

Erfahrungen geflüchteter Frauen während Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Monaten mit dem Neugeborenen



... und Perspektiven des Gesundheitspersonals

Ein Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag, Herausforderungen, Exklusion und Rassismus

Prof. Dr. Theda Borde (MPH)

STIFTUNG
MERCATOR

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



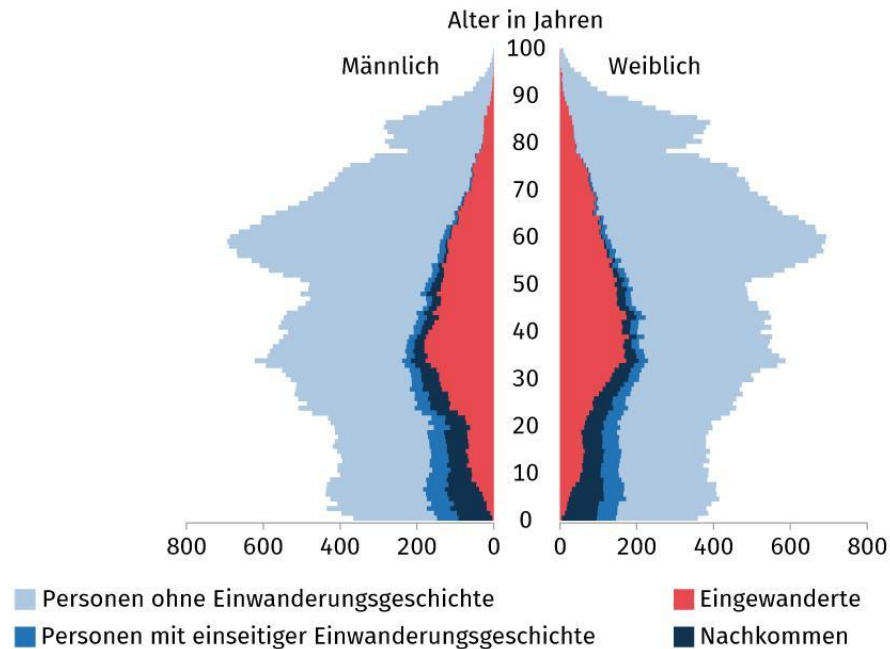
EMPOWERMENT
FÜR DIVERSITÄT
Allianz für Chancengerechtigkeit
in der Gesundheitsversorgung

CCG hebammenwissenschaftliche Ringvorlesung 29.04.2026, HAW Hamburg

Bevölkerung in Deutschland

Immigrant:innen machen einen konstituierenden Teil der Bevölkerung aus

Alterspyramide 2023 nach Einwanderungsgeschichte
Erstergebnisse des Mikrozensus

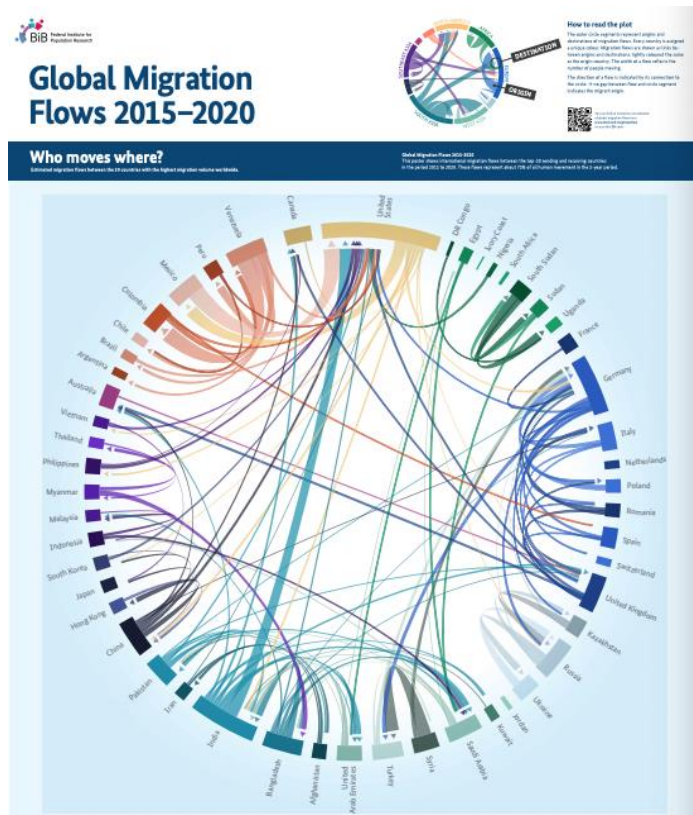


regionale Unterschiede
Stadt – Land, Ost – West

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024

Globale Migration und gesellschaftliche Diversität

- ökonomische und demografische Bedeutung der Zuwanderung
- zunehmende Vielfalt der Bevölkerung und Mehrsprachigkeit
- aktuelle, anhaltende und neue (globale) Migrationstrends



- Arbeitsmigration
- Familienzusammenführung
- Ost-West und Süd-Nord Migration in der EU
- irreguläre Migration
- **Fluchtmigration aus Kriegs- und Krisengebieten**

Geflüchtete Frauen (15 - 45 Jahre) in Deutschland, 2025

≈ 0,9 – 1,2 Mio.

≈ 25 – 35 % aller Schutzsuchenden

größte Gruppen:

- Ukraine: 430–530 Tsd.
- Syrien: 230–300 Tsd.
- Afghanistan: 110–150 Tsd.

Statistisches Bundesamt, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; eigene Berechnung

Datenlage lückenhaft

➤ **relevante Gruppe in der geburtshilflichen Versorgung und Zielgruppe für die Frühen Hilfen**

Forschungsgruppe:

Fluchtmigration nach Deutschland –

Ein Vergrößerungsglas für umfassendere Herausforderungen in Public Health

Förderzeitraum: 2019-2023

Gefördert durch

DFG Deutsche
Forschungsgemeinschaft

**PH
LENS**
Research Group



Ziele

- Gesundheitliche Ungleichheiten identifizieren
- zugrunde liegende Mechanismen verstehen (z.B. gesellschaftliche und institutionelle Ausgrenzungsprozesse)
- Empfehlungen für gesundheitliche Chancengleichheit entwickeln

**Kontextuelle
Faktoren**

**Responsivität des
Gesundheitssystems**

**„Othering“ und Effekte
auf die Gesundheit**

„Anders-machen“

Unser Teilprojekt der Forschungsgruppe PH-LENS

Pregnancy and Obstetric Care for REfugees (PROREF)

richtet den Blick auf die **Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt**

➤ **KONTEXTE**

- Lebenskontexte geflüchteter Frauen und Familien
- Versorgungskontexte

➤ **RESPONSIVITÄT DER VERSORGUNG**

- Versorgungspfade, *patient journey*, Versorgungsstrukturen

➤ **OTHERING – EXKLUSIONSMECHANISMEN**

- gesellschaftliche, institutionelle, gedankliche Exklusion

Mixed-Methods-Studie PRegnancy and Obstetric Care of REFugees (PROREF)

Gefördert durch
DFG Deutsche
Forschungsgemeinschaft

**PH
LENS**
Research Group



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Matthias David

**Quantitative
Methodik**

**Qualitative
Methodik**

Prof. Dr. Theda Borde

KLINIKVERSORGUNG & GEBURTSOUTCOME

3420 Mütter (47% *immigriert*)

3 Berliner Geburtskliniken (24 Monate)

1-2 Tage nach der Geburt

standardisierte Interviews (Fragebogen)

Publikationen:

Seidel et al. 2025
Teschemacher et al. 2024
Schlothauer et al. 2024
Seidel et al. 2024
(siehe letzte Folien)

VERSORGUNGSKONTEXTE & - WEGE

geflüchtete Frauen

bis zu 9 Monate nach der Geburt

Gesundheitsfachkräfte (*maternity*)

3 Bundesländer:

Berlin, NRW, Brandenburg

VERSORGUNGSKONTEXTE & - WEGE

Fokus **psychische Gesundheit**
arabischsprachige gefl. Mütter

partizipativer Ansatz

Individuelle Interviews &
Fokusgruppendifkussionen

Projektlaufzeit 11/2019-01/2023

COVID-19

Projektlaufzeit 08/2021 – 12/2023

Methodik – Qualitativer Studienteil der PROREF-Studie (PRegnancy and Obsetric Care for REFugees)

2 Samples

(Berlin, Brandenburg, NRW)

33 geflüchtete Mütter

(bis zu 9 Monate nach der Geburt)

60-90minütige persönliche
leitfadenorientierte Interviews

englisch, französisch, arabisch, deutsch
(Team) + 9 Sprachen mit qualifizierten
Sprachmittlerinnen (SprInt)

Offene Fragen zum erlebten
Versorgungsverlauf (Schwangerschaft,
Geburt, Leben mit Neugeborenen)

80 Fachkräfte der Versorgung

30-45 minütige Video-/Telefoninterviews (online)

Offene Fragen zu Versorgungskontexten,
Herausforderungen und Ressourcen der Betreuung
geflüchteter Frauen/Familien



Forschungsteam:

M. Engelhardt, L. Patzelt, A. Krautstengel, M. Gaudion, E. Mohr, J. Kamhiye, R. Al Munjid, T. Borde

KONTEXTUELLE FAKTOREN

Arbeitskontexte der befragten Fachkräfte

N = 80 Fachkräfte, die geflüchtete Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreuen

Berufsgruppen:

39 Hebammen (inkl. FamHeb.),
12 Gynäkolog:innen
19 Sozialarbeiter:innen,
5 FGKiKp & Babylotsinnen,
5 weitere (Anästhesist, Kinderarzt,
Sprachmittlerinnen)

Arbeitskontexte:

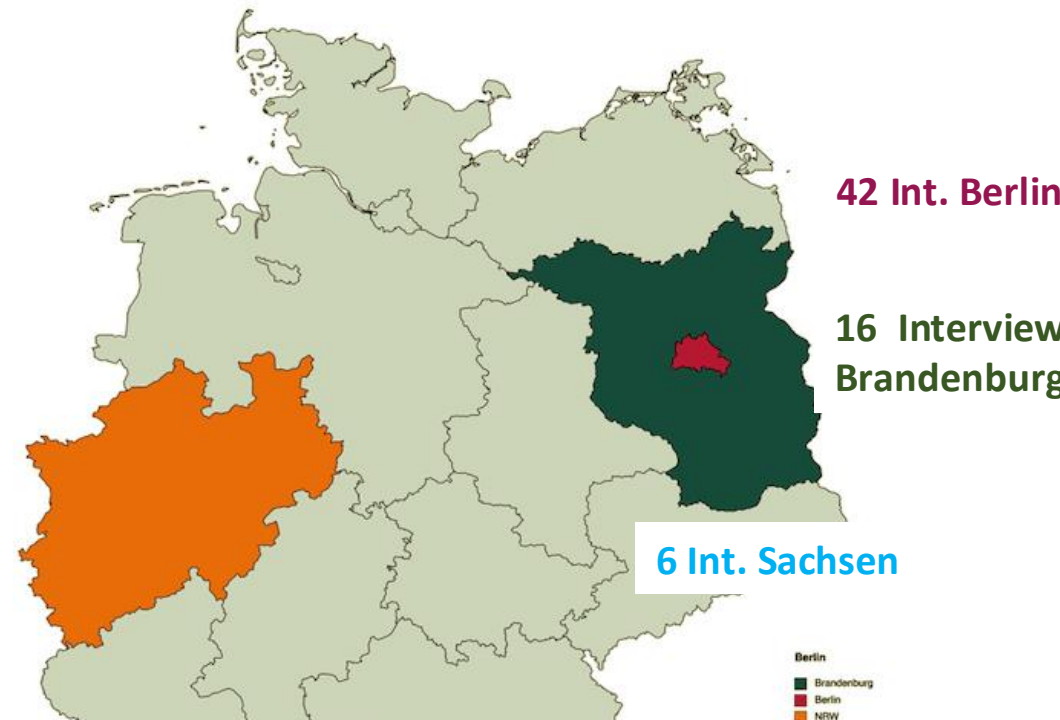
- Geburtskliniken
- aufsuchend (v.a. Gemeinschaftsunterkünfte)
- ambulante Versorgung

Berufserfahrung:

11 Jahre (*Mdn*)
(Range: 1-40 Jahre)

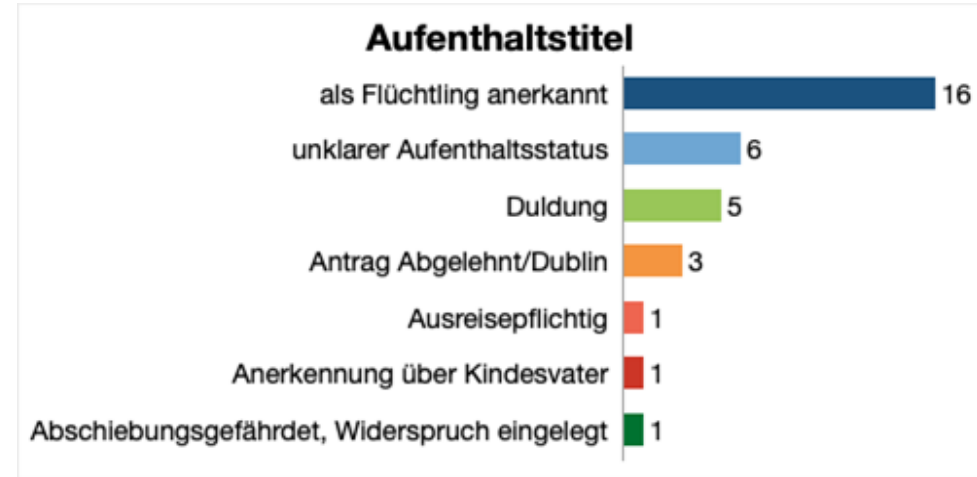
Qualifizierungsarbeiten von
Anne Krautstengel (M.Sc.PH)
Lisa-Marie Patzelt (M.Sc.PH)
Verena Hoffmann (B.Sc. IGo)
Elizabeth Mohr (M.Sc.PH)

16 Interviews
in NRW



Lebenskontexte der befragten Mütter

- **N = 33** Mütter mit Fluchtgeschichte
Berlin, Brandenburg und NRW
- $M_{\text{Alter}} = 31$ Jahre (Spannweite = 24-39)
- Zeit in Deutschland $Mdn = 36$ Monate
- Heterogene Bildungshintergründe
 - 5 Befragte ohne Schulbildung
 - 4 Befragte mit Hochschulabschluss



Lebenskontexte der befragten Mütter mit Fluchterfahrung

Soziale und strukturelle Determinanten von Gesundheit für Mutter und Kind

Kräftezehrende Umstände

- alleinerziehend
- Familie/Kinder im Herkunftsland
- Leben in Gemeinschaftsunterkunft
- schlechte Anbindung von ländlicher Region
- keine oder späte gynäkologische Vorsorge
- keine Krankenversicherung
- unsicherer Aufenthaltsstatus
- geringe Bildung
- kein Zugang zu Deutschkursen
- bürokratische Verzögerungen bei Geburtsurkunde oder Aufenthaltsstatus
- keine Hebamme

Kraftspendende Umstände

- verheiratet, Partner vorhanden
- Familie/Kinder in Deutschland
- Leben in eigener Wohnung
- gute Verkehrsinfrastruktur
- gynäkologische Vorsorge mit Dolmetscherin
- Krankenversicherung
- als Flüchtling anerkannt
- höhere Bildung / Wissen ü. Gesundheitssystem
- Deutschkurse mit Kinderbetreuung
- Geburtsurkunde schnell erhalten
- Unterstützung bei Aufenthaltsstatus
- aufsuchende, regelmäßige Hebammenbetreuung

Veränderte Familienkonstellationen im Exil

Familiale soziale Netzwerke sind oft nicht verfügbar

- **Gewohnte Unterstützungsstrukturen** durch z.B. die eigene Mutter oder andere weibliche Familienangehörige rund um die Geburt **fehlen**.
- Frauen und auch Paare sind im Kontext der Flucht- migration weitgehend **auf sich selbst gestellt**.
- **Vätern** kommen rund um Schwangerschaft und Geburt in Deutschland neue ungewohnte Aufgaben zu, die sie mehr oder weniger gut erbringen können.



RESPONSIVITÄT DER VERSORGUNG

**Reaktionsbereitschaft und –fähigkeit auf neue
(und nicht mehr ganz so neue) Anforderungen**

Hebammenversorgung

Nur wenige der befragten Mütter nutzten die Hebammenversorgung vor und nach der Geburt

(vgl. auch Seidel et al 2019)

**Bei vorhandener
Hebammenversorgung**

*Wie wurde die Hebamme
gefunden?*

Am häufigsten:

- aufsuchende Hebammen in GU (Berlin LAF)
- Sozialarbeiter:innen in Wohnheim

Einzelfälle:

- Babylotsinnen im Krankenhaus
- Kooperation zwischen Gynäkolog. u. Hebamme
- Gesundheitszentrum
- von Mutter selbst organisiert
(= Handlungsmacht und Selbstwirksamkeit)

Bedarfsgerechte Unterstützung durch die Frühen Hilfen ist eingeschränkt

Nur sehr wenige der befragten Frauen kannten die Frühen Hilfen !

- **mangelnde Information** und Aufklärung der Familien über die Angebote
- Wenn bekannt: **Misstrauen** und die **Sorge um eine Kontrollfunktion**
(v.a. bei ungesichertem Aufenthaltsstatus)
- **Diskriminierungserfahrung** und Angst vor Diskriminierung und **Rassismus**

Fachkräfteinterviews

- belegen unzureichende Vernetzung und Kooperation der Frühen Hilfen im Kontext
Flucht_Migration (Patzelt et al. 2023)

Sprachliche Verständigungsbarrieren = Zugangs- und Teilhabebarrieren

- Viele Mütter äußerten **aufgrund von Sprachbarrieren** generell **Angst** beim Kontakt mit der Gesundheitsversorgung, Behörden und Beratungsstellen.
- Schwangere/Mütter organisierten **eigene Lösungen** der Sprachmittlung (Freundinnen oder Ehepartner telefonisch zugeschaltet)
- **Geringe Kenntnis** des Versorgungs- und Beratungssystems
- Mütter kannten ihre **Rechte und Ansprüche** nicht



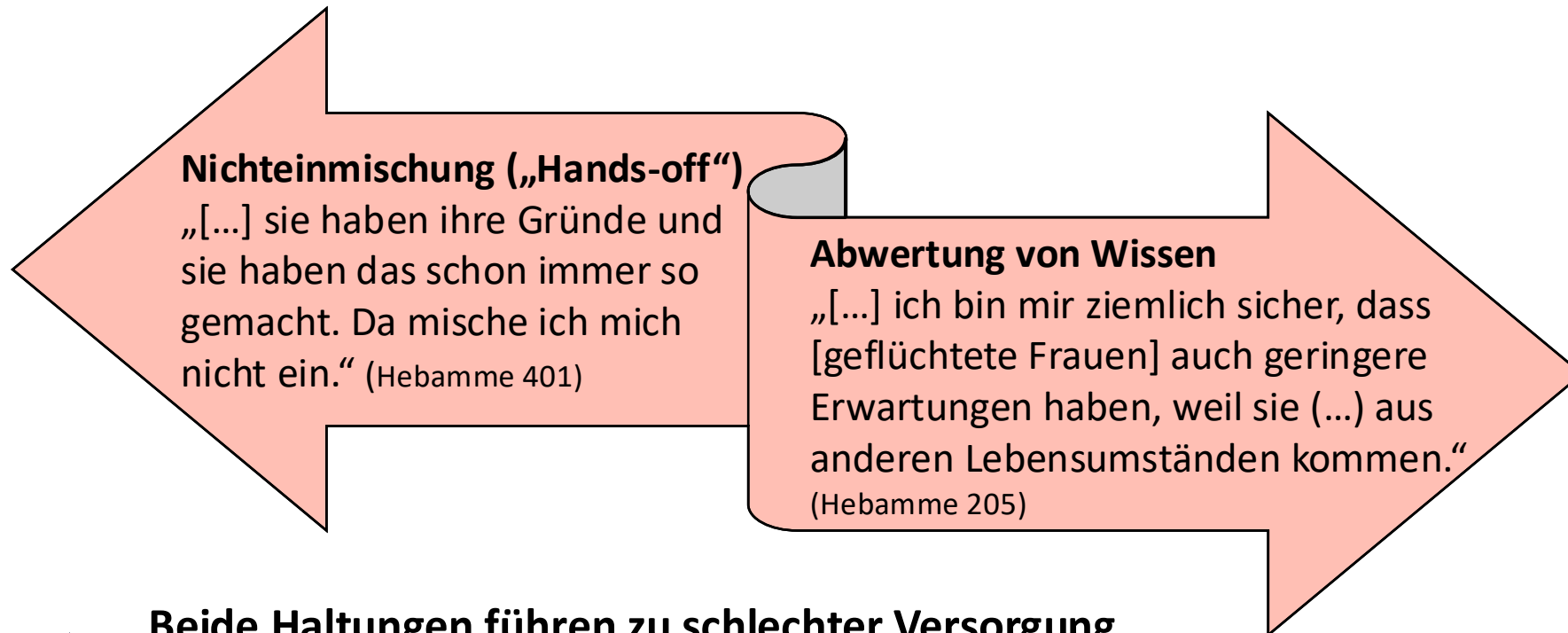
Die improvisierten Kommunikationsbrücken reichten nicht aus, denn die Mütter erhielten nicht alle wichtigen Informationen, die sie für sich selbst und ihr neugeborenes Kind brauchten.

Ergebnisse – Fachkräftebefragung

Probleme in der Versorgung geflüchteter Frauen aus der Sicht von Hebammen

- Mangelnde eigene Kenntnisse über Flucht und Situation der Frau werden aufgrund von Sprachbarrieren verstärkt
- Bedarfe und Bedürfnisse der Frau werden nicht klar
- Diskrepanz zwischen Berufsverständnis der Hebammen und Erwartungen der Frau
- höherer zeitlicher Bedarf wird nicht angemessen ausgeglichen
- Spannungsfeld zwischen „Beraten und Aufklären“ und „Tradition und Kultur“

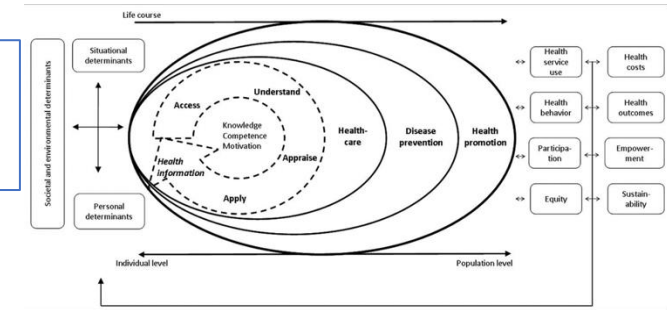
Spannungsfeld zwischen „Tradition und Kultur“ und „Beraten und Aufklären“



**Beide Haltungen führen zu schlechter Versorgung
und fördern nicht die Gesundheitskompetenz der geflüchteten Frauen/Familien**

Gesundheitskompetenz & gesundheitskompetente Versorgung

Wissen, Motivation und Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Sørensen et al., 2012)



Gesundheitskompetenz geflüchteter Frauen wird im neuen System „unterbrochen“

- Mangel an gesundheitskompetenten und diversitätssensiblen Strukturen im Versorgungssystem
- Mangelnde Responsivität bzgl. der Versorgungsbedarfe geflüchteter Frauen

wiederum beeinflusst

- die Gesundheitskompetenz, die Nutzung der Versorgung und die mütterliche und kindliche Gesundheit

vgl. Mohr et al. 2023



Gesundheitsfachkräfte haben Potenzial, diese Lücken zu überbrücken und die Versorgung responsiver und gesundheitskompetenter zu machen.

Bemühen ... aber unzureichende Arrangements und unzureichende Versorgungsqualität für geflüchtete Frauen

Gesundheitspersonal ist sich bewusst, dass bei ungelösten Sprachbarrieren

- rechtliche Anforderungen an Patientinnenaufklärung und Information nicht eingelöst werden
- die psychosoziale Versorgung entfällt
- die Gefahr besteht, Patientinnen zu ignorieren und zu vernachlässigen
- Versorgungsauftrag nur eingeschränkt erbracht wird



Fachkräfte arbeiten im Spannungsfeld zwischen professionellen und rechtlichen Regeln und Ansprüchen + Pragmatik

(Mohr et al. 2023, Engelhardt et al. 2022)

Hauptfaktoren für mangelnde Responsivität der Versorgung für geflüchtete Frauen/Familien

Personalmangel / Zeitmangel

Unzureichende Informationen

Fehlender Einsatz qualifizierter Sprachmittlung

Defizitäre interprofessionelle und intersektorale Kooperation

Versuch strukturelle Defizite durch individuelles (Über)Engagement zu kompensieren oder „*hands-off*“

Fehlende diversitäts- und diskriminierungssensible Professionalität

Folgen

Mutter/Kind

- Zugangsbarrieren
- Lücken in der Versorgungskontinuität
- Präventionschancen eingeschränkt

Fachkräfte /Institutionen

- werden ihren eigenen Ansprüchen an eine gute Versorgung und ihrem Versorgungsauftrag nicht gerecht
- Widerstände und weitere Mechanismen der Exklusion

„OTHERING“ UND EFFEKTE AUF DIE GESUNDHEIT

**Faktoren der Exklusion und der „Anders-Machung“,
die Gesundheit von Mutter und Kind negativ beeinflussten**

Dimensionen der „Anders-Machung“

A. Rechtlich und politisch

Unterbringung

- Hoher körperlicher, psychischer und sozialer Stress
- Gemeinsame Nutzung von Badezimmern, Duschen, Küchen und Waschmaschinen auf verschiedenen Etagen
- Peripherie: z.B. Unterkunft 3,5 km entfernt vom Ort (ehemal. Militärgelände)

Nicht-Ausstellung von Geburtsurkunden

- Fehlende Gesundheitsversorgung des Kindes
- Warten und Unsicherheit
- Finanzielle Nachteile und fehlende Teilhabe

Rechtliche Prekarität

- Illegalität: Private Bezahlung der Vorsorge
- Status Duldung = keine Sprachkurse
- Abschiebungsgefährdet = dauernde Unsicherheit

Dimensionen der „Anders-Machung“

A. Rechtlich und politisch

Wohnen in
Unterkünften

Nicht-
Ausstellung von
Geburtsurkunde

Rechtliches
Prekarität

B. Institutionell

Unzureichende
Kommunikation

Problembeschreibungen zur Situation während der Geburt aus der Sicht befragter Mütter

Mütter berichten, dass sie bei **ungelösten Sprachbarrieren**

- keine Fragen stellen konnten,
- keine Wahl hatten,
- sich ausgeliefert und
- diskriminiert fühlten.

Bei **gelingender sprachlicher Kommunikation**
fällt die Bewertung der Versorgung deutlich besser aus.



Hinweise auf gravierende Fehlinformationen, Aufklärungs- und Versorgungsdefizite vor, während und nach der Geburt , deutliche Lücken bei der Kontinuität der Versorgung und Vernachlässigung.

Beispiel für Vernachlässigung und Unterversorgung

*„Ich war im Krankenhaus und habe mein Kind ganz allein bekommen.
Ich habe die Reinigungsfrau gebeten, den Arzt zu holen.
Als sie schließlich kamen, war mein Kind schon da.“*

(Mutter aus Afghanistan in Berlin)



Bei geflüchteten Frauen werden deutliche Lücken bei der Kontinuität der Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt erkennbar.

Weitere Problembeschreibungen zur Versorgung geflüchteter Frauen aus der Sicht des Gesundheitspersonals

*Die größte Herausforderung ist die **Sprachbarriere** (...). Viele Frauen kommen alleine ohne Begleitung und sehr häufig in der Dienstsituation ist es so, dass es niemanden gibt, der die Sprache der Frau spricht.*
(Ärztin Geburtsklinik)

*„Also ich hab schon das Gefühl, wenn ich ein Bild malen würde, wären geflüchtete Frauen auf jeden Fall so **Schattenfiguren**.“*
(Hebamme Geburtsklinik)



*Die [Frauen mit Fluchterfahrung] **laufen so ein bisschen nebenher**. Es wird alles gemacht, was gebraucht wird, aber das **Psychosoziale fällt unter den Tisch**, weil man nicht an die Frauen rankommt.* (Hebamme ambulant)

*„Wenn Frauen kein Deutsch sprechen (...) also die werden einfach **nicht so für voll genommen**, die werden **nicht so gleichwertig** gesehen, wie andere Frauen.“*
(Hebamme Geburtsklinik)

Dimensionen der „Anders-Machung“

A. Rechtlich und politisch

Wohnen in
Unterkünften

Nicht-Ausstellung
von
Geburtsurkunden

Rechtliche
Prekarität

B. Institutionell

Unzureichende
Kommunikation

Personal- und
Zeitmangel

Abwertung von
Kompetenzen

- Hierarchisierung von Bedarfen
- Unterversorgung
- Handlungsmacht der Frauen unterschätzt
- Erfahrungen und Potenziale werden nicht genutzt

Dimensionen der „Anders-Machung“

A. Rechtlich und politisch

Wohnen in
Unterkünften

Nicht-Ausstellung
von
Geburtsurkunden

Rechtliche
Prekarität

B. Institutionell

Unzureichende
Kommunikation

Personal- und
Zeitmangel

Abwertung von
Kompetenzen

C. Interpersonell

Geschlechtsspezifische
Isolation als Mutter

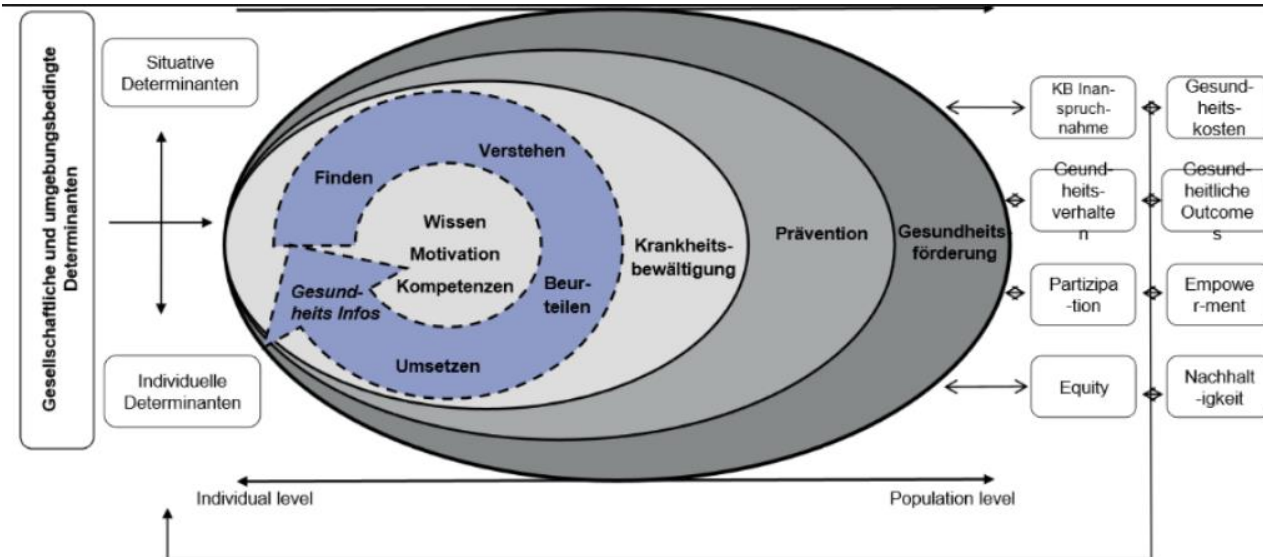
Diskriminierung und
Rassismuserfahrung

Fazit 1

Gesellschaftliche, politische und rechtliche „Anders-machung“
und Ausgrenzung, institutionelle Exklusion und interpersonelle
Diskriminierung sind eng miteinander verwoben.

Gesundheitskompetenz & gesundheitskompetente Versorgung

Wissen, Motivation und Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Sørensen et al., 2012)



Eigenverantwortung oder gesundheitspolitische und professionelle Verantwortung?

Gesundheitskompetente Systeme

= Systeme/Organisationen, die es Individuen erleichtern, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu nutzen sowie Entscheidungen zu treffen (Brach et al., 2012).

Merkmale:

- Integration von Gesundheitskompetenz in Strukturen und Prozesse
- Diversitätssensibel, rassismuskritisch und responsiv
- Patient:innenzentriert
- Bedarfsgerechte Information, Kommunikation und Versorgung
- Förderung von Teilhabe, Entscheidungsfähigkeit und Handlungsmacht (agency)

Fazit 2

Versorgungsgerechtigkeit & professionelles Handeln

erfordern


- **responsive, diversitätsorientierte und gesundheitskompetente Systeme**
 - nicht nur individuelle Kompetenzen
- **diversitäts- u. diskriminierungssensible Qualifizierung** d. Gesundheitspersonals
- **Stärkung von Netzwerken und Kooperationen** (interprofessionell, intersektoral, regional & überregional)
- **Partizipation**
- **politische und institutionelle Maßnahmen** (z. B. diversitätsorientierte Organisationsentwicklung) um Exklusion, Diskriminierung und Rassismus gezielt entgegenzuwirken

**Geschriebene
Rechte in
tatsächliche Rechte
übertragen !**

Menschenrechte,
Patientenrechte, Recht
auf Gesundheit, SRHR,
Antidiskriminierung ...

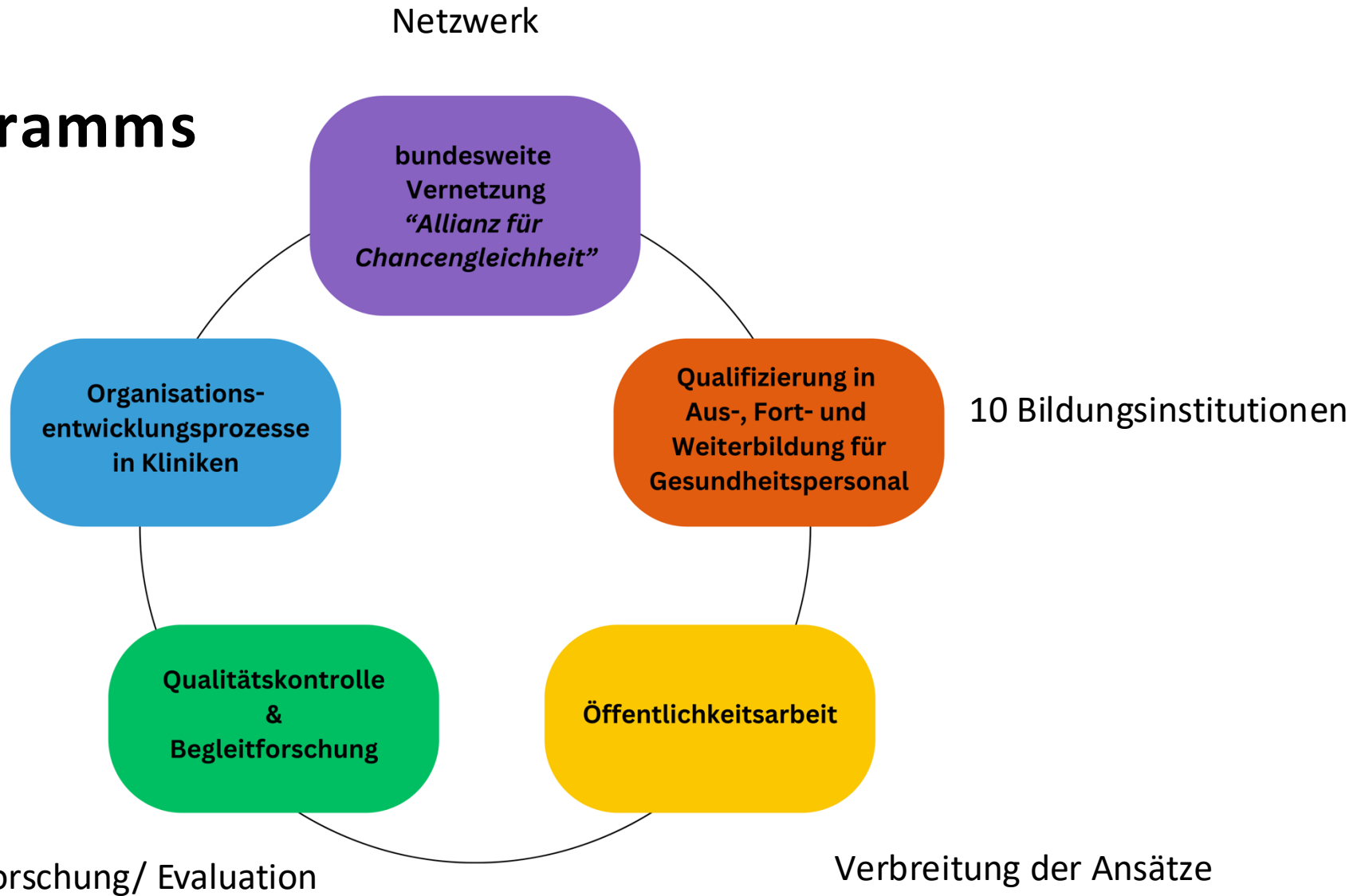
Gesundheitliche Chancengleichheit und Versorgungsgerechtigkeit

erfordern

- strukturelle und Institutionelle Berücksichtigung der Diversität der Bevölkerung
 - diskriminierungs- und rassismuskritische Kompetenzen
 - intersektionale Perspektiven
-
- 
- The logo consists of a solid orange circle on the left, followed by a thick orange U-shaped arc on the right. To the right of the arc, the text 'EMPOWERMENT FÜR DIVERSITÄT' is written in bold orange uppercase letters. Below this, in smaller orange lowercase letters, is the text 'Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung'.
- in der **Qualifizierung** des Gesundheitspersonals
 - in den **Strukturen** der Gesundheitsversorgung.
 - beim **Empowerment** der Nutzer:innen/Patient:innen und Mitarbeiter:innen der Gesundheitsversorgung

Schwerpunkte des EMPDIV-Programms

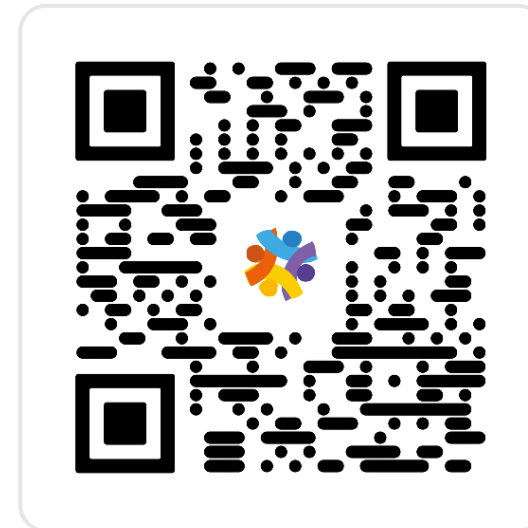
7 Kliniken für Gyn./Geb.



Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit in der Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung



Gut versorgt?!
Der Podcast über Rassismus
und Diskriminierung in der
Gesundheitsversorgung



Scan me

https://diversity.charite.de/projekte/empowerment_fuer_diversitaet

WEBSEITE

<https://www.empowerment-diversitaet.de/>



- eine **interaktive Netzwerkkarte**, die Projekte und Institutionen unserer Empowerment-Partner sichtbar macht und gezielte Kontaktaufnahme ermöglicht,
- eine **kostenfreie OER-Plattform** mit Podcasts, Lehrfilmen, Kursen und didaktischem Material,
- sowie ein **niedrigschwelliges Glossar**, das zentrale Begriffe rund um Diversität und Antidiskriminierung verständlich erklärt.



Lehrmaterial-Angebot



<https://www.empowerment-diversitaet.de/lehmaterial/lehmaterial-angebot/>

Vielen Dank für Ihr Interesse.

Fragen und Anregungen sind willkommen.

Ausgewählte Publikationen zum PROREF Projekt (qualitativer Studienteil)

- **Engelhardt M**, Gaudion M, Mohr E, Kamhiye J, Al Munjid R, Schenk L, Borde T. (2025) Exclusion and Othering in maternity care for forced migrant women: a qualitative study with forced migrant mothers and health care professionals in Germany. *Social Science and Medicine - Qualitative Research in Health*, Volume 8, 2025, 100614. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100614>
- **Mohr E**, Engelhardt M, Gaudion M, Al Munjid R, Krautstengel AS, Patzelt L, Borde T. (2023) Health literate maternity care of forced migrant women in Germany. *Social Science and Medicine - Qualitative Research in Health*. Volume 4, 2023, 100366. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100366>
- **Gaudion M**, Engelhardt M, Borde T. (2023) Ambivalenzen, Erfahrungen und Perspektiven geflüchteter Frauen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, und Mutterschaft in Deutschland. *Infodienst Migration* 04/2023, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
- **Engelhardt M**, Gaudion M, Kamhiye J, Al Munjid R, Patzelt L, Krautstengel AS, Borde T. (2022) Erfahrungen geflüchteter Mütter mit der Hebammenversorgung: Inanspruchnahme und Zufriedenheit. In: Frauen und Gleichstellungsbeauftragte der Charité (Hrsg.) *Charité für geflüchtete Frauen: Women for Women. Schwerpunkt: Gesundheitsversorgung für geflüchtete Frauen 2022/23*. September 2023: 18-19
- **Patzelt L**, Engelhardt M, Borde T. (2023) Perspektiven von Familienhebammen zur Versorgung geflüchteter Frauen und Familien. *Public Health Forum* 31(2) 2023: 113-115. DOI: [10.1515/pubhef-2023-0016](https://doi.org/10.1515/pubhef-2023-0016)
- **Borde T**, Engelhardt M. Sprachbarrieren als Ursache mangelhafter Gesundheitsversorgung (PROREF-Studie). (2022) In: Sprint gemeinnützige e.G.: Sprachmittlung im Gesundheitswesen - digitale Verständigung in der Praxis. Dokumentation der Bundesfachtagung des Sprint Netzwerks 2022. https://www.sprinteg.de/wp-content/uploads/2023/01/sprint_fachtagung_2022_web-1.pdf
- **Engelhardt M**, Gaudion M, Kamhiye J, Al Munjid R, Borde T. (2022). Legalisiertes Othering bei der (Nicht-)Ausstellung von Geburtsurkunden geflüchteter Kinder. *Migration und Soziale Arbeit*, 2022(4), 315-325. <https://doi.org/10.3262/MIG2204315>

Ausgewählte Publikationen zum PROREF Projekt (quantitativer Studienteil)

- **Seidel V**, Teschemacher L, Breckenkamp J, Borde T, David M, Abou-Dakn M, Henrich W. (2025)
Satisfaction with Maternity Care Among Immigrant Women, Refugee Women and Non-immigrant Women: Results of the Pregnancy and Obstetric Care for Refugees (PROREF) Cross-Sectional Study. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*.
<https://doi.org/10.1007/s40615-025-02529-z>
- **Schlothauer D**, Teschemacher L, Breckenkamp J, Borde T, David M, Abou-Dakn M, Henrich W, Seidel V. (2024)
Perinatal outcome of immigrant women with and without refugee status compared to non-immigrant women: Results of the Pregnancy and Obstetric Care for Refugees (PROREF) Cross-Sectional Study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-4537605/v1 <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07639-3>
- **Seidel V**, Teschemacher L, Breckenkamp J, Henrich W, Borde T, David M, Abou-Dakn M. (2024)
Geburtsmedizinische Versorgung bei Gestationsdiabetes von geflüchteten und immigrierten Frauen im Vergleich zu nicht-immigrierten Frauen in Berlin: Eine Analyse quantitativer Daten der Pregnancy and Obstetric Care for Refugees (PROREF)-Studie. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. Online 19.02.2024 2024. DOI: 10.1055/a-2238-3364
- **Teschemacher LM**, David M, Sziborra C, Borde T, Abou-Dakn M, Henrich W, Breckenkamp J. (2024)
Stress in Pregnancy During the COVID-19 Pandemic: A Comparison Between Refugee, Immigrant, and Women Born in Germany. In: Pramataroff-Hamburger, V., Neises-Rudolf, M. (eds) *Women's Health and Pandemic Crisis*. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-031-43748-9_7