (2020) 44–49. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00900-x>.
- [17] K. Bozorgmehr, A. Mohsenpour, D. Saure, C. Stock, A. Loerbroks, S. Joos, C. Schneider, Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014), *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 59 (2016) 599–620. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2336-5>.
- [18] J. Lindert, O. von Ehrenstein, A. Wehrwein, E. Brähler, I. Schäfer, Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme, *PPmP - Psychother. · Psychosom. · Med. Psychol.* 68 (2018) 22–29. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>.
- [19] U. Kluge, M.A. Rapp, N. Mehran, J. Jumaa, M.C. Aichberger, Armut, Migration und psychische Gesundheit, *Nervenarzt.* 90 (2019) 1103–1108. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00790-2>.
- [20] D. Verhoeven, C.S. Kaufman, R. Mansel, S. Siesling, eds., *Breast Cancer: Global quality care*, First edition, Oxford University Press, New York, 2019.
- [21] Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, *Der europäische Gesundheitsbericht. 2012 2012*, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, 2014.
- [22] Zentrum Für Krebsregisterdaten (ZfKD) Im Robert Koch-Institut, Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (2019): Datensatz des ZfKD auf Basis der epidemiologischen Landes-krebs-register-daten, verfügbare Diagnosejahre bis 2016. Version: Epi2018_1., (2019). <https://doi.org/10.18444/5.03.01.0005.0014.0001>.
- [23] J. Haberland, U. Wolf, Trendanalysen zur Inzidenz und Mortalität an Krebs in Deutschland seit 1970, *GMS Med. Inform. (2015) Biometrie und Epidemiologie*; 11(1):Doc03; ISSN 18609171. <https://doi.org/10.3205/MIBE000159>.
- [24] N. Li, Y. Deng, L. Zhou, T. Tian, S. Yang, Y. Wu, Y. Zheng, Z. Zhai, Q. Hao, D. Song, D. Zhang, H. Kang, Z. Dai, Global burden of breast cancer and attributable risk factors in 195 countries and territories, from 1990 to 2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017, *J. Hematol. Oncol. J Hematol Oncol.* 12 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13045-019-0828-0>.
- [25] Z. Chen, L. Xu, W. Shi, F. Zeng, R. Zhuo, X. Hao, P. Fan, Trends of female and male breast cancer incidence at the global, regional, and national levels, 1990–2017, *Breast Cancer Res. Treat.* 180 (2020) 481–490. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05561-1>.
- [26] K. Rhiem, R.K. Schmutzler, Risikofaktoren und Prävention des Mammakarzinoms, *Onkol.* 21 (2015) 202–210. <https://doi.org/10.1007/s00761-014-2837-5>.
- [27] M. Dieterich, J. Stubert, T. Reimer, N. Erickson, A. Berling, Influence of Lifestyle Factors on Breast Cancer Risk, *Breast Care.* 9 (2014) 4–4. <https://doi.org/10.1159/000369571>.
- [28] Z. Momenimovahed, H. Salehiniya, Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world, *Breast Cancer Targets Ther. Volume 11* (2019) 151–164. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>.
- [29] A. Saadi, B. Bond, S. Percac-Lima, Perspectives on Preventive Health Care and Barriers to Breast Cancer Screening Among Iraqi Women Refugees, *J. Immigr. Minor. Health.* 14 (2012) 633–639. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9520-3>.
- [30] A. Raines-Milenkov, E. Baker, M. Felini, R. Subedi, E. Thein, H. Mudey, L. Rudasingwa, I. Qureshi, V. Kwentua, Building bridges to cancer prevention: outcomes of a cancer education

- and screening intervention for refugee women in the US, *Eur. J. Public Health*. 28 (2018). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky047.025>.
- [31] L. Racine, S. Maposa, I. Andsoy, Breast Cancer Attitudes and Beliefs Among Recent Islamic/Muslim Refugee Women in Canada, in: n.d.: p. 1. <http://hdl.handle.net/10755/18234> (accessed April 13, 2020).
- [32] M. Arbyn, E. Weiderpass, L. Bruni, S. de Sanjosé, M. Saraiya, J. Ferlay, F. Bray, Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis, *Lancet Glob. Health*. 8 (2020) e191–e203. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6).
- [33] World Health Organisation, Cervical Cancer, 2018. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/> (accessed April 16, 2020).
- [34] I. Barukčić, Human Papillomavirus—The Cause of Human Cervical Cancer, *J. Biosci. Med*. 06 (2018) 106–125. <https://doi.org/10.4236/jbm.2018.64009>.
- [35] J. Bujan Rivera, S.J. Klug, Gebärmutterhalskrebscreening in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 61 (2018) 1528–1535. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2835-7>.
- [36] World Health Organisation, Cancer Country Profile 2020, (n.d.). <https://www.who.int/cancer/country-profiles/en/> (accessed April 13, 2020).
- [37] L. Bruni, A. Saura-Lázaro, A. Montoliu, M. Brotons, L. Alemany, M.S. Diallo, O.Z. Afsar, D.S. LaMontagne, L. Mosina, M. Contreras, M. Velandia-González, R. Pastore, M. Gacic-Dobo, P. Bloem, HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019, *Prev. Med.* 144 (2021) 106399. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>.
- [38] R. Humphris, H. Bradby, Health Status of Refugees and Asylum Seekers in Europe, in: *Oxf. Res. Encycl. Glob. Public Health*, Oxford University Press, 2017. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.8>.
- [39] P. Bollini, S. Pampallona, P. Wanner, B. Kupelnick, Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature, *Soc. Sci. Med.* 68 (2009) 452–461. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.018>.
- [40] H. Erenel, B. Aydogan Mathyk, V. Sal, I. Ayhan, S. Karatas, A. Koc Bebek, Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case–control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey, *Arch. Gynecol. Obstet.* 295 (2017) 45–50. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4188-5>.
- [41] H. Demirci, N. Yildirim Topak, G. Ocakoglu, M. Karakulak Gomleksiz, E. Ustunyurt, A. Ulku Turker, Birth characteristics of Syrian refugees and Turkish citizens in Turkey in 2015, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 137 (2017) 63–66. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12088>.
- [42] Z. Şimşek, N. Yentur Doni, N. Gül Hilali, G. Yildirimkaya, A community-based survey on Syrian refugee women’s health and its predictors in Şanlıurfa, Turkey, *Women Health*. 58 (2018) 617–631. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1321609>.
- [43] J. Sormani, T. Grandi, L. Barcellini, G. Stancanelli, B. Kaiser, Maternal health in refugee camps in Sicily: Mobile health to improve and standardize antenatal care visits, *Eur. J. Public Health*. 28 (2018). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky047.143>.
- [44] Family planning, U. N. Popul. Fund. (2019). <https://www.unfpa.org/family-planning> (accessed May 7, 2020).
- [45] A. Glasier, A.M. Gülmezoglu, G.P. Schmid, C.G. Moreno, P.F. Van Look, Sexual and reproductive health: a matter of life and death, *The Lancet*. 368 (2006) 1595–1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69478-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69478-6).
- [46] World Bank, World Development Indicators, World Bank Group, n.d. <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=world-development-indicators> (accessed April 22, 2020).

- [47] Statistisches Bundesamt (Destatis), Kinderlosigkeit, Geburten und Familien Ergebnisse des Mikrozensus 2018, Wiesbaden, 2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html (accessed April 22, 2020).
- [48] A. Heßling, H. Bode, Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher im Wandel: Ausgewählte Ergebnisse der Studien zur Jugendsexualität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 60 (2017) 937–947. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2596-8>.
- [49] A. Heßling, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eds., Verhütungsverhalten Erwachsener 2011: aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung, 1. Aufl., BZgA, Köln, 2011.
- [50] C. Helfferich, H. Klindworth, Y. Heine, I. Wlosnewski, eds., Familienplanung im Lebenslauf von Frauen: Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften, Federal Centre for Health Education (BZgA), Köln, 2016.
- [51] Women’s Refugee Commission, Facts & Figures, (n.d.). <https://www.womensrefugeecommission.org/empower/resources/practitioners-forum/facts-and-figures> (accessed March 25, 2020).
- [52] T.A. Bruckner, L.H. Mortensen, R.A. Catalano, Social and demographic drivers of trend and seasonality in elective abortions in Denmark, BMC Pregnancy Childbirth. 17 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1397-2>.
- [53] A.A. Gele, F.K. Musse, M. Shrestha, S. Qureshi, Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study, PLOS ONE. 15 (2020) e0229916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229916>.
- [54] S.E. Bradley, T. Croft, J. Fishel, C. Westoff, REVISING UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING - DHS Analytical Studies No. 25, Calverton Md. USA ICF Int. (2012) 13–23.
- [55] L.R. Moreira, F. Ewerling, A.J.D. Barros, M.F. Silveira, Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys, Reprod. Health. 16 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0805-7>.
- [56] J. Seybold, S. Kraatz, Medizinische Flüchtlingsversorgung: Ein praxisorientiertes Handbuch, De Gruyter, Berlin/Boston, 2018.
- [57] WHO | Unmet need for family planning, (n.d.). https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/ (accessed March 25, 2020).
- [58] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V, Empfängnisverhütung, Familienplanung in Deutschland, (2010). https://www.dggg.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015015_Empf%C3%A4ngnisverhuetung/015015_2010.pdf (accessed March 14, 2020).
- [59] M.G. Inci, N. Kutschke, S. Nasser, S. Alavi, I. Abels, C. Kurmeyer, J. Sehouli, Unmet family planning needs among female refugees and asylum seekers in Germany – is free access to family planning services enough? Results of a cross-sectional study, Reprod. Health. 17 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00962-3>.
- [60] Robert Koch-Institut, 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland, (2017). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-007>.
- [61] S. Schneider, C. Huy, M. Schuessler, K. Diehl, S. Schwarz, Optimising lifestyle interventions: identification of health behaviour patterns by cluster analysis in a German 50+ survey, Eur. J. Public Health. 19 (2009) 271–277. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn144>.
- [62] E.S. Denli Yalvac, Cardiovascular diseases and their risk factors among Syrian refugees in Turkey, Rev. D’Épidémiologie Santé Publique. 68 (2020) 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.11.020>.

- [63] C. Diederichs, H. Neuhauser, L. Kroll, C. Lange, G. Mensink, C. Dornquast, C. Heidemann, C. Scheidt-Nave, M. Busch, Regionale Unterschiede in der Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Männern und Frauen in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 60 (2017) 151–162. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2493-6>.
- [64] W. Maziak, S. Rastam, F. Mzayek, K.D. Ward, T. Eissenberg, U. Keil, Cardiovascular Health among Adults in Syria: A Model from Developing Countries, *Ann. Epidemiol.* 17 (2007) 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.03.016>.
- [65] M.N. Ilhan, I. Ekmekci Ertek, M.G. Gozukara, O. Akil, P. Ursu, T. Erguder, S. Polat, M.Y. Simsek, M. Aktas, O. Bulut Gazanfer, S. Ozger Ilhan, H. Kaptan, Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Tobacco, Alcohol and Substance Use in City Center and Refugee Camps of Sanliurfa, Turkey, *Arch. Neuropsychiatry*. (2020). <https://doi.org/10.29399/npa.24856>.
- [66] Wissenschaftliche Dienste, Überblick über Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, (2018). <https://www.bundestag.de/resource/blob/566262/ff03ec70bdf4e1df138b9b63c6266783/WD-6-071-18-pdf-data.pdf> (accessed October 21, 2021).
- [67] RKI, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland, (2017). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-025>.
- [68] M.H. Belau, M. Bassil, A. Laukamp, A. Kraemer, Body mass index and associated factors among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany: a cross-sectional study, *BMC Nutr.* 7 (2021) 54. <https://doi.org/10.1186/s40795-021-00453-z>.
- [69] U. Müller, M. Schröttle, Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland - Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung, Bielefeld, 2004. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84328/3bc38377b11cf9ebb2dcac9a8dc37b67/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf> (accessed July 7, 2021).
- [70] J.D.O. Araujo, F.M. de Souza, R. Proença, M.L. Bastos, A. Trajman, E. Faerstein, Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review, *Rev. Saúde Pública*. 53 (2019) 78. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001081>.
- [71] J. Ben Farhat, K. Blanchet, P. Juul Bjertrup, A. Veizis, C. Perrin, R.M. Coulborn, P. Mayaud, S. Cohuet, Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece, *BMC Med.* 16 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1028-4>.
- [72] M. Belz, M. Belz, I. Özkan, I.T. Graef-Calliess, Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center, *Transcult. Psychiatry*. 54 (2017) 595–610. <https://doi.org/10.1177/1363461517745473>.
- [73] Y. Nesterko, D. Jäckle, M. Friedrich, L. Holzapfel, H. Glaesmer, Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany, *Confl. Health*. 14 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z>.
- [74] U.T. Egle, N. Egloff, R. von Känel, Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH) als Folge von emotionaler Deprivation und psychischer Traumatisierung in der Kindheit: Konsequenzen für die Schmerztherapie, *Schmerz*. 30 (2016) 526–536. <https://doi.org/10.1007/s00482-016-0107-8>.
- [75] E. Fernández-Martínez, M.D. Onieva-Zafra, M.L. Parra-Fernández, Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students, *PLOS ONE*. 13 (2018) e0201894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894>.
- [76] G. Bruinvels, E. Goldsmith, R. Blagrove, A. Simpkin, N. Lewis, K. Morton, A. Suppiah, J.P. Rogers, K.E. Ackerman, J. Newell, C. Pedlar, Prevalence and frequency of menstrual cycle

- symptoms are associated with availability to train and compete: a study of 6812 exercising women recruited using the Strava exercise app, *Br. J. Sports Med.* 55 (2021) 438–443. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102792>.
- [77] D.A. Fishbain, A. Pulikal, J.E. Lewis, J. Gao, Chronic Pain Types Differ in Their Reported Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and There Is Consistent Evidence That Chronic Pain Is Associated with PTSD: An Evidence-Based Structured Systematic Review, *Pain Med.* (2016) pnw065. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw065>.
- [78] Z. Bajalan, F. Moafi, M. MoradiBaglooei, Z. Alimoradi, Mental health and primary dysmenorrhea: a systematic review, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 40 (2019) 185–194. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1470619>.
- [79] M. Granot, Pain perception in women with dysmenorrhea, *Obstet. Gynecol.* 98 (2001) 407–411. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01465-X](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01465-X).
- [80] A. Javaeed, Breast cancer screening and diagnosis: a glance back and a look forward, *Int. J. Community Med. Public Health.* 5 (2018) 4997. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20184605>.
- [81] R. Koch-Institut, Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland, (2015). <https://doi.org/10.17886/EPIBULL-2015-011.4>.
- [82] G.E. Gross, U. Wieland, R.N. Werner, Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie Impfprävention HPV-assoziierter Neoplasien, (2020). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/082-002k_S3_Impfpraevention-HPV-assoziierter-Neoplasien_2020-07_01.pdf (accessed July 7, 2021).
- [83] L. von Karsa, M. Arbyn, H. De Vuyst, J. Dillner, L. Dillner, S. Franceschi, J. Patnick, G. Ronco, N. Segnan, E. Suonio, S. Törnberg, A. Anttila, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination, *Papillomavirus Res.* 1 (2015) 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2015.06.006>.
- [84] M.K. Leinonen, K. Schee, C.M. Jonassen, A.K. Lie, C.F. Nystrand, A. Rangberg, I.E. Furre, M.J. Johansson, A. Tropé, K.D. Sjøborg, P.E. Castle, M. Nygård, Safety and acceptability of human papillomavirus testing of self-collected specimens: A methodologic study of the impact of collection devices and HPV assays on sensitivity for cervical cancer and high-grade lesions, *J. Clin. Virol.* 99–100 (2018) 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2017.12.008>.
- [85] A. Krings, A.M. Dückelmann, L. Moser, J. Gollrad, M. Wiegerinck, J. Schweizer, A.M. Kaufmann, Performance of OncoE6 cervical test with collection methods enabling self-sampling, *BMC Womens Health.* 18 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0559-3>.
- [86] A.S. Chauhan, S. Prinja, R. Srinivasan, B. Rai, J. Malliga, G. Jyani, N. Gupta, S. Ghoshal, Cost effectiveness of strategies for cervical cancer prevention in India, *PLOS ONE.* 15 (2020) e0238291. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238291>.
- [87] Breast cancer screening and prevention cost effective in Europe, *PharmacoEconomics Outcomes News.* 885 (2021) 2–2. <https://doi.org/10.1007/s40274-021-07944-y>.
- [88] Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Verhütungsverhalten Erwachsener 2018, erste Studienergebnisse, BZgA, 2018. <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/verhuetung/verhuetungsverhalten-2018/> (accessed March 10, 2020).
- [89] Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin, Kostenübernahme von Verhütungsmitteln, Berlin.De. (n.d.). <https://www.berlin.de/projekte-mh/netzwerke/sexuelle-gesundheit/uebernahme-von-verhuetungsmitteln/> (accessed May 12, 2020).
- [90] G. Santow, Coitus Interruptus in the Twentieth Century, *Popul. Dev. Rev.* 19 (1993) 767. <https://doi.org/10.2307/2938413>.
- [91] J. Wångdahl, P. Lytsy, L. Mårtensson, R. Westerling, Health literacy among refugees in Sweden—a cross-sectional study, *BMC Public Health.* 14 (2014) 1030.

- [92] World Bank, United Nations Population Division., Unmet need for contraception (% of married women ages 15-49) Household surveys, including Demographic and Health Surveys and Multiple Indicator Cluster Surveys., (n.d.).
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.UWT.TFRT?locations=AF-AL-IR-IQ-SY>.
- [93] M. Çöl, N. Bilgili Aykut, A.N. Usturalı Mut, C. Koçak, S.U. Uzun, A. Akın, L. Say, L. Kobeissi, Sexual and reproductive health of Syrian refugee women in Turkey: a scoping review within the framework of the MISP objectives, *Reprod. Health.* 17 (2020) 99.
<https://doi.org/10.1186/s12978-020-00948-1>.
- [94] §6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG); BGBl I S. 2022, (1993).
- [95] R. Hong, L. Montana, V. Mishra, Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt, *BMC Health Serv. Res.* 6 (2006). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-79>.
- [96] H.E. Jacobson, L. Hund, F. Soto Mas, Predictors of English Health Literacy among U.S. Hispanic Immigrants: The importance of language, bilingualism and sociolinguistic environment, *Lit. Numeracy Stud.* 24 (2016) 43–64. <https://doi.org/10.5130/lms.v24i1.4900>.
- [97] P. Svensson, K. Carlzén, A. Agardh, Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden, *Cult. Health Sex.* 19 (2017) 752–766.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1259503>.
- [98] M.A. Balinska, R. Nesbitt, Z. Ghantous, I. Ciglenecki, N. Staderini, Reproductive health in humanitarian settings in Lebanon and Iraq: results from four cross-sectional studies, 2014–2015, *Confl. Health.* 13 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0210-4>.
- [99] P.S. Shah, T. Balkhair, A. Ohlsson, J. Beyene, F. Scott, C. Frick, Intention to Become Pregnant and Low Birth Weight and Preterm Birth: A Systematic Review, *Matern. Child Health J.* 15 (2011) 205–216. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0546-2>.
- [100] D. Clarke, H. Mühlrad, The impact of abortion legalization on fertility and female empowerment: New evidence from Mexico, (2016).
<https://www.csae.ox.ac.uk/materials/papers/csae-wps-2016-33.pdf> (accessed March 10, 2020).
- [101] L. Rose, B. Planitz, Der ungleiche Start ins Leben. Soziale Differenzen ‚rund um die Geburt‘ als wissenschaftliche und sozialpolitische Herausforderung, in: O. Mitscherlich-Schönherr, R. Anselm (Eds.), *Gelingende Geburt*, De Gruyter, 2021: pp. 247–270.
<https://doi.org/10.1515/9783110719864-013>.

5 Anhang

5.1 Der Fragebogen

1. Allgemeine Fragen:

1.1 Aus welchem Land kommen Sie?	
1.2 Warum sind Sie geflohen?	<input type="checkbox"/> Gefahr fürs Leben (1) <input type="checkbox"/> Krieg (2) <input type="checkbox"/> Terror (3) <input type="checkbox"/> Folter (4) <input type="checkbox"/> Verfolgung auf Grund geschlechtsspezifischer Gewalt (5) <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gründe (6) <input type="checkbox"/> Verfolgung auf Grund der Religion (7) <input type="checkbox"/> Verfolgung auf Grund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (8) <input type="checkbox"/> Familie bereits in Deutschland (9) <input type="checkbox"/> Keine Möglichkeit seinen Lebensunterhalt zu sichern (10) <input type="checkbox"/> Mangelhafte Ernährungssituation (11) <input type="checkbox"/> andere Gründe_____
1.3 Wie alt sind Sie?	_____ Jahre
1.4 Wie lange sind sie schon in Deutschland?	_____ Monate
1.5 Wie viele Jahre haben Sie insgesamt die Schule besucht?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> <6 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12
1.6 Welchen Beruf haben Sie erlernt bzw. was haben Sie studiert?	<input type="checkbox"/> Studium begonnen <input type="checkbox"/> Studium abgeschlossen Studienfach_____

	<input type="checkbox"/> Ausbildung begonnen <input type="checkbox"/> Ausbildung abgeschlossen Ausbildungsfach _____ <input type="checkbox"/> Keine weitere Ausbildung erhalten.
1.7 Machen Sie zurzeit einen Deutschkurs? Wenn nein, warum nicht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, wegen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung <input type="checkbox"/> Fehlende Organisation im Heim <input type="checkbox"/> ich traue mich nicht
1.8 Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie?	_____ cm _____ kg
1.9 Welche der folgenden Erkrankungen haben Sie?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck (1) <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) (2) <input type="checkbox"/> Depressionen (3) <input type="checkbox"/> Asthma (4) <input type="checkbox"/> Thrombosen (5) <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/> Keine (0)
1.10 Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ in Gruppen _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
1.11 Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
1.12 Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja seit wann und wie viele Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/> Ja seit ca. _____ Jahren ca. _____ Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> Nein
1.13 Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (mind. 1x pro Tag)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.14 Besitzen Sie einen Impfpass oder ein Gesundheitsbuch?	<input type="checkbox"/> Ja

	<input type="checkbox"/> Nein
1.15 Befinden Sie sich zurzeit in einer festen Beziehung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2. Allgemeine gynäkologische Fragen:

2.1 Waren Sie schon einmal beim Frauenarzt? Wenn ja, wann war das letzte Mal?	<input type="checkbox"/> Ja vor ca. _____ Jahren nominal <input type="checkbox"/> Nein, ich war noch nie beim Frauenarzt.
2.2 Befinden Sie sich zurzeit in den Wechseljahren? Wenn ja, wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periode?	<input type="checkbox"/> Ja ca. _____ Jahre <input type="checkbox"/> Nein, ich bekomme meine Periode noch.
2.3 Wenn Sie die vorherige Frage mit Ja beantwortet haben, sind Beschwerden nach Ihrer letzten Blutung aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: <input type="checkbox"/> Hitzewallungen (1) <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit (2) <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (3) <input type="checkbox"/> Nervosität (4) <input type="checkbox"/> Scheideninfektion (5) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Nein (0)
2.4 Sind in den letzten 12 Monaten vermehrt Beschwerden während Ihrer Periode aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: <input type="checkbox"/> Unterbauchschmerzen (1) <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen (2) <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (3) <input type="checkbox"/> Übelkeit (4) <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme (5) <input type="checkbox"/> Sehr starke Blutung – mehr als 5 Tampons oder Binden pro Tag (Hypermenorrhoe) (6) <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> Nein
2.5 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Unregelmäßigkeiten in Ihrem Zyklus? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zwischenblutung <input type="checkbox"/> Ausbleiben der Blutung (Amenorrhoe) <input type="checkbox"/> Zu lange Blutung >7 Tage (Menorrhagie) <input type="checkbox"/> Zu kurze Blutung <4 Tage (Brachymenorrhoe) <input type="checkbox"/> Nein

2.6 Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> Nein, noch nie.
---	--

3. Fertilität

3.1 Sind Sie momentan schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht																												
3.2 Würden Sie gerne in den nächsten 12 Monaten schwanger werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vielleicht																												
3.3 Verhüten Sie aktuell, wenn ja wie?	<input type="checkbox"/> Ja, mit: <input type="checkbox"/> Kondom (1) <input type="checkbox"/> Pille (2) <input type="checkbox"/> Drei-Monats-Spritze (3) <input type="checkbox"/> Spirale (4) <input type="checkbox"/> Diaphragma (5) <input type="checkbox"/> Kalender-Methode (6) <input type="checkbox"/> Coitus interruptus (7) (vorzeitiges Herausziehen) <input type="checkbox"/> Nein (0)																												
3.4 Sind Sie über verschiedene Verhütungsmethoden aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																												
3.5 Wie oft waren Sie bereits schwanger und wie haben sie entbunden?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Schwangerschaft</th> <th style="width: 25%;">Spontan- geburt</th> <th style="width: 25%;">Kaiser- schnitt</th> <th style="width: 25%;">Saugglocke/ Zange</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Schwangerschaft	Spontan- geburt	Kaiser- schnitt	Saugglocke/ Zange	1.				2.				3.				4.				5.				6.			
Schwangerschaft	Spontan- geburt	Kaiser- schnitt	Saugglocke/ Zange																										
1.																													
2.																													
3.																													
4.																													
5.																													
6.																													

Die folgenden 3 Fragen bitte nur beantworten, wenn Sie bereits schwanger waren.

3.6 Wie viele Fehlgeburten hatten Sie?	<input type="checkbox"/> 0x <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x <input type="checkbox"/> >5x
---	--

5.2 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Nadja Kutschke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

*Frauengesundheitliche Versorgung weiblicher Geflüchteter in Berlin –
Ermittlung eines Status quo*

*Women's health care of female refugees in Berlin –
determining a status quo*

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht. Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Erstbetreuerin, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe. Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

5.3 Aufstellung der selbst erbrachten Leistungen

5.3.1 Arbeiten in der Forschungsgruppe

Studienkonzeptionierung

Seit November 2015 habe ich in der gynäkologischen Sprechstunde des Virchowklinikums den von uns verwendeten Fragebogen mit konzipiert und erprobt und anschließend die Übersetzung durch professionelle Sprachvermittlerinnen koordiniert.

Datenerhebung

Des Weiteren habe ich die durch „Women for Women“ durchgeführten Vortragsreihen besucht und diese wissenschaftlich begleitet.

Datenverarbeitung

Es erfolgte die Erstellung einer SPSS-Datenbank, die Eingabe der Fragebögen und die statistische Auswertung der selbigen.

Einarbeitung weiterer Doktorandinnen

Neben der Organisation und Datenverwaltung habe ich weitere Doktorandinnen in die Thematik und Technik unserer Arbeitsgruppe eingeführt.

Aufarbeitung und Präsentation der Ergebnisse

Die ermittelten Daten wurden von mir im Rahmen der Jahresabschlussveranstaltungen aufgearbeitet und in einem Vortrag präsentiert. Darüber hinaus erfolgte die Vorstellung des Projekts und der Ergebnisse auf der Jahreskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde 2017 und die Präsentation eines Posters zu vielzähligen Charité internen und externen Anlässen.

Folgeprojekt

Für das von DaMigra durchgeführte Folgeprojekt habe ich die Fragebögen durch die bisher gewonnenen Erfahrungen bearbeitet und an die erweiterte Fragestellung angepasst.

5.3.2 Ausführliche Anteilserklärung an der erfolgten Publikation

Publikation 1: Melisa Guelhan Inci^{1*}, Nadja Kutschke^{1*§}, Sara Nasser¹, Sara Alavi¹, Ingar Abels², Christine Kurmeyer³, Jalid Sehouli¹. Unmet Family Planning Needs among Female Refugees and Asylum Seekers in Germany – Is free access to family planning services enough? Results of a cross-sectional study, *Reprod Health* 17, 115 (29.07.2020).

<https://doi.org/10.1186/s12978-020-00962-3>

*shared first authorship

§ Corresponding author

Die von mir erbrachten Leistungen hinsichtlich des eingereichten Papers umfassen neben den oben erwähnten Tätigkeiten vor allem folgende Punkte:

- die Erstellung einer Datenbank (mittels SPSS)
- die Berechnung der gesamten Statistik
- der gesamte Textkörper, sowie die Kommunikation zwischen den einzelnen Co-Autoren
- die detaillierte Analyse der entstandenen Subgruppen
- die Erstellung sämtlicher Abbildungen und Tabellen
- Die Einreichung des Papers als first author und corresponding author
- die Entwicklung dieser und weiterer Fragestellungen, die momentan im Folgeprojekt bearbeitet werden

5.4 Auszug aus der Journal Summary List

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2018** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **"PUBLIC, ENVIRONMENTAL and OCCUPATIONAL HEALTH"** Selected Category Scheme: WoS
Gesamtanzahl: 285 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	Lancet Global Health	6,109	15.873	0.034250
2	MMWR-MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT	26,534	14.874	0.098040
3	Lancet Public Health	799	11.600	0.003770
4	Annual Review of Public Health	6,769	10.776	0.011700
5	Analytic Methods in Accident Research	669	9.333	0.002420
6	ENVIRONMENTAL HEALTH PERSPECTIVES	42,165	8.049	0.039510
7	INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	23,097	7.339	0.050810
8	BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION	15,736	6.818	0.018090
9	EUROPEAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	7,785	6.529	0.016950
10	EPIDEMIOLOGIC REVIEWS	3,477	6.455	0.003470
11	JOURNAL OF TOXICOLOGY AND ENVIRONMENTAL HEALTH-PART B-CRITICAL REVIEWS	1,753	6.436	0.001470
12	TOBACCO CONTROL	8,343	6.221	0.019190
13	AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	39,861	5.381	0.065480
14	Journal of Occupational Health Psychology	4,093	5.128	0.005410
15	CANCER EPIDEMIOLOGY BIOMARKERS & PREVENTION	19,542	5.057	0.031380
16	ENVIRONMENTAL RESEARCH	16,339	5.026	0.025480
17	PALLIATIVE MEDICINE	5,682	4.956	0.009860
18	Travel Medicine and Infectious Disease	1,576	4.868	0.004660
19	EPIDEMIOLOGY	13,114	4.719	0.019010
20	INDOOR AIR	4,851	4.710	0.005620

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
21	JOURNAL OF CLINICAL EPIDEMIOLOGY	27,514	4.650	0.029080
22	AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	37,816	4.473	0.039390
23	Environmental Health	5,272	4.430	0.010550
24	Evolution Medicine and Public Health	373	4.400	0.001570
25	INTERNATIONAL JOURNAL OF HYGIENE AND ENVIRONMENTAL HEALTH	4,852	4.379	0.007830
26	JOURNAL OF TRAVEL MEDICINE	2,229	4.155	0.003410
27	JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH	15,535	3.957	0.029260
28	JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH	14,305	3.872	0.017690
29	MEDICAL CARE	20,250	3.795	0.021130
30	NICOTINE & TOBACCO RESEARCH	9,737	3.786	0.023650
31	Current Pollution Reports	281	3.762	0.000670
32	AIDS PATIENT CARE AND STDs	3,526	3.742	0.006900
33	JOURNAL OF HOSPITAL INFECTION	7,963	3.704	0.010250
34	OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE	8,820	3.556	0.009890
35	DRUG SAFETY	5,301	3.526	0.006980
36	SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK ENVIRONMENT & HEALTH	5,026	3.491	0.005010
37	PREVENTIVE MEDICINE	16,004	3.449	0.029820
38	LGBT Health	764	3.307	0.003720
39	ENVIRONMENTAL GEOCHEMISTRY AND HEALTH	3,494	3.252	0.003310
40	Antimicrobial Resistance and Infection Control	1,294	3.224	0.004910
41	HEALTH & PLACE	6,327	3.202	0.009880
42	Clinical Epidemiology	2,684	3.178	0.010800

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
43	SOCIAL SCIENCE & MEDICINE	44,305	3.087	0.050860
44	Journal of Global Health	1,027	3.079	0.004580
45	JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	2,988	3.078	0.005650
46	ACCIDENT ANALYSIS AND PREVENTION	17,335	3.058	0.019280
47	Perspectives in Public Health	632	3.033	0.001400
48	Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology	3,713	3.025	0.004690
49	INJURY PREVENTION	3,461	2.987	0.005600
50	Population Health Metrics	1,419	2.953	0.003930
51	AIDS AND BEHAVIOR	9,705	2.908	0.025060
52	PHARMACOEPIDEMOLOGY AND DRUG SAFETY	6,452	2.870	0.013260
53	International Journal of Health Geographics	2,432	2.862	0.003150
54	INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY	9,857	2.856	0.018120
55	PREVENTION SCIENCE	3,888	2.851	0.007740
56	HEALTH EXPECTATIONS	3,199	2.847	0.007740
57	PATIENT EDUCATION AND COUNSELING	12,891	2.821	0.016760
58	Health Reports	1,328	2.768	0.001630
59	Critical Public Health	1,234	2.742	0.002420
60	Research in Social & Administrative Pharmacy	1,895	2.719	0.003790
61	Conflict and Health	619	2.696	0.002390
62	NEUROEPIDEMIOLOGY	3,266	2.689	0.004980
63	Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research	2,888	2.681	0.005000
64	PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY	3,240	2.681	0.004580

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
65	ETHNICITY & HEALTH	1,303	2.671	0.002260
66	JOURNAL OF TOXICOLOGY AND ENVIRONMENTAL HEALTH-PART A-CURRENT ISSUES	4,186	2.649	0.003340
67	AMERICAN JOURNAL OF HEALTH PROMOTION	3,378	2.636	0.003920
68	Cancer Epidemiology	3,124	2.619	0.008820
69	Journal of Occupational Medicine and Toxicology	920	2.591	0.001290
70	Journal of Transport & Health	962	2.583	0.002270
71	BMC PUBLIC HEALTH	36,306	2.567	0.084820
72	RISK ANALYSIS	9,136	2.564	0.008140
73	Prehospital Emergency Care	2,408	2.557	0.005070
74	Globalization and Health	1,872	2.554	0.005490
75	ANNALS OF EPIDEMIOLOGY	6,620	2.550	0.010200
76	PUBLIC HEALTH NUTRITION	12,956	2.526	0.019040
77	QUALITY OF LIFE RESEARCH	13,192	2.488	0.019050
78	Journal of Infection and Public Health	1,449	2.487	0.003810
79	International Journal for Equity in Health	3,319	2.473	0.009790
80	JOURNAL OF RURAL HEALTH	1,729	2.471	0.002630
81	International Journal of Environmental Research and Public Health	20,692	2.468	0.046780
82	TROPICAL MEDICINE & INTERNATIONAL HEALTH	7,938	2.423	0.012810
83	JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR	8,700	2.419	0.003640
84	JOURNAL OF SAFETY RESEARCH	3,508	2.401	0.004110
85	PSYCHOLOGY & HEALTH	5,140	2.401	0.005150
86	International Journal of Public Health	2,917	2.373	0.006840

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
87	International Journal of Transgenderism	752	2.345	0.000950
88	Journal of Developmental Origins of Health and Disease	987	2.340	0.003070
89	AMERICAN JOURNAL OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE	21,980	2.315	0.030050
100	TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE	8,448	2.307	0.006050
101	CANCER CAUSES & CONTROL	7,646	2.300	0.011010
102	Reproductive Health	2,813	2.295	0.008970
103	COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY	4,609	2.278	0.003440
104	PSYCHIATRIC SERVICES	10,947	2.253	0.015610
105	ANNALS OF OCCUPATIONAL HYGIENE	2,990	2.241	0.002630
106	Translational Behavioral Medicine	1,285	2.237	0.003970
107	EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	6,287	2.234	0.014130
108	HEALTH EDUCATION & BEHAVIOR	3,987	2.190	0.004990
109	Economics & Human Biology	1,555	2.183	0.003000
110	ANNALI DELL ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA	1,035	2.172	0.001350
111	JOURNAL OF URBAN HEALTH-BULLETIN OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE	3,864	2.154	0.005900
112	Journal of Racial and Ethnic Health Disparities	771	2.147	0.002360
113	JOURNAL OF MEDICAL SCREENING	1,251	2.125	0.002110
114	REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS	1,505	2.119	0.002040
115	AIDS CARE-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF AIDS/HIV	6,484	2.105	0.012510
116	Journal of Physical Activity & Health	4,407	2.079	0.008350
117	STUDIES IN FAMILY PLANNING	1,786	2.075	0.002550

5.5 Publikation

Inci et al. *Reproductive Health* (2020) 17:115
<https://doi.org/10.1186/s12978-020-00962-3>


Reproductive Health

RESEARCH

Open Access



Unmet family planning needs among female refugees and asylum seekers in Germany – is free access to family planning services enough? Results of a cross-sectional study

Melisa Guelhan Inci^{1†}, Nadja Kutschke^{1*†} , Sara Nasser¹, Sara Alavi¹, Ingar Abels², Christine Kurmeyer³ and Jalid Sehouli¹

Abstract

Background: After the 1968 United Nations International Conference on Human Rights, access to family planning services became a human right. Such a service is of central importance to women's empowerment and is empirically needed to provide adequate healthcare. For registered refugees and asylum seekers in Germany complementary family planning services, including all forms of contraception, are free of charge. Yet, the success of these services remains unclear. The aim of this study is to describe the current reproductive health status of female refugees and to provide an initial overview of their existing unmet family planning and contraception needs.

Methods: Over the course of 2 years, from December 2015 to December 2017, a set of 50 female-only discussion groups were conducted in community shelters for registered refugees in Berlin. A total of 410 women between the ages of 14 and 74 participated. A convenience sampling strategy was then applied and a total of 307 semi-structured questionnaires covering 41 items related to demographic data and women's health were distributed to volunteering female participants over the age of 17. The statistical analysis of the questionnaires was performed using SPSS (IBM, PASW, Version 24). *P*-values less than or equal to 0.05 were considered statistically significant.

(Continued on next page)

* Correspondence: nadja.kutschke@charite.de

Melisa Guelhan Inci and Nadja Kutschke shared first authorship

¹Department of Gynecology, Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

(Continued from previous page)

Results: Of the 307 participants, the majority were from Syria and Afghanistan (30% respectively). The mean age was 33 years (range: 18–63). On average, each woman had 2.5 births (range: 0–10). Twenty-four women (8%) were pregnant and fifty-four of the women (18%) were trying to become pregnant. The majority of women were classified as “requiring contraception” ($n = 195$; 63%) of which 183 gave further information on if and how they used family planning methods. The calculated unmet need for family planning in this group was 47%. Of the remaining 53% of the women who used contraception, many utilised “traditional” methods (34% withdrawal method; 8% calendar method) which have a pearl index of 4–18 and can therefore be classified as rather insufficient birth control methods. Intrauterine contraceptive devices were used by 30%.

Conclusion: Our study revealed that despite the provision of complementary family planning services, there remains unmet family planning and education needs in the female refugee community in Berlin. This study indicates that there is a major access gap to these services. Further research needs to be carried out to evaluate the access gap and clearly identify and implement action plans to address possible causes such as language barriers, lack of childcare and traumatic experiences.

Keywords: Germany, Refugee health, Family planning, Women, Contraceptive use, Pregnancy, unplanned

Plain English summary

The Unmet need within the provision of family planning services, defined as non-use of contraception by women of reproductive age who require it, has potentially severe implications at the individual, familial, community, and global level. Although there is a rising number of female refugees availing of family planning services free of charge in Germany, little research has been done to evaluate the success of this. Thus, this study seeks to record and evaluate the demand, and actual use, of contraception among fertile refugee women in Berlin in order to determine the extent of unmet family planning.

“Charité - Women for Women” conducted women-only discussion groups on female health in refugee shelters in Berlin and distributed questionnaires on gynecological and reproductive health to participants over the age of 17 years.

A total of 307 refugee women volunteered to take part in the study of which, the majority came from Syria and Afghanistan. Most of the participants were young and fertile and without the wish to become pregnant any time soon. Despite this, only 50% were using any kind of contraception. Once more, many of these women used non-reliable “traditional” methods. When a more reliable method was chosen, intrauterine devices were the most commonly used option.

On average, each woman already had 2.5 births. Eight percent were pregnant and 18 % were trying to become pregnant.

This survey underlines the enormous unmet need for family planning and education among female refugees. Furthermore, it highlights an existing access gap to services which are already in place.

Introduction

Globally, many people have been forcibly displaced because of war, political oppression, violence and poverty.

In 2016, a record high number of people were recorded to be refugees with the total number coming to 65.6 million [1]. In the same year, the number of asylum applications in Germany increased from 127,023 to 745,545 compared to 2013 with a third of the registered refugees being women between the ages of 11 and 65 [2]. In the following year, this ratio increased to 39.5% [3] and reached 43.3% in 2018 with a continuing upward trend [4]. With this increase in mind, Germany accounted for almost a third of all first-time applications (28%) registered in Europe [5]. Due to current geopolitical conflicts, a decline in the number of refugees is not expected in the near future, posing major challenges to the social and healthcare systems of the host countries.

In the literature, there is no extensive knowledge about the particular needs of this heterogeneous group of women, especially within the fields of healthcare and family planning [6]. Currently, the majority of research on registered refugees and asylum seekers in Germany is concerned with psychological questions and looks to the likes of Post-Traumatic Stress Disorders [7]. In terms of the reproductive health of refugees, a small body of research analyzes sexually transmitted diseases and general gynecological infections [8, 9] and describes the differences in antenatal and perinatal birth management [10]. Other studies offer an explanation to why there may be low health service utilization within migrant and refugee populations. One such explanation can be accredited to the fact that many women flee with children and therefore pay less attention to their own health and well-being [7]. Furthermore, a lack of public awareness and health education is seen to be another contributing factor [11, 12]. Moreover, the perception of fertility, health and illness varies widely among refugees, which can be another major explanation for low engagement with healthcare and consulting services [13–15]. Additionally,

access to interpreters and the general bureaucratic complexity of the German healthcare system is likely to hinder refugee women from receiving the care and health education they need [16].

Compared to those born and raised in Germany, refugees often have not had the privilege of formal sexual education that covers topics like contraception, pregnancy, and routine health screenings [17, 18]. Nonetheless, by German law registered asylum seekers are entitled to contraception. This applies to refugees who have already been granted refugee status as well as those who are still awaiting a decision [19]. Yet, the coverage of costs for contraception is state-specific. According to section 6 (§6) of the AsylbLG, "asylum seekers are reimbursed for contraceptives after prior application to the Social Welfare Office". In Berlin specifically, asylum seekers with granted asylum status and those still awaiting a decision, can receive free counseling at sexual health and planning centers, where all forms of contraceptives are free of charge. However, there is currently no data on the use and the acceptance of any of these services among the refugee population.

The objective of this study is to record and evaluate the demand, as well as the actual use of contraception, among refugee and asylum-seeking women of childbearing age in Berlin and to determine the extent of unmet need for family planning. As per the WHO criteria, the term "unmet need for family planning" describes women who wish to stop or delay childbearing but are not using any method of contraception. In addition to this definition, data around other aspects of reproductive health such as birth-rate and conceptual behavior are collected in order to understand the extent of the unmet need for family planning. This data can have a significant impact at individual, family, community and global level [20]. Consequently, this study may provide much needed information for the development of legislation by politicians as well as providing a basis for clinical guidelines for physicians to improve patient centered care and integration programs [21].

Methods

Discussion groups and sampling strategy

From December 2015 to December 2017, "Charité's Women for Women" conducted 50 educational evenings in the form of multiple 3-h long discussion groups in government-funded refugee housing centers across the city. The selection of refugee accommodation was based on a publicly accessible list of the "Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten" in Berlin. In the shelters, female gynecologists, with the assistance of medical language interpreters, gave presentations about women's health to a total of 410 female asylum seekers and refugees between the age of 14 and 74. Each presentation included

information on contraceptive options, breast cancer self-examination and maternal health within the German healthcare system. The events were for women only, in order to build trust within the group and provide privacy during the study questionnaire. Furthermore, in order to ensure that all women had the chance to participate, the management organized childcare for the children. Following the event, each woman was given the option to complete a survey. A convenience sampling strategy was applied and a total of 307 agreed to take part in the study. Semi-structured questionnaires covering both demographic data and questions about general and more specific women's health issues were then distributed to the volunteering women over the age of 17.

The survey

The questionnaire had 41 items covering age, country of origin, education status, previous births, further desire for children, and especially the use of contraception. Furthermore, chronic disease, gynecological infections, oncological history and physical and emotional trauma were part of the survey. Multiple answers were possible.

Qualified interpreters translated the complete questionnaire into multiple languages (Arabic, Farsi, Russian, English and Albanian). Prior to commencing the project in 2015, pilot survey questionnaires were evaluated to ensure no linguistic misunderstandings would arise.

The survey was distributed on paper and conducted individually. Trained interpreters provided assistance with completing the survey when requested. This was carried out in a private setting to maintain confidentiality among the participants. Each participant gave written consent prior to completing the survey. In cases of functional illiteracy, interpreters read all written material (questionnaire, study information, declaration of consent) aloud with the participant in a private setting.

Due to the sensitive nature of the topics and the vulnerability of our respondents, we refrained from including a direct question regarding their sexual activity in the questionnaire. Instead, women were regarded as sexually active when they stated at least one of the following: currently in an active relationship, pain during sexual intercourse, wish to become pregnant within the next 12 months or when they did not mention virginity.

Group allocation

The target group was women over the age of 17 years old. During the evaluation the women were divided into two groups. Group 1: women with no need for family planning (menopausal, not sexually active, pregnant or women currently wanting to become pregnant) and group 2: women in need of family planning (sexually active, fertile women with no wish to become pregnant any time soon).

Group 2 was further divided into two subgroups: Subgroup 2a: women using contraception (contraceptive prevalence) and subgroup 2b: women not wanting to become pregnant but not using contraception (unmet family planning need). Both subgroups conform with the WHO definition of contraceptive prevalence and unmet need for family planning [22].

The subgroups were then compared according to age, education level, sexual education and time living in Germany. In order to evaluate the different contraception practices of the participants in subgroup 2a, the different contraception methods were categorized as either modern (birth control pills, IUDs, condoms and sterilization) or traditional (withdrawal method/coitus interruptus and calendar method). The Pearl Index was then used to determine the efficacy of different methods: Modern methods have a pearl index between 0.1 and 12 (birth control pill: 0.1–0.9; IUDs: 0.16–0.8; condom: 2–12); traditional methods between 4 and 18 (coitus interruptus: 4–18; sterilization: 0.1–0.3) [23].

Statistical analysis

The statistical analysis of the questionnaires was performed using SPSS (IBM, PASW, Version 24). All clinical and demographic parameters were summarized in descriptive statistics. The chi-square test was used for testing categorical data between groups. Kruskal-Wallis one-way analysis of variance was used to compare continuous data. *P*-values less than or equal to 0.05 were considered statistically significant.

Ethic board

The sensitive nature of the topic and the vulnerability of the respondents have been taken into great consideration. The institutional ethics review board at the Charité University Hospital Berlin approved the study.

Results

Demographics

Sociodemographic data on the study group can be seen in Table 1. The mean age of the 307 women taking part in the study was 33 years (range: 18–63). The majority of respondents were from Syria (29.6%) and Afghanistan (29.3%). The remaining women fled from Iraq (12.4%), Iran (11.1%), Albania (3.3%), Egypt (2%), Kosovo (1.3%), and other countries (5.2%: Yemen, Moldova, Chechnya, Serbia, Bosnia, Eritrea, Armenia, and Sudan). The remainder (5.9%) did not specify their country of origin. The participants reported a wide spectrum of educational backgrounds, with one third having either completed a vocational training program or a bachelor's degree. Of the women, 141 (46%) reported having a diagnosis of at least one chronic disease, with 84 women (27%) reporting depression, 32 (10%) reporting hypertension, and 19 (6%) reporting type 2 diabetes.

Birth, pregnancy and abortion

The mean birth rate was 2.5 among participants at the time of the survey (range: 0–10). The majority of

Table 1 Demographic characteristics (*n* = 307)

Country of origin	n (%)	Age in years mean	Years attended school mean	Completed bachelor's degree n	Vocational training n
Total	307 (100)	33	7,4	67 (22%)	30 (10%)
- Syria	91 (29.6)	33	9	26	5
- Afghanistan	90 (29.3)	32	5	8	9
- Iraq	38 (12.4)	35	8	11	4
- Iran	34 (11.1)	35	9	14	4
- Albania	10 (3.3)	34	12	2	3
- Egypt	6 (2.0)	32	10	2	1
- Kosovo	4 (1.3)	31	12	–	2
- Serbia	3 (1.0)	34	3	–	–
- Moldova	3 (1.0)	31	7	–	1
- Sudan	2 (0.6)	18	12	–	–
- Chechens	2 (0.6)	33	12	1	1
- Bosnia	2 (0.6)	36	4	–	–
- Eritrea	2 (0.6)	25	3	–	–
- Yemen	1 (0.3)	33	12	–	–
- Armenia	1 (0.3)	51	10	1	–
- no response	18 (5.9)	33	7	2	–

births were delivered naturally (70%), with 23% being performed by Cesarean section. Seventy-seven women reported to have experienced one or more miscarriages in their lives. Further data regarding parity and birthing method according to country of origin is shown in Table 2. Twenty-four women reported having had one or more abortions (range: 1–3 abortions per woman). No answer regarding abortion was given by 44 women. None of the women wished for an abortion at the time of the questionnaire.

Allocation to group 1

Twenty-four women (8%) stated that they were pregnant at the time of the survey whilst fifty-three women (17.3%) had a desire to become pregnant within the next 12 months. Twenty-three (7%) were already menopausal. Another 12 (4%) stated that they had never had a partner or had not recorded any history of sexual intercourse in the questionnaires.

Allocation to group 2

Of the remaining 195 women with a theoretical interest in adequate contraception, 12 gave no information about their prevention method. We then further analyzed the remaining 183 women, of which 97 (53%) were using some form of contraception. Subsequently, we recorded an unmet need for family planning for 86 women (47% of women with a theoretical interest in adequate contraception). Those two groups were then further compared (Fig. 1).

Subgroup comparison

Fertile women, who had an unmet need for family planning (subgroup 2b), were significantly older, with a median age of 36 years versus fertile women using contraception with a median age of 32 years ($p = 0.001$). Women using contraception (subgroup 2a) had been living in Germany significantly longer than women with an unmet need for family planning (median: 16 vs. 12 months; $p = 0.013$). Women who regarded themselves as sexually educated were

significantly more likely to use a method of contraception than those who had no sexual education. (OR: 2.9, 95% CI: 1.27 to 6.72; $p = 0.009$) (Table 3).

Subgroup 2a analysis

The most commonly used methods of contraception were coitus interruptus (34%) and IUDs (30%). Seldomly used methods included condoms (12%), birth-control pills (9%), calendar method (8%), and sterilization (4%). In total 55% of women used “modern” methods such as birth-control pills, condoms and IUDs, while 42% of women used “traditional” methods like coitus interruptus or calendar method (see Fig. 2). The majority of women using these traditional methods came from Albania, Iran, and Iraq. However, whether the women opted for modern or traditional methods of contraception does not correlate with either sexual education, stay in Germany or present relationships as shown in Table 4.

Out of the women with an interest in family planning (group 2) 16 women already had at least one abortion, most of which came from Iran. At the time of being allocated into the subgroups, 11 of the 16 women (69%) were without any form of contraception and thus belonged to subgroup 2b. However, no statistical significance could be detected ($p = 0.09$).

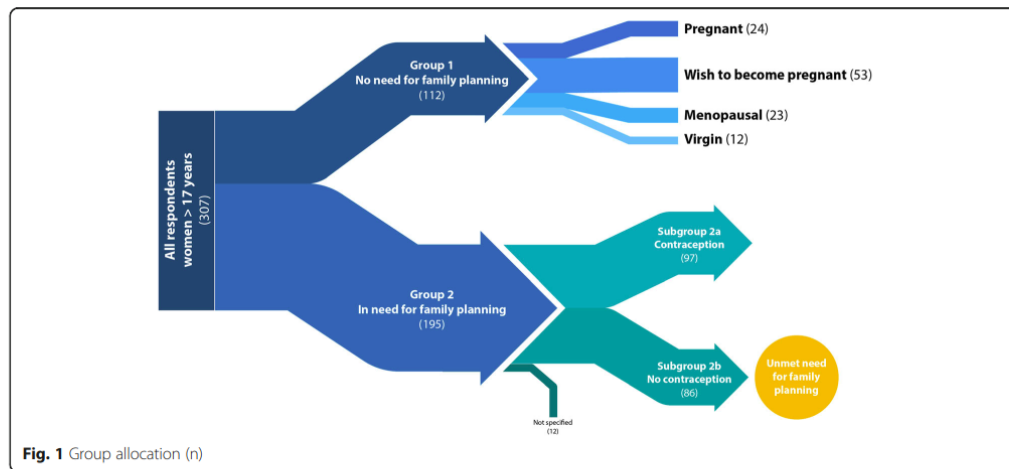
Discussion

Unmet need among refugees

Most of the refugee women who participated in the study were young, without the wish to become pregnant any time soon and were sexually active. However, only half of them (53%) were using contraceptive methods, unlike women fertile born and raised in Germany (rate of contraceptive usage among women who grew up and live in Germany: 68–91% [24]). Although refugees have the same rights and formal access to all means of contraception as German women [19], the unmet need for family planning in this group is high (47%).

Table 2 Parity and birthing methods (736 births)

Country of origin	Parity	Natural birth	C-section	Vacuum-assisted Vaginal delivery	Unspecified birthing method
		%	%	%	%
Total	2.48	70	23	3	4
- Syria	2.6	71	22	3	3
- Afghanistan	2.6	73	22	2	2
- Iraq	2.7	76	18	2	3
- Iran	1.9	58	25	5	10
- Albania	2.7	55	47	4	–
- Egypt	3.0	55	44	–	–
- Kosovo	2.3	77	22	–	–
- others	1.8	67	24	2	7



Moreover, among the women using contraception, the withdrawal method (coitus interruptus) was most commonly used (34%) despite its inefficacy (Pearl-Index of 4–18) [25]. When refugee women opted for an effective method of contraception, they preferred the IUD (30%). This is unlike women born in Germany, who most often

Table 3 Comparison of unmet family planning needs versus contraception usage (n = 183)

Variables	Unmet need for family planning (Subgroup 2b) (n = 86)	Contraceptive prevalence (Subgroup 2a) (n = 97)	p-value
	n	n	
Country of origin			ns
- Albania	4	4	
- Syria	26	27	
- Afghanistan	23	33	
- Iran	8	12	
- Iraq	10	14	
- other	15	7	
Age Median	36	32	0.001
Months in Germany Median	13	16	0.013
School^a			ns
- none	20	13	
- 1–5 years	7	9	
- 6–11 years	30	44	
- > 12 years	28	29	
Felt sexually educated	56	82	0.009
Committed relationship	50	82	0.001

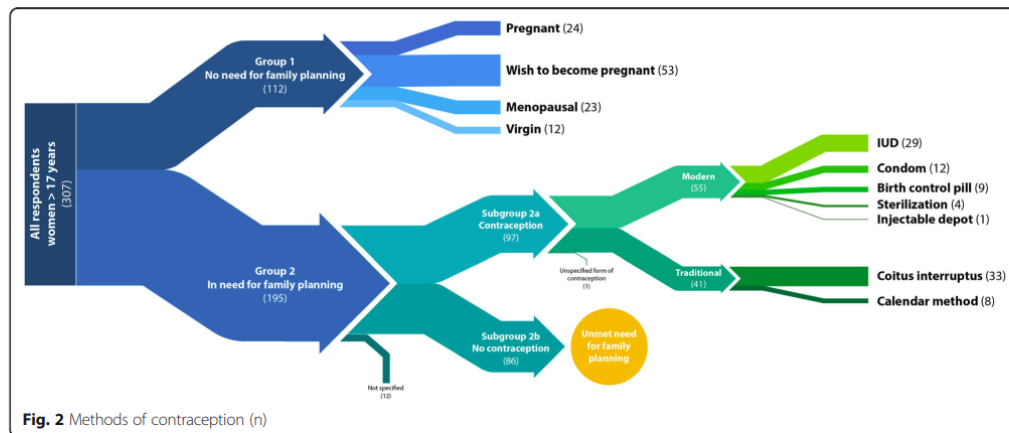
^anot specified by three women
Abbreviation: ns not significant

choose the birth control pill and condoms as their preferred contraceptive method [26]. Similarly to German women, our respondents were overall more likely to use some form of contraception when they were either in committed relationships or regarded themselves as sexually educated [27]. Interestingly, the choice between modern and traditional forms of contraception did not correlate with either relationship or sexual education. This indicates a gap in knowledge regarding the efficacy of different contraception methods.

The only information about the use of contraceptives that might be pertinent to refugees in Germany is a study performed by the World Bank. The authors evaluated contraceptive use among non-refugee women resident in the countries from which large portions of the refugees in Germany originate. The study supports our findings of an obvious access gap since the unmet need for family planning of refugees in Berlin shows to be higher compared to the results from the countries of origin (Afghanistan: 41% in Germany vs. 25% at home; Iran: 40% vs. 5.7%; Iraq 42% vs. 8%; Syria: 49% vs. 16.4%; Albania: 12.9% vs. 50%) [28].

Reasons for the access gap

By law, refugees in Germany have the right to access any form of modern contraception free of charge [19]. However, the coverage for costs of contraception is state-specific and it needs to be arranged by health care professionals which can cause the process to often be cumbersome. In Berlin, female refugees can also obtain free contraceptives in the centers for sexual health and family planning, with no distinction made between the individual methods of contraception used. Despite this accessibility in Berlin, these services did not seem to reach our respondents. We



propose this is due to a lack of information and health education services in Germany. This is based on studies that have shown that service quality is an important determinant of use of clinical contraceptive methods [16, 29]. Furthermore, language barriers can create an additional obstacle to those attempting to access services [11, 12, 18].

Another aspect worth considering is the self-reported diagnosis of depression among 84 women (27%). In comparison, in 2010 the prevalence of depression among

Table 4 Comparison of contraceptive methods (n = 96)

Variables	Traditional (n = 41)	Modern (n = 55)	p-value
Country of origin			ns
- Albania	3	1	
- Syria	12	15	
- Afghanistan	11	21	
- Iran	7	5	
- Iraq	8	6	
- other	-	7	
Age Median	32	31	ns
Months in Germany Median	14	16	ns
School^a			0,03
- none	4	9	
- 1–5 years	-	8	
- 6–11 years	20	24	
- > 12 years	17	12	
Felt sexually educated	34	47	ns
Committed relationship	37	44	ns

^anot specified by two women
Abbreviation: ns not significant

German women was 14% [30]. These findings show the extent of the trauma which many of these women have suffered from their long migration history and could be another cause for some of their barriers to healthcare access and adequate contraception [7].

Planned and unplanned pregnancies and their implications

In summary, due to the low rate of contraceptive use (subgroup 2b) and the high proportion of traditional methods with a higher pearl index within subgroup 2a, an increase in unplanned pregnancies can be expected if no further health policy measures are taken. The number of current pregnancies among our respondents resemble those of a study conducted at refugee camps in Lebanon and Iraq between 2014 and 2015 (8% of refugees in Germany vs. 7.5% in Lebanon and Iraq). Alarmingly, the same study stated that 57% of pregnancies were unplanned [31].

In our sample 7.8% of women reported having had one or more abortions to terminate an unwanted pregnancy. This is comparable to the termination rate in Germany (8.2%) [27]. Unintended pregnancies are known to be associated with a range of physical and psychological risks for mother and child as well as to increase barriers to access integration programs [7, 32]. This supports the evidence that all women regardless of their origin, upbringing and social status, need access to family planning services, including access to safe abortion services, in order to guarantee empowerment, successful integration and equity [33].

Limitations

This study has several limitations to consider. Firstly, using a convenience sampling strategy may lead to

potential selection bias. Nevertheless, due to the special living conditions of our respondents and the fact that this was a pilot study aiming to provide an overview of the current situation, we regarded this sampling method as adequate. Secondly, the very sensitive nature of the topic may have led to bias in completing the questionnaire. We tried to reduce this by making the discussion groups an event for women only. This is likely to have created a safe environment and a sense of trust and security amongst the participants. Furthermore, we made a considerable effort to ensure that our respondents understood that the researchers, gynecologists and interpreters were separate from the ministry of migration and had no influence on the decision on their refugee status. Nevertheless, participants may have felt that their answers could harm this process, affecting their willingness to complete the questionnaire or participate in the study. Although all eligible women were offered the opportunity to participate, women who already had their refugee status granted may have preferentially been included, since they may have shown a greater interest in participating.

The question of unplanned pregnancy remains a sensitive issue worldwide. The decision for a woman to use contraception, and what type of contraception, as well as the choice to terminate a current pregnancy, does not merely depend on her own opinion alone or her access to family planning. It also depends on her husband's or partner's involvement, her religion and culture [34] as well as her social status. These contributing factors were outside the scope of our study, as our aim was to give an initial overview of the current situation from which future studies can be based.

Conclusion

Our study is the first to provide information about the current reproductive health status of female refugees in Berlin and gives an initial overview of their potential unmet need for family planning and contraception.

Family planning needs are high despite the fact that by law refugees are entitled to free access to any form of contraception. Nonetheless, an access gap is evident. The expected change in the number of planned and unplanned pregnancies will have a direct impact on the development of the German healthcare, education, and social system. Planned parenthood is a crucial factor for the successful integration of female refugees into their host countries. Therefore, a systematic family planning program focused on education and raising awareness for refugee women in Germany is essential.

In order to aim for stronger evidence on the development for targeted strategies, we have started a nationwide survey among female refugees in collaboration with

the umbrella organization DaMigra. DaMigra conducts the same discussion groups in refugee community housing in four other cities in Germany. An extended version of our questionnaire is currently being used to cover family planning perceptions, and the role of the partner in decision making regarding contraception and health education. The results of our pilot study have formed the basis for such nationwide studies to evaluate the reasons and develop targeted strategies to bridge the access gap and empower refugee women within their own sexual and reproductive health.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00962-3>.

Additional file 1. Questionnaire

Acknowledgments

We would like to thank Aoife Doran for proof-reading the manuscript and providing feedback. We would also like to thank Ole Hoepfner for helping with graphics and providing feedback on the topic.

Authors' contributions

The role of each author where the following: NK: development and implementation of methods, preparation of manuscript, statistical analysis, conduction of the survey. GI: development and implementation of methods, proofreading of manuscript, medical supervision during the discussion groups. SA: proofreading of manuscript, medical supervisor during the discussion groups. IA: proofreading of manuscript, research assistant. CK: proofreading of manuscript, planning and organization of discussion groups. JS: general supervision of the research project, proofreading of manuscript. All authors have reviewed the submitted manuscript and approve the manuscript for submission.

Funding

The project was fully supported and funded by the Berlin Senat Department of Education, Science and Research. We confirm that the sponsors played no role in the study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication.

Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Ethics approval and consent to participate

The study was approved by the institutional ethic review board at the Charité Universitätsmedizin Berlin, and all participants provided written consent. There was no case of complete illiteracy. All women could at least write their names.

Consent for publication

Not applicable. No individual person's data in any form (including individual details, images or videos) is being used in this publication.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Department of Gynecology, Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany. ²Mentoring Competence Center, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin

Institute of Health, 10117 Berlin, Germany. ³Women and equal opportunities officer, Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, 13353 Berlin, Germany.

Received: 21 August 2019 Accepted: 8 July 2020
Published online: 29 July 2020

References

- United Nations High Commissioner for Refugees. Global Trends - forced displacement in 2016 [Internet]. Geneva: UNHCR; 2017. p. 2–3. Available from: <https://www.unhcr.org/5943e8a34.pdf>.
- Lederer H. Das Bundesamt in Zahlen 2016 Asyl, Migration und Integration [Internet]. 2017. Available from: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschuren/bundesamt-in-zahlen-2016.pdf;jsessionid=05233700D886F969381A2459B28FE702_cid359?__blob=publicationFile [cited 2017 Nov 25].
- Federal Office for Migration and Refugees. aktuelle Zahlen zu Asyl Dezember 2017 [Internet]. BAMF; 2017. Report No.: 12.2017. Available from: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2017.pdf;jsessionid=2C094E98F5CEE7D6EFD31F31B665F95_1_cid368?__blob=publicationFile.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2018 - Asyl, Migration und Integration [Internet]. Nürnberg: BAMF; 2019. Available from: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2018.html?nn=284738>.
- Eurostat. Fluchtungsverteilung in Europa - Asylbewerber pro eine million Einwohner in Laendern der EU in 2018 [Internet]. eurostat; 2019. p. 6. Report No.: 46/2019. Available from: ec.europa.eu/eurostat.
- Janssens K, Bosmans M, Temmerman M. Sexual and reproductive health and rights of refugee women in Europe: rights, policies, status and needs. Ghent: International Centre for Reproductive Health (ICRH); 2005.
- Schouler-Ocak M, Kurmeyer C. Study on Female Refugees Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Berlin: Charité Universitätsmedizin; 2017. p. 65.
- Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, Seilmaier M. Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2016;141:e8–e15.
- Masterson AR, Usta J, Gupta J, Ettinger AS. Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Womens Health*. 2014;14:25.
- Erenel H, Aydogan Mathyk B, Sal V, Ayhan I, Karatas S, Koc Bebek A. Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2017;295:45–50. Available from: <http://link.springer.com/https://doi.org/10.1007/s00404-016-4188-5> [cited 2019 Mar 19].
- Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden—a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1030.
- Jacobson HE, Hund L, Soto Mas F. Predictors of English Health Literacy among U.S. Hispanic Immigrants: The importance of language, bilingualism and sociolinguistic environment. *Literacy Numeracy Stud* [Internet]. 2016;24:43. Available from: <http://eprints.lib.uts.edu.au/journals/index.php/lnj/article/view/4900> [cited 2017 Nov 26].
- David M, Borde T, Kantenich H. Knowledge among German and Turkish Women about Specifically Female Bodily Functions, Contraception, Preventative Medical Examinations and Menopause. *Ethn Health*. 2000;5:101–12 Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713667447> [cited 2017 Nov 7].
- David M, Ilklic I. Religiöser Glaube – Islam: Mögliche Konflikte im klinisch-gynäkologischen Alltag. *Gynäkologe*. 2010;43:53–7 Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00129-009-2393-z> [cited 2017 Nov 7].
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381:1235–45.
- Bempong N-E, Sheath D, Seybold J, Flahault A, Depoux A, Saso L. Critical reflections, challenges and solutions for migrant and refugee health: 2nd M8 Alliance Expert Meeting. *Public Health Rev*. 2019;40 Available from: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-019-0113-3> [cited 2020 Mar 23].
- §1/§2 of the law on conflicts in pregnancies (SchKG); BGBl. I S. 1398. BGBl. I S. 1398; 1992.
- Svensson P, Carlzén K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Culture, Health & Sexuality*. 2017;19:752–766. <https://www.tandfonline.com/doi/full/https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1259503> Available from: [cited 2017 Nov 7].
- §6 Asylum seekers benefits act (AsylbLG); BGBl. I S. 2022. BGBl. I S. 2022; 1993.
- Moreira LR, Ewerling F, AID B, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2019;16 Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0805-7> [cited 2020 Mar 9].
- Seybold J, Kraatz S. Medizinische Flüchtlingsversorgung: Ein praxisorientiertes Handbuch. Berlin/Boston: De Gruyter; 2018.
- Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381:1642–52.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Empfängnisverhütung, Familienplanung in Deutschland [Internet]. 2010. Available from: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015015_Empf%C3%A4ngnisverhuetung/015015_2010.pdf. [cited 2020 Mar 14].
- Heßling A. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editors. Verhütungsverhalten Erwachsener 2011: aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung. 1. Aufl. Köln: BZgA; 2011.
- Coitus SG. Interruptus in the Twentieth Century. *Population and Development Review*, vol. 19; 1993. p. 767. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2938413?origin=crossref> [cited 2017 Nov 26].
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Verhütungsverhalten Erwachsener 2018, erste Studienergebnisse [Internet]. Köln: BZgA; 2018. Report No.: 4. Available from: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/verhuetung/verhuetungsverhalten-2018/>.
- Heffnerich C, Klindworth H, Heine Y, Wlosniewski I, editors. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen: Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Köln: Federal Centre for Health Education (BZgA); 2016.
- World Bank, United Nations Population Division. Unmet need for contraception (% of married women ages 15–49) Household surveys, including Demographic and Health Surveys and Multiple Indicator Cluster Surveys. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.UWT.TFRT?locations=AF-AL-IR-IQ-SY>.
- Hong R, Montana L, Mishra V. Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Serv Res*. 2006;6 Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-79> [cited 2020 Mar 10].
- Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L, Ziese T. Depressive Erkrankungen: Robert-Koch-Inst; 2010.
- Balinska MA, Nesbitt R, Ghantous Z, Ciglenecki I, Staderini N. Reproductive health in humanitarian settings in Lebanon and Iraq: results from four cross-sectional studies, 2014–2015. *Confl Heal*. 2019;13 Available from: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-019-0210-4> [cited 2019 Aug 4].
- Shah PS, Balkhair T, Ohlsson A, Beyene J, Scott F, Frick C. Intention to Become Pregnant and Low Birth Weight and Preterm Birth: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. 2011;15:205–16 Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-009-0546-2> [cited 2019 Aug 16].
- Clarke D, Mühlrad H. The impact of abortion legalization on fertility and female empowerment: New evidence from Mexico [Internet]. centre for the study of african economies; 2016. Available from: <https://www.csaec.ox.ac.uk/materials/papers/csaec-wps-2016-33.pdf> [cited 2020 Mar 10].
- Galazios G, Tsikouras P, Liberis V, Koutlaki N, Vlachos G, Teichmann AT, et al. Attitudes towards contraception in three different populations. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2008;35:22–6.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

5.6 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

5.7 Publikationsliste

- Inci, M.G., **Kutschke, N.**, Nasser, S. *et al.* Unmet family planning needs among female refugees and asylum seekers in Germany – is free access to family planning services enough? Results of a cross-sectional study. *Reprod Health* **17**, 115 (2020).
<https://doi.org/10.1186/s12978-020-00962-3>
- G. Inci, **N. Kutschke**, C. Kurmeyer, J. Sehouli: Verhütung bei weiblichen Flüchtlingen – Informiertheit, Inanspruchnahme, Beratungsbedarf – eine Stichprobe in Berliner Notunterkünften. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2017; 77(02): 182-191.
DOI: 10.1055/s-0037-1598119
- O. Ammoura, J. Sehouli, C. Kurmeyer, R. Richter, **N. Kutschke**, W. Henrich, M. Guelhan Inci: Perinatal Data of Refugee Women from the Gynaecology Department of Charité University Hospital Berlin Compared with German Federal Analysis. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2021; DOI: 10.1055/a-1397-6888

5.8 Vorträge

- 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtsmedizin 01.-04.03.2017, Verhütung bei weiblichen Flüchtlingen – Informiertheit, Inanspruchnahme, Beratungsbedarf – eine Stichprobe in Berliner Notunterkünften,
1. Preis in der Kategorie: Kurzvorträge

5.9 Danksagung

Mein Dank gilt meiner engagierten und motivierten Arbeitsgruppe, ohne die die Datenerhebung und Auswertung erst gar nicht möglich gewesen wäre.

Danken möchte ich außerdem Ole Höpfner, Hannah Everwien und Isabell Falkenstein für die moralische und seelische Unterstützung, die vielen aufbauenden Worte und die konstruktive Kritik während der Erarbeitung meiner Dissertation.

Ein besonderer Dank gilt zudem meinen Eltern und Großeltern, die mich auf meinem Weg durch das Studium in Berg- und Talfahrten begleitet haben.