

Unsichtbare Schwangerschaft — Unmögliche Versorgung?

Herausforderungen, Folgen und Unterstützungsoptionen für
Schwangere ohne Aufenthaltsstatus und Hebammen

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 19. Dezember 2025

Vorgelegt von: Pia Böddeker, 

Gutachter*innen:

Prof. Dr. Claudia Limmer

Dr. Christo Karabadjakov

Abstract

Etwa eine halbe Millionen Menschen ohne Papiere leben Schätzungen zur Folge derzeit ohne sozio-ökonomische Absicherung, oder einen Krankenversicherungsstatus in Deutschland. Viele von ihnen sind junge Frauen*, einige werden innerhalb der aufenthaltsrechtlichen Illegalität Mütter. Schwangerschaften in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität sind mit einem hohen Maß an Vulnerabilität bei einem zusätzlichen Mangel an adäquater gesundheitlicher Versorgung verbunden. Ziel dieser Arbeit ist es deshalb die gesundheitlichen Herausforderungen und Folgen zu ergründen, die sich aus unüberwachten Schwangerschaften von undokumentierten Frauen* ergeben. Im nächsten Schritt sollen Perspektiven und Betreuungsansätze des hebammengeleiteten Handelns ergründet werden. Aufgrund der strukturell bedingten Anonymität der Zielgruppe fehlt es an ausreichender Forschung zu diesem Themenkomplex.

Das Forschungsdesign kann als narrative Literaturübersicht per Schneeballrecherche beschrieben werden. Als Datenbasis wurde grade für den deutschen Sprachraum im Hintergrund dieser Arbeit viel graue Literatur aus Initiativen, Arbeitsgruppen und Vereinen genutzt. Für die internationale Studienlage innerhalb des Ergebnisteils wurden verschiedene Datenerhebungen aus EU-Ländern verglichen.

Als zentrale gesundheitliche Folgen konnten ein verspäteter Vorsorgebeginn, eine medizinische Unterversorgung, sowie erhöhte Risiken für ein negatives maternales, kindliches Outcome, Infektionserkrankungen und psychische Belastungen benannt werden. Ursachen für diese negativen Verläufe waren die späte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aufgrund von Angst vor einer Aufdeckung des Aufenthaltsstatus und anschließender Abschiebung. Auch ungeklärte Kostenfragen, Melderegelungen und Sprachbarrieren konnten als Ursachen ermittelt werden.

Hebammen als niedrigschwellige Ansprechpartner*innen können durch ihre Kompetenzen in der Vorsorge, der Kontinuität der Betreuung und den Aufbau von Vertrauensbeziehungen einen wichtigen Teil in der Versorgung von undokumentierten Schwangeren leisten. Damit dienen sie als Brücke zwischen medizinischer und psychosozialer Erstversorgung. Zugleich bleibt der Ausbau alternativer Versorgungsmodelle, ebenso wie die weitere Erforschung des Themas und die rechtliche Sicherstellung einer medizinischen Versorgung für alle Menschen unabdingbar.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Methode	4
3. Rechtlicher und gesundheitspolitischer Hintergrund	7
3.1. Der Status bestimmt die Rechte: Asyl und Krankenversicherung in der Bundesrepublik	7
3.2. Menschen ohne Papiere in Deutschland	8
3.3. Gesundheitsversorgung im Widerspruch zum Selbstschutz	9
4. Schwangerschaft ohne Papiere: Ergebnisse der Multidimensionalität der Prekarisierung im EU-Ausland	12
4.1 Grundlagen	12
4.2. Schwangerenvorsorge	14
4.3. Psychische Belastungen	14
4.4. Schwangerschaftsabbrüche	15
4.5. Mortalität und Morbidität	15
4.6. STI und STD	16
4.7. Migrationserfahrung und wirtschaftliche Faktoren als Determinanten von Gesundheit	19
5. Diskussion	20
5.1. Methodische Einordnung	20
5.2. Inhaltliche Einordnung	23
5.3. Hebammenarbeit als Perspektive	27
6. Fazit	31
Quellen	33

1. Einleitung

Weltweit leben Schätzungen des International Center of Migration Policy Development (CMPD) zufolge etwa 122,6 Millionen Menschen in der Zwangsmigration. Ein großer Anteil von ihnen wurde vertrieben, musste flüchten, oder lebt im Asyl im Ausland. Ein nicht genauer erfassbarer Anteil von ihnen ist gezwungen, in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu leben. Insbesondere Frauen und Kinder machen dabei einen nicht unerheblichen Anteil aus und zählen zugleich zu den vulnerabelsten Personengruppen (ICMPD, 2025). Deutsche Schätzungen sprechen von mehreren hunderttausend Menschen, denen so in der Bundesrepublik Deutschland ein Zugang zur Gesellschaft verwehrt bleibt (Vogel et. al., 2009). Hier erschwert die Unsichtbarkeit von Menschen ohne Papiere auch die Erfassung dieser Personengruppen, sodass eine genauere Analyse der Lebensumstände und Versorgungslücken erschwert wird (Ärzt*innen der Welt, 2023). Gerade Schwangeren in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität bieten sich so besondere psychische, physische und gesellschaftliche Herausforderungen. Staatliche Institutionen wie Krankenhäuser werden von ihnen meist, solange es geht, gemieden und medizinische Versorgung wird fast immer nur im Notfall oder im Fall der Geburt in Anspruch genommen (Keygnaert et. al., 2014). Das Ergebnis dieser Mangelversorgung sind unüberwachte Schwangerschaften, welche weitreichende Konsequenzen für die maternale und kindliche Gesundheit bieten. Essenzielle Vorsorgeuntersuchungen werden von dieser vulnerablen Gruppe gar nicht oder zu spät wahrgenommen und Hebammenversorgung erfolgt meist überhaupt nicht (Munro et. al., 2013; Ehmsen et. al., 2014; Funge et. al., 2021; Eick et. al., 2022).

Die Unsichtbarkeit dieser papierlosen Schwangeren drückt sich ebenfalls in der Rechtslage aus, denn international, ebenso wie in Deutschland, existieren nur unzureichende Regelungen über die medizinische sowie psychosoziale Versorgung dieser Schwangeren (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Ärzt*innen der Welt, 2023). Sowohl §4 des Asylbewerberleistungsgesetzes, sowie §87 des Aufenthaltsgesetzes regeln zwar in Deutschland einen grundlegenden Zugang zu medizinischer Versorgung, dieser wird jedoch defacto durch die Meldepflicht nach §87 verwehrt. Aus Angst vor einer behördlichen Meldung, die eine Abschiebung zur Folge haben könnte, schrecken viele Betroffene davor ab, sich Hilfe zu suchen, selbst mit deutlichen körperlichen Beschwerden (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Ärzt*innen der Welt, 2023).

Diese schlechte Versorgungslage wird oftmals durch das Verhalten des medizinischen Personals verstärkt, welches häufig aus Unwissenheit und Überforderung in Bezug auf Patient*innen ohne Papiere nicht oder zu spät handelt. Dies macht ein kollektives und

organisiertes Handeln im Team häufig unmöglich, sodass Handlungsmöglichkeiten, die medizinischem Fachpersonal und dadurch auch Hebammen im Besonderen offenstehen, ungenutzt bleiben (Rappaport, 1987).

Die Relevanz des Forschungsthemas von Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ergibt sich aus der deutlich veränderten Risikolage von unüberwachten Schwangerschaften. Frühgeburten, schwere Verläufe und zunehmendes Auftreten von Infektionen, maternale und kindliche Morbidität und Mortalität sowie psychische Erkrankungen weisen allesamt eine höhere Prävalenz bei undokumentierten Schwangeren auf (Wolff et al. 2008a, 2008b; Wendland et al. 2016; Eick et al. 2022, 2023, 2024; Misje et al. 2025).. Unerkannte und nicht-behandelte Krankheitsbilder können zudem zu langfristigen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen für Mutter und Kind führen. Die fehlende gesundheitliche Versorgung und die allgemeine Unsicherheit der Lebensumstände durch den Verbleib in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität tragen außerdem zur Abnahme der psychischen Gesundheit bei (Barkensjö et. al., 2018; Nellums et. al., 2021). Die Prekarisierung innerhalb all dieser Lebensbereiche zusätzlich zur Schwangerschaft und den damit einhergehenden körperlichen Veränderungen verhindern so, dass den Frauen* eine soziale Teilhabe möglich gemacht wird. Darin zeigt sich, dass die Versorgungslage von Schwangeren ohne Papiere nicht nur ein gesundheitliches Problem darstellt, sondern ebenso ein gesellschaftliches. Dies wird durch die UN-Nachhaltigkeitsziele unterstrichen, mit denen sich die unterzeichnenden Staaten dazu verpflichteten, jedem Menschen, unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsstatus, Zugang zu medizinischer Versorgung zu verschaffen (Vereinte Nation, 1966).

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es deshalb herauszuarbeiten, inwiefern diese Versorgung für undokumentierte Schwangere in der EU tatsächlich bereitgestellt wird und welche Rolle Hebammen innerhalb dieser notwendigen Grundversorgung spielen. Zudem wird genauer betrachtet, mit welchen Hürden die undokumentierten Schwangeren in Kontakt kommen und welche Konsequenzen diese für ihre Gesundheit und die ihrer Kinder darstellen. Die Abbildung der Versorgungslage im Kontext des fehlenden Aufenthalts- und damit auch Versichertenstatus wird dabei im Fokus stehen, ebenso wie die Hebammenarbeit als zentrale Schnittstelle zwischen gesundheitlicher Versorgung und psychosozialer Anbindung an ein breiteres Versorgungsnetz. So sollen letztendlich Good-Practice Beispiele hervorgehoben werden, die niedrighschwellige Anlaufstellen auch außerhalb von Krankenhäusern benennen und die Versorgungssituation möglicherweise verbessern können.

Die Forschungsfrage, welche sich aus der oben dargestellten Problemlage ergibt, lautet deshalb: „Welche Herausforderungen und gesundheitlichen Folgen ergeben sich für Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland und welche Betreuungsansätze resultieren daraus für Hebammen?“

Um sich dieser komplexen Problemlage anzunähern, wird sich das folgende Kapitel zunächst mit der gewählten Methode zur Bearbeitung der Forschungsfrage auseinandersetzen. Im dritten Kapitel folgt die rechtliche und versicherungstechnische Einordnung der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, an die sich das vierte Kapitel anschließt, in dem die Ergebnisse präsentiert werden und der Fokus auf den spezifischen Lebens- und Versorgungsrealitäten der Schwangeren in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität liegt. Abschließend können so im fünften Kapitel die inhaltliche und methodische Diskussion sowie der hebammenspezifische Ausblick folgen. In Kapitel sechs bildet das Fazit die abschließende Bewertung der Forschungsfrage.

2. Methode

Die vorliegende Arbeit stellt eine narrative Literaturübersicht dar, die explorativ nach dem Schneeballprinzip und per gezielter Datenbanksuche erfolgte (Sukhera, 2022). Eine Freitextsuche in möglichst breit aufgestellten medizinischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, CINAHL, Livivo) wurde anhand der Schlagworte: „Schwangerschaft“ bzw. „Geburt“ und „aufenthaltsrechtliche Illegalität“, sowie „pregnancy“ bzw. „birth“ and „undocumented migrants“ durchgeführt (Sukhera, 2022). Dies verfolgte den Zweck ein möglichst großes Spektrum an Studien zu sichten, um einen möglichst umfassenden ersten Eindruck der Datenlage zu gewinnen. Innerhalb einer ersten unsystematischen Literaturrecherche konnten so 36 Studien für das EU-Ausland auf PubMed ermittelt werden. Über deren Literaturverzeichnisse und Bezugnahmen der Autor*innen innerhalb ihrer Texte konnten weitere relevante Studien identifiziert werden, von denen letztendlich 18 spezifische Quellen zu Schwangerschaft und Geburt für diese Arbeit genutzt wurden (Sukhera, 2022). Im Studiendesign wurden aufgrund der dünnen Studienlage sowohl quantitative als auch qualitative Studien miteinbezogen. Daraus folgend ergibt sich das subjektivistische und interpretative Paradigma, welchem diese Arbeit folgt. Diese methodische Herangehensweise ermöglicht es den aktuellen Forschungsstand des Themas abzubilden und im Nachgang die subjektive Untersuchung und Kritik an der Quellenlage vorzunehmen (Sukhera, 2022). Gerade bei einem untererforschten Thema, wie der Schwangerenversorgung in der aufenthaltsrechtlichen

Illegalität kann die spärliche und teils graue Literaturlage dadurch differenziert und detailliert abgebildet und analysiert werden. Zielgruppe dieser Übersichtsarbeit sind Personengruppen, die beruflich eng mit Schwangeren in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zusammenarbeiten, oder Forschende auf diesem Gebiet (Sukhera, 2022).

Durch die Einschlusskriterien dieser Arbeit waren Studien inkludiert, welche die physischen oder psychischen Auswirkungen von Schwangeren ohne Aufenthaltsstatus in den Fokus nehmen. Ziel war es, damit einen Überblick über die diversen Prekarisierungen zu schaffen, welchen Schwangere ohne Papiere ausgesetzt sind, um im Anschluss Handlungsfelder für Hebammen für diese spezifische Zielgruppe zu erfassen. So soll schlussendlich eine Übersichtsarbeit über die aktuelle Studien- und Forschungslage entstehen, um etwaige Forschungslücken und weiteren Handlungsbedarf offen zu legen (Sukhera, 2022).

Zu den spezifischen Einschlusskriterien zählte, dass die Veröffentlichungen auf deutscher oder englischer Sprache erfolgt sein muss, zudem sollte der thematische Bezug zu Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und ihre Folgen auf die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen klar ersichtlich sein (Sukhera, 2022). Ausgewählte Studien wurden unabhängig von ihrer Stichprobengröße ausgewählt, um ein möglichst umfassendes, aktuelles Bild der Forschungsergebnisse, sowie des Gesundheitsoutcomes von undokumentierten Müttern und ihren Kindern abzubilden. Zudem wurden lediglich Studien aus dem EU-Ausland miteinbezogen, in denen ein vergleichbares gesetzliches Krankenversicherungssystem zu Deutschland besteht, um anschließend Rückschlüsse für die deutsche Versorgungslage ziehen zu können. Explizit wurden dadurch EU-Staaten mit einer Versichertenrate des dokumentierten Anteils der Bevölkerung von >99% mit einbezogen. Dadurch werden die Diskrepanz und Vergleichbarkeit der Versorgungslage bzw. Unterversorgung der Schwangeren ohne Papiere im Vergleich zum versicherten Anteil der Bevölkerung sichtbar und vergleichbar. Die Analyse wurde zudem auf Studien beschränkt, welche sich auf die Versorgungslage von papierlosen Schwangeren konzentrieren, also Schwangeren, die zu keinem Zeitpunkt mit den Behörden in Kontakt gekommen sind bzw. keine Form des Aufenthaltsstatus beantragen konnten. Nicht mit eingeschlossen sind Studien, die sich mit akut abschiebegefährdeten Schwangeren, oder Schwangeren mit unsicherem Aufenthaltsstatus beschäftigen. Auch in diesen Bereichen wäre Forschung dringend notwendig, diese kann jedoch aus Kapazitätsgründen nicht in diese Arbeit einbezogen werden.

Die Qualität der Studien und aller weiterer Quellen, wird im Nachgang innerhalb der Limitationen explizit besprochen. Es muss jedoch im Voraus ausdrücklich festgehalten werden, dass gerade im Hintergrund graue Literatur als notwendige Ergänzung zur

aktuellen wissenschaftlichen Fachliteratur genutzt werden musste (Sukhera, 2022). Beiträge von Behörden, NGOs, Clearingstellen und anderen Verbänden, Kliniken oder Projektgruppen enthalten aktuelle und über den wissenschaftlichen Weg momentan nicht zugängliche Daten über die vulnerablen Personengruppen, welchen sich diese Arbeit widmet. Da diese Personen in der Forschung stark unterrepräsentiert sind und häufig keine belastbaren Zahlen zu ihrer Gesundheit und Versorgungslage bestehen, ist die Einbeziehung von grauer Literatur an den Stellen, an welchen sie genutzt wird, keine Notlösung, sondern methodisch absolut erforderlich (Sukhera, 2022). Auch die Studienlage, welche im Diskussionsteil analysiert wird, weist einige Herausforderungen bezüglich Stichprobengröße, methodischem Vorgehen und damit der allgemeinen Vergleichbarkeit auf. Aufgrund der oben erwähnten dünnen Datenlage werden vorhandene Studien trotz der methodischen Mängel unter Benennung der Schwächen verwendet.

Im Abschnitt „3.3. Gesundheitsversorgung im Widerspruch zum Selbstschutz“ kommt zudem eine Expertin in Sachen Gesundheitsversorgung ohne Aufenthaltsstatus zu Wort. Die von ihr widergegebenen Informationen entstammen einem qualitativen, semistrukturierten Expert*innengespräch und wurden im Text folgendermaßen als solche deklariert: S. J., persönliche Kommunikation, 5.11.2025. Ziel des Gesprächs vom 5. November mit Frau S. J. war es, auf ihr praxisbezogenes Wissen als Sozialarbeiterin einer großen Hamburger Klinik zurückzugreifen. Zudem konnte sie einige Praxiserfahrungen teilen, Literaturempfehlungen aussprechen und Kontextwissen zur Versorgungssituation und Lebensrealität von Patient*innen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität geben. Die explorative Datenerhebung erfolgte offen anhand von Notizen, die innerhalb des Gesprächs entstanden sind.

Der Begriff der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ wird im folgenden Abschnitt genauer erläutert und im Nachgang als Synonym zu den Begriffen „irreguläre Migrant*innen“, „undokumentierte Migrant*innen“ oder „Menschen ohne Papiere“ genutzt, so wie es in der aktuellen Forschungslage üblich ist (Bundeszentrale für politische Bildung, 2025). Dieser Begriff wird in der folgenden Arbeit ins Verhältnis gesetzt zu Menschen, explizit Frauen* mit Aufenthaltsstatus, auch wenn dieser momentane Aufenthaltsstatus eine baldige Abschiebung vorsieht.

Das Gender erfolgt in dieser Arbeit per Sternchen. Wann immer der Begriff Frauen* verwendet wird, wann immer Personengruppen beschrieben werden, die schwanger sind und als solche in der Studienlage aufgeführt werden, wird dieser ebenfalls mit einem Sternchen versehen. Das Sternchen dient dadurch zur Sichtbarmachung der hohen

Vulnerabilität der beschriebenen Personengruppen, die in der uns vorliegenden Datenlage meist durch die Forschenden automatisch dem weiblichen Geschlecht zugewiesen wurden.

Das folgende Kapitel bildet den rechtlichen und versorgungsbezogenen Hintergrund dieser Arbeit, indem es die aktuelle Lebenssituation von Menschen ohne Papiere mit Schwerpunkt auf die Situation in Deutschland beschreibt. Dies bildet den theoretischen Rahmen für die anschließende Analyse von Schwangerschaft innerhalb der aufenthaltsrechtlichen Illegalität.

3. Rechtlicher und gesundheitspolitischer Hintergrund

3.1. Der Status bestimmt die Rechte: Asyl und Krankenversicherung in der Bundesrepublik

Um die Komplexität der aktuellen Verhältnisse zu verstehen, ist es notwendig, zunächst die unterschiedlichen Bedingungen des Aufenthalts in Deutschland von Menschen ohne reguläre gesetzliche oder private Krankenversicherung voneinander abzugrenzen. Im Anschluss kann dann die Auseinandersetzung mit den Verhältnissen erfolgen, in welchen die Gesundheitsversorgung dieser Personengruppen stattfindet bzw. verunmöglicht wird. In der folgenden Abhandlung wird der Fokus vor allen Dingen auf dem Aufenthaltsstatus und den damit verbundenen Versichertenstatus liegen, auch wenn es durchaus deutsche Staatsbürger*innen oder EU-Bürger*innen ohne reguläre Krankenversicherung gibt (Stötzler, Kaifie, 2023).

Die Gruppe Asylsuchender bzw. Geflüchteter mit Anspruch nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ist in der Regel nicht gesetzlich krankenversichert, kann jedoch in Notfällen, wie Geburten oder Erkrankungen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Die Abrechnung erfolgt in den meisten Bundesländern über spezielle Gesundheitskarten oder Behandlungsscheine, teilweise jedoch auch über spezifische Krankenkassen, die im Nachgang eine Kostenrückerstattung durch die Sozialämter erhalten. Diese Regelung gilt ausschließlich für die ersten 36 Monate nach Ankunft in Deutschland (Ärzt*innen der Welt, 2023; GKV-Spitzenverband, 2025)

Die Personengruppe der Menschen mit Duldungsstatus in Deutschland kann offiziell nicht abgeschoben werden, besitzt jedoch keinen Aufenthaltsstatus, wodurch eine drohende Abschiebung bei Nicht-Verlängerung der Duldung jederzeit erfolgen kann. Die

Zugangssituation zur gesetzlichen Krankenversicherung ist zum Teil verbessert, gerade wenn die Duldung schon über einen längeren Zeitraum besteht. Alternativ erfolgt die Abrechnung über Gesundheitskarten von Bund und Ländern, sodass auch hier, wie zuvor beschrieben, gewisse Gesundheitsleistungen, die nicht in den Notfallkatalog fallen, zum Teil verwehrt bleiben (Ärzt*innen der Welt, 2023).

Die ohnehin schon prekäre Situation in Bezug auf Gesundheitsversorgung ändert sich weiterhin, wenn sich betreffende Personengruppen in der sogenannten aufenthaltsrechtlichen Illegalität befinden und kein, oder nur eingeschränkter Kontakt zu den deutschen Behörden besteht. Dies trifft auf Menschen zu, deren Aufenthaltsort den Behörden nicht bekannt ist und die sich mit abgelaufenem oder nicht vorhandenem Aufenthaltstitel in Deutschland aufhalten. Beispiele dafür sind Personen, deren Visum in Deutschland abgelaufen ist, die nach Ablehnung ihres Asylantrags untergetaucht sind oder die sich bei aussichtsloser Asylantragstellung von vornherein unregistriert im Land aufgehalten haben (Ärzt*innen der Welt, 2023; Bundeszentrale für politische Bildung, 2025). Für diese Personengruppen besteht kein Zugang zum gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungssystem, sodass sie keine regulären Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können, ohne ihren Aufenthaltsstatus preiszugeben.

3.2. Menschen ohne Papiere in Deutschland

Deutschland verpflichtete sich mit Zustimmung zur Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 Geflüchteten, die aufgrund von Verfolgung, Folter oder Gefahr für Leben und Freiheit Asyl suchen, umfassenden Schutz zu gewähren (Vereinte Nationen, 1951). Zudem stimmten die vertragschließenden Staaten zu, dass sie „wegen unrechtmäßiger Einreise oder Aufenthalts keine Strafen gegen Flüchtlinge verhängen, die unmittelbar aus einem Gebiet kommen, in dem ihr Leben oder ihre Freiheit im Sinne von Artikel 1 bedroht waren und die ohne Erlaubnis in das Gebiet der vertragschließenden Staaten einreisen oder sich dort aufhalten, vorausgesetzt, dass sie sich unverzüglich bei den Behörden melden und Gründe darlegen, die ihre unrechtmäßige Einreise oder ihren unrechtmäßigen Aufenthalt rechtfertigen.“ (Vereinte Nationen, 1951).

Irreguläre Migration oder der illegalisierte Aufenthalt in Deutschland ohne Kontakt zu den Ausländerbehörden aufzunehmen ist somit ein Straftatbestand, der nicht im Widerspruch zur Genfer Flüchtlingskonvention steht und der mit Gefängnishaft, hohen Geldstrafen oder Abschiebung geahndet werden kann (Vereinte Nationen, 1951; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2018). Dieser Strafbestand wird jedoch zunächst für die Dauer des Asylverfahrens ausgesetzt. Erst wenn der Asylantrag formell abgelehnt wurde, weil die betreffende Person beispielsweise einem sogenannten sicheren Herkunftsland angehört,

wird die Strafverfolgung aktiv (Bundeszentrale für politische Bildung, 2025). Selbst im Notfall wenden sich Betroffene mit aussichtslosem Asylstatus deshalb häufig nicht an das Gesundheitssystem, da ihnen im Fall der behördlichen Meldung eine fast sichere Abschiebung droht (Wiesing et. al., 2013; Ärzt*innen der Welt, 2023).

Ausgehend von der Definition der zuvor genannten Gruppe der Menschen ohne Papiere lassen sich erste Annahmen über Anzahl und Versorgungslage dieser Personengruppe anstellen. Eine erste empirische Erhebung erfolgte dazu 2009 durch das Diakonische Werk Hamburg. Die Untersuchungen der Studie beruhen auf einem quantitativen Teil, der sich auf wissenschaftlich fundierte systematische Schätzungen stützt, sowie einem qualitativen Teil, innerhalb dem Interviews mit Betroffenen und Expert*innen geführt wurden, die anschließend durch ein Expert*innen Komitee ausgewertet werden konnten (Vogel, et. al., 2009). Auch im aktuellen Diskurs der Betroffenen selbstorganisationen, Clearingstellen und zivilgesellschaftlichen Initiativen wird nach wie vor auf diese Schätzungen, die von 6.000 bis 22.000 Betroffenen in Hamburg ausgeht, Bezug genommen (Vogel, et. al., 2009; Clearingstelle zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Hamburg, 2024). Den größten Anteil dieser Betroffenenengruppe machen junge Erwachsene aus, mit einem nahezu ausgeglichenen Geschlechterverhältnis. Daraus folgend kann von 3.000 bis 11.000 jungen Frauen* ausgegangen werden, von denen einige innerhalb der aufenthaltsrechtlichen Illegalität Mütter werden. Auch wenn für viele von ihnen der Zustand der Anonymität mit dem Aufenthalt im Krankenhaus zur Geburt endet, so werden doch auch Kinder in die aufenthaltsrechtliche Illegalität hineingeboren. 2009 lebten schätzungsweise 240 bis 2.400 Kinder ohne Papiere in Hamburg (Vogel, et. al., 2009). Da sich die Situation in den letzten 16 Jahren für Asylsuchende und Menschen ohne klaren Aufenthaltsstatus in Deutschland nicht verbessert, sondern lediglich weiter verschärft hat, muss davon ausgegangen werden, dass sich dies auch in einer steigenden Anzahl von Menschen widerspiegelt, die gezwungen sind, in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu leben (Mediendienst Integration, 2021). Bundesweite Schätzungen über die Zahl der sogenannten ausreisepflichtigen Ausländer belaufen sich laut einer Studie im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) auf bis zu 180.000 und 520.000 Personen. Diese Schätzung basiert auf Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik, und ist methodisch anerkannt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2018). Ballungszentren, wie Großstädte, machen dabei aufgrund der besseren Vernetzung in städtischen Strukturen einen weitaus größeren Anteil aus (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2018; Mediendienst Integration, 2021). Aufgrund der breiten Spannweite der Schätzwerte betonen Gruppen, wie die Clearingstelle zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Hamburg oder hamburgasyl, die strukturell bedingte Unsichtbarkeit der Betroffenenengruppe, die weiter zur Prekarisierung und

medizinischen Mangelversorgung beiträgt (Clearingstelle zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Hamburg, 2024; hamburgasyl, 2025).

3.3. Gesundheitsversorgung im Widerspruch zum Selbstschutz

Um eine genauere Auseinandersetzung mit der Versorgungssituation zu ermöglichen, wird im Folgenden zunächst der Ablauf nach dem Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem durch eine Person ohne Papiere skizziert. Trifft eine Person ohne gültigen Aufenthaltsstatus mit einem dringenden medizinischen Anliegen im Krankenhaus ein, so greift zunächst die medizinische Versorgungspflicht gemäß § 323c StGB und dem Asylbewerberleistungsgesetz. Diese Regelung besagt, dass eine medizinische Versorgungspflicht im Akutfall allen Menschen unabhängig von ihrem Versichertenstatus zusteht (Bundesärztekammer, 2013). Seit 1976 ist die gesundheitliche Versorgung aller Menschen in Deutschland und in allen UN Staaten rechtlich bindend festgelegt: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechtes umfassen die erforderlichen Maßnahmen zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Versorgung sicherstellen“ (Vereinte Nationen, 1966).

Im medizinischen Notfall greift in Deutschland der sogenannte verlängerte Geheimnisschutz und laut Artikel 2 des Grundgesetzes zudem das „Recht auf körperliche Unversehrtheit“, welches medizinischem Personal die Versorgung aller Menschen gebietet (Vereinte Nationen, 1966; Mylius, 2016). Diese Gesetze, welche die medizinische Minimalversorgung von papierlosen Menschen in Deutschland regeln sollen, kollidieren jedoch mit der Übermittlungsvorschrift des §87 aus dem Aufenthaltsgesetz. Dieser Artikel gebietet allen öffentlichen Behörden in Deutschland die umgehende Meldung samt Namen und Adresse aller Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde, und zwar durch die zuständige Behörde des Erstkontaktes. Einzige Ausnahme von dieser Regelung bilden Schulen und Kindergärten, nicht jedoch Krankenhäuser und Arztpraxen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2018; Ärzt*innen der Welt, 2023). Der „Nothelferparagraph“ § 6a AsylbLG, regelt zudem die Versorgung und spätere Abrechnung durch das Sozialamt von medizinischen Notfällen, sofern diese als Eilfall zu begreifen sind (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018). An dieser Stelle beginnt das Problem, denn ein Eilfall liegt ausschließlich in dem Moment der Ersten Hilfe vor, wenn das Leben eines Menschen in Gefahr ist (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Ärzt*innen der Welt, 2023). Wenn die

zuständige Klinik bzw. das zuständige medizinische Personal nicht nachweisen können, dass erstens eine Personalienfeststellung in der Kürze der Zeit nicht möglich war und zweitens die Person, der im Eilfall geholfen wurde, selbst nicht für ihre entstandenen Kosten aufkommen kann, so bleibt die Klinik auf den Unkosten sitzen (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Ärzt*innen der Welt, 2023). Personen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität können und wollen häufig aus Selbstschutz keine Nachweise über persönliche Daten erbringen, um die Anonymität, durch welche sich die Betroffenen schützen, nicht zu gefährden. „Eine Umfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft zeigte, dass die teilnehmenden Krankenhäuser im Jahr 2018 pro Haus durchschnittlich 111.000 € Erlösausfälle hatten, weil Ansprüche auf eine rückwirkende Kostenerstattung von Menschen ohne Krankenversicherung nicht durchgesetzt werden konnten.“ (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Ärzt*innen der Welt, 2023).

Kommt es demnach, wie im Falle einer Geburt, zu einer akuten Versorgung durch das Gesundheitssystem, so erfolgt zunächst in der Theorie keine weitere Ermittlung des Krankenversicherten- oder Aufenthaltsstatus, da in diesem Beispiel eindeutig ein Eilfall vorliegt (Bundesärztekammer, 2013). Im Anschluss und bei fehlender Krankenversicherung stellt die versorgende Klinik im Idealfall einen Antrag auf Kostenerstattung bei dem zuständigen Sozialamt nach § 4 und § 6 AsylbLG, welcher die Kostenübernahme für unerlässliche und akute Behandlungen durch den Staat regelt, sofern die betroffene Person nicht für ihre Behandlungen aufkommen kann (Vogel, et. al., 2009; BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022). Bei dem Sozialamt erfolgt daraufhin die Prüfung der materiellen Hilfsbedürftigkeit. Dazu ist das Krankenhaus verpflichtet Nachforschungen über Kontoauszüge, Mietverträge und Identitätsnachweise der behandelten Person anzustellen (Vogel, et. al., 2009; BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022; AeKB-Clearingstelle, 2023). Anders als die Übermittlungsvorschrift des §87 handelt es sich hierbei um eine Ermittlung zur reinen Kostendeckung, die jedoch defacto für die Betroffenen zum gleichen Resultat führt: Die Aufdeckung der Identität und der Verlust der Anonymität (Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023). Scheitert die Nachweiserbringung an dieser Stelle, so ist die Klinik dazu verpflichtet, die Kosten selbst zu tragen, oder diese über zivilgesellschaftliche Organisationen und Spenden quer zu finanzieren (Diakonie Deutschland, 2022). Durch den Notfallhelferparagraph, der die verlängerte Schweigepflicht laut §6a AsylbLG ermöglicht, ist auch rückwirkend eine Kostenerstattung durch das Sozialamt möglich (ebd.). Wie oberhalb umrissen, wird diese praktisch jedoch nur selten umgesetzt, da diese Regelung auf der subjektiven Einschätzung der einzelnen Ämter und Kliniken, sowie der Selbstoffenbarung der hilfesuchenden Person beruht (Ärzt*innen der Welt, 2023). In einem Gespräch mit S. J.

vom Sozialdienst der Asklepios Klinik Barmbek bestätigte diese, dass die Kostenerstattung von Menschen ohne Papiere so komplex sei, dass diese selbst ein erfahrenes Team immer wieder vor Herausforderungen stelle. Spendenaktionen für Transportkosten von Patient*innen ohne finanzielle Mittel, seien Teil des Jobs, wie die Organisation von Unterbringungsmöglichkeiten nach dem Krankenhausaufenthalt oder die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (S. J., persönliche Kommunikation, 5.11.2025). Wie sehr die Intersektionalität aus unsicherem Aufenthaltsstatus, Obdachlosigkeit und finanzieller Prekarität auch neue Herausforderungen für klinikinterne Sozialdienste, Hebammen und die Betroffenen selbst schafft, wird innerhalb des Gesprächs mit Frau S. J. immer wieder deutlich (ebd; Keygnaert et. al., 2014). Diese praxisorientierten Erfahrungen einer Expertin auf ihrem Gebiet unterstreicht auch eine Studie von Keygnaert et al. aus dem Jahr 2014, die einen systematischen Überblick über die aktuelle qualitative Forschungslage zu dem Thema bietet. Die Studie bildet Versorgungserfahrungen von Menschen ohne Papiere in Europa ab und nennt dabei zugleich die Limitationen der Forschung bezüglich der methodischen Schwächen und der nicht vorhandenen wissenschaftlichen Stringenz der genutzten Studien. Trotz allem betonen die Autor*innen, dass sich durchaus eine enorme Benachteiligung von Menschen ohne sicheren Aufenthaltsstatus gerade im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im Vergleich zu regulären Staatsbürger*innen abbilden lässt (Keygnaert et. al., 2014).

Besonders vulnerabel und von mehrfach Marginalisierung innerhalb des Gesundheitssystems betroffen sind laut Studie drei Gruppen: Schwangere, Kinder und Gefängnisinsassen (ebd.). Dafür verantwortlich seien hohe Stresslevel, Retraumatisierungen, fehlende Gesundheitsvorsorgen, die gerade für diese besonders gefährdeten Gruppen essenziell wären, sowie schlechte Hygienebedingungen. Aufgrund der Intersektionalität der hier greifenden Diskriminierungserfahrungen kommt zu dem oben Genannten in den allermeisten Fällen noch eine soziale, ökonomische und gesundheitliche Prekarität hinzu, welche ihren Lebensumständen geschuldet ist (ebd.). Im Folgenden wird die spezifische Situation der Schwangeren ohne Papiere deshalb genauer beleuchtet.

4. Schwangerschaft ohne Papiere: Ergebnisse der Multidimensionalität der Prekarisierung im EU-Ausland

4.1 Grundlagen

Bei dem Thema Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität tut sich grade im deutschen Sprachraum eine große Forschungslücke auf. Die Annahmen, welche über papierlose Schwangere in Deutschland getroffen werden, ergeben sich aus Schätzungen von Vereinen oder Clearingstellen, welche sich jedoch meist auf die gesamte Population der Menschen ohne Papiere in Deutschland beziehen, ohne die Gruppe der Schwangeren genauer zu betrachten (Vogel, et. al., 2009; Ärzt*innen der Welt, 2023). Für das europäische Ausland existieren einige wenige Studien, welche sich mit dem maternalen und kindlichen Outcome, der Qualität der medizinischen Betreuung im Vergleich zu Kontrollgruppen und der Inanspruchnahme von medizinischer Betreuung durch die betroffenen Frauen* beschäftigt (Wolff et. al., 2008b; Ehmsen et. al., 2014; Keygnaert et. al., 2014; Wendland et. al., 2016; Kest et. al., 2020; Tasa et. al., 2021; Eick et. al. 2022).

Vergleichbar ist die Situation von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland mit denen anderer Länder des europäischen Auslands, wo Menschen ohne Papiere ebenfalls nur Zugang zur einer minimalen Notfallversorgung haben, während der Rest der Bevölkerung regulär krankenversichert ist (Munro, et. al., 2013; European Parliament, 2000). In Ländern wie Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Schweden, Spanien, Dänemark, Portugal und England ist ein Krankenversicherungssystem etabliert, welches seine Beiträge über die Steuer generiert. Über eine Identifikationsnummer oder Gesundheitskarte können dann die Versicherten ihren Anspruch auf Versorgung geltend machen, eine anonyme Inanspruchnahme ist in diesem Modell somit nicht möglich (European Parliament, 2000; Schreyögg, et. al., 2005).

In Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Luxemburg und den Niederlanden verläuft die Gesundheitsversorgung separat zum Steuersystem über die Krankenversicherung. Der Beitritt zu einer privaten oder gesetzlichen Versicherung ist für manche Personengruppen, wie Arbeitnehmer*innen automatisch und verpflichtend. In anderen EU-Staaten existiert für einige Personengruppen die Option sich freiwillig zu versichern. Jedoch sind Versorgungslücken EU-weit für Staatsbürger*innen der jeweiligen Länder sehr gering, da die Versicherungspflicht den Großteil der EU-Bürger*innen einschließt (European Parliament, 2000; Schreyögg, et. al., 2005). Wenngleich die Übernahme spezieller Dienstleistungen, medizinischer Produkte, sowie die Größe der versicherten Population

auch leicht variieren mögen, gleichen sich die Systeme in der grundlegenden Versorgung ihrer Bevölkerung jedoch im Grunde stark (Schreyögg et. al., 2005). Damit wächst auch die Kluft zum unversicherten Teil der Bevölkerung umso stärker, da der Aufenthaltstitel sowohl an die Arbeitserlaubnis und somit an ökonomische Möglichkeiten gebunden ist als auch in den meisten Fällen an eine Gesundheitsversicherung und damit an den Zugang zur lebensnotwendigen Versorgung. (Wiesing et. al., 2013; Ärzt*innen der Welt, 2023).

Diese Verkettung der Prekarisierung (Wiesing et. al., 2013; Ärzt*innen der Welt, 2023) stellt den wichtigsten Unterschied zwischen migrantischen und geflüchteten Schwangeren* dar, die Asyl beantragt haben oder sogar bereits einen gesicherten Aufenthaltsstatus besitzen, und jenen schwangeren Frauen*, die in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben müssen (Eick et. al., 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023; Eick et. al., 2024). Rassismuserfahrungen im medizinischen System, Sprachbarrieren und fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem sind beiden Gruppen gemein. Diese sorgen zum einen dafür, dass sich Menschen mit Migrationsgeschichte seltener und später Hilfe mit gesundheitlichen Beschwerden holen und setzen zudem den Gesundheitsstatus weit unter den der deutschen Gesamtbevölkerung herab (Paulus, Kühner, 2018; Hövener et. al., 2023). Dieses Phänomen zeigt sich besonders in dem durchschnittlich sehr guten Gesundheitsstatus von Migrant*innen zum Zeitpunkt ihrer Ankunft in Deutschland. Während die allgemeine körperliche Verfassung zu diesem Zeitpunkt weit über der des deutschen Durchschnitts liegt, verschlechtert sich der Gesundheitszustand innerhalb kurzer Zeit nach der Ankunft in Deutschland drastisch und liegt in der Folge weit unter dem deutschen Durchschnitt (De Vito et. al., 2015). Dieser Trend betrifft alle neu eintreffenden Migrant*innen gleichermaßen. Für Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität wird jedoch zusätzlich die Inanspruchnahme regulärer medizinischer Leistungen aufgrund des fehlenden Versichertenstatus verunmöglicht. Trotz einiger gemeinsamer Erfahrungen im medizinischen Sektor besteht aufgrund des Versichertenstatus als wichtigster Unterschied der beiden Gruppen für die vorliegende Forschungsfrage keine Vergleichbarkeit (Paulus, Kühner, 2018; Hövener et. al., 2023; hamburgasyl, 2025).

4.2. Schwangerenvorsorge

Bei der sorgfältigen Quellenanalyse fällt vor allen Dingen die verspätete und stets mangelhafte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft auf (Munro et. al., 2013; Ehmsen et. al., 2014; Funge et. al., 2021; Eick et. al., 2022). Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass ein Großteil der undokumentierten Schwangeren kein Ersttrimesterscreening in Anspruch nimmt, wohingegen dies bei Schwangeren mit sicherem Aufenthaltsstatus die Ausnahme bildet (Wolff et. al., 2008a;

Funge et. al., 2021). Zudem verspätet sich die erste Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem so weit, dass laut einzelner Studien etwa die Hälfte aller Schwangeren ohne Papiere bei der Erstvorstellung eine schwangerschaftsbedingte Erkrankung vorweisen (Eick et. al., 2023). Nicht verwunderlich ist das daraus resultierende Ergebnis, dass Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ein erhöhtes Risiko aufweisen, beim Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem als Notfall mit hoher Dringlichkeit aufgenommen zu werden (ebd.). Ebenso signifikant erhöht sind die Zahlen der Schwangeren ohne Papiere, die im Anschluss an den oben genannten Erstkontakt aufgrund ihrer schlechten körperlichen Verfassung stationär aufgenommen werden müssen (ebd.) Diese Forschungsergebnisse stützen die oben abgebildete Datenlage, welche vermuten lässt, dass sich Menschen ohne Papiere ausschließlich im Notfall, und selbst dann nur verspätet, Hilfe suchen aus Angst vor einer drohenden Abschiebung (Wiesing et. al., 2013; Ärzt*innen der Welt, 2023).

4.3. Psychische Belastungen

Zu dieser Angst vor Deportation kommen weitere psychische Belastungen, wie traumatische Erlebnisse bedingt durch Fluchterfahrungen, Stress aufgrund der prekären und unsicheren Lebensbedingungen, sowie Schwierigkeiten mit der Anpassung an die neuen Anforderungen durch die Mutterrolle (Barkensjö et. al., 2018). Diese Probleme betrafen laut einer schwedischen Studie aus dem Jahr 2018 alle 13 interviewten Schwangeren und hinderten sie zugleich daran, Vertrauen in staatliche Institutionen, wie das medizinische System zu fassen. Durch dieses mangelnde Vertrauen verringerte sich zudem ihre Tendenz, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, welche jedoch grade für diese Personengruppe unabdingbar für den Erhalt der ohnehin schon gefährdeten Gesundheit wäre (ebd.).

Auch eine englische Studie mit 20 Teilnehmer*innen bestätigt diese Tendenz. Herabgesetzte Selbstwirksamkeit in den wichtigen Bereichen des eigenen Lebensumfelds, schlechte ökonomische Bedingungen, soziale Isolation, sowie ein prekäres Wohnumfeld resultierten allesamt aus der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und Anonymität, in der sich die Schwangeren befanden. Diese Faktoren trugen gemeinsam zu einer sich verschärfenden Prekarität, herabgesetzten allgemeinen Gesundheit und Verschlechterung der psychischen Lage durch multiple Stressoren bei (Nellums et. al., 2021).

4.4. Schwangerschaftsabbrüche

Anhand dieser verzweifelten Ausgangssituation für die betroffenen Schwangeren lässt sich auch die hohe Nachfrage von Schwangerschaftsabbrüchen erklären, die diese Frauen* laut

einiger Studien in Anspruch nehmen (Funge et. al., 2021; Eick et. al. 2022). Vor allem eine dänische Studie, in welcher 679 Schwangere ohne Papiere untersucht wurden, führt den Abbruchwunsch der verhältnismäßig großen Zahl an Schwangeren auf spezifische Gründe zurück. Besonders betonen die Forscher*innen die fehlenden gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Zugänge innerhalb Dänemarks für Frauen* ohne Papiere. Dieser Zustand würde durch eine Schwangerschaft noch weiter verschärft. Ebenso werden unsichere Lebensumstände und ein mangelnder Zugang zu Verhütungsmitteln als Gründe für den Abbruchwunsch genannt (Funge et. al., 2021).

4.5. Mortalität und Morbidität

Wie essenziell eine frühzeitige pränatale Versorgung Schwangerer ist, zeigt sich auch in den Zahlen zur Mortalität und Morbidität von Schwangeren und ihren Kindern. Bei der Betrachtung der Evidenzen zu schweren Verläufen in der Geburtshilfe und der antenatalen Versorgung ist es zunächst wichtig zu betonen, dass der Gesundheitszustand der neu in EU-Ländern eintreffenden Migrant*innen im Durchschnitt über dem des legalisierten Anteils der Bevölkerung liegt (De Vito et. al., 2014; Eick et. al. 2022). Viele der undokumentierten Schwangeren treffen jung und ohne chronische Vorerkrankungen in den Zielländern ein, sodass sie zunächst keiner Hochrisikogruppe angehören. Dieser Zustand verändert sich jedoch, wie oben erwähnt, rapide ins Negative (Eick et. al., 2022). Bei den Schwangeren, die bereits mit Vorerkrankungen in einem EU-Land eintrafen, verstärkten sich diese Erkrankungen durch die aufenthaltsrechtliche Illegalität zunehmend (de Jong et. al., 2017). So ergab eine norwegische Studie aus dem Jahr 2022 mit 500 undokumentierten Schwangeren in Bergen und Oslo zwischen 2009 und 2020, dass die Hälfte aller Geburten, die in einer NGO Klinik stattfanden mit einem “adverse pregnancy outcome”, also einem ungünstigen Ausgang der Schwangerschaft aufgrund von maternaler oder kindlicher Morbidität oder Mortalität einhergingen (Eick et. al., 2022). Zudem waren die Raten an Notfall-Kaiserschnitten, Frühgeburten und Totgeburten deutlich erhöht im Vergleich zur norwegischen Durchschnittsbevölkerung (ebd.). Undokumentierte Schwangere hatten ein 25% erhöhtes Risiko eine perinatale Mortalität ihres Ungeborenen zu erleiden im Vergleich zum versicherten Teil der Bevölkerung (Eick et. al., 2024). Als perinatale Mortalität wurden hierbei Totgeburten nach der 22. Schwangerschaftswoche gezählt (ebd.). Als Gründe dafür erkennen die Studien eben nicht die gesundheitliche Ausgangssituation oder die Herkunft der Schwangeren, sondern die mangelhafte pränatale Versorgung, sowie die prekären Lebensumstände, die sich aus der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ergeben (Eick et. al., 2022; Eick et. al., 2024). Der oben erläuterte “healthy migrant effect”, der die überdurchschnittlich gute gesundheitliche Ausgangslage vieler Migrant*innen beschreibt,

wandelt sich somit mit der Ankunft im Zielland zu einem “exhausted migrant effect” (De Vito et. al., 2015).

Diese Entwicklung drückt sich für undokumentierte Schwangere nicht nur in den Versäumnissen innerhalb der Vorsorge aus, sondern setzt sich für sie und ihre Kinder auch postpartal fort. “An alarming number of pregnant women did not seek medical care until a late stage, and they did not return for infant care after giving birth” (Ehmsen et. al., 2014, Conclusion). Kinderärztliche Behandlungen, Neugeborenen-Screenings und Impfungen wurden im Großteil der Fälle gar nicht in Anspruch genommen, was die Behandlung und Prävention pathologischer Verläufe für die betroffenen Kinder verunmöglichte (ebd.). Die dänische Studie mit insgesamt 96 undokumentierten Schwangeren setzte zudem die mangelhafte und verspätete pränatale Versorgung vieler undokumentierter Schwangerer mit der Zunahme schwerwiegender postpartaler Verläufe in Zusammenhang. Schwere Krankheitsverläufe wie Präeklampsie oder verschiedene STI würden zu spät erkannt und dadurch nicht oder zu kurz vor der Geburt behandelt, was wiederum zu einem schlechteren kindlichen Outcome führte (ebd.).

4.6. STI und STD

Auch im Bereich der sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) bzw. sexuell übertragbaren Infektionen (STI) zeigt die Studienlage eine große Versorgungslücke auf. Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität weisen ein erhöhtes Risiko auf an STI und STD zu erkranken (Wolff et. al., 2008b; Ehmsen et. al., 2014; Wendland et. al., 2016; Kest et. al., 2020; Tasa et. al., 2021). Durch die verzögerte, oder ausbleibende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen verschärft sich der Gesundheitszustand von Schwangeren mit zunehmendem Gestationsalter und eine Mutter-zu-Kind Transmission kann im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt nicht sicher verhindert werden (Wendland et. al., 2016). Auch der Anteil der an sexuell übertragbaren Infektionen erkrankten Schwangeren ist in den vorliegenden Studien signifikant erhöht im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen. Eine finnische Studie aus dem Jahr 2021 mit 62 Teilnehmer*innen ohne Papiere in Helsinki ergab, dass 5% der undokumentierten Schwangeren mit HIV infiziert waren, 3% mit Hepatitis B, und 2% mit Syphilis (Tasa et. al., 2021). Diese Prävalenz wurde in Kontext zu der Menge der erkrankten, versicherten Schwangeren gesetzt, von denen sich nur jeweils 0,08% mit HIV und 0,2% mit Hepatitis B angesteckt hatten. Dadurch ergibt sich eine signifikant höhere Infektionsrate in der Gruppe der undokumentierten Schwangeren als in der Kontrollgruppe (ebd.). Die Prävalenzen für STI, mit besonderem Fokus auf Hepatitis B, wurden auch durch eine dänische Studie mit 219 undokumentierten Schwangeren überprüft, welche zwischen den Jahren 2011-2014 eine dänische NGO Klinik im Rahmen

der dort geltenden Notfallversorgung frequentierten (Wendland et. al., 2016). Der Großteil der Schwangeren nahm das Angebot der Klinik frühestens ab der 16. Schwangerschaftswoche in Anspruch (ebd.). 9% der getesteten, undokumentierten Schwangeren testete positiv auf Hepatitis B mit besonders stark erhöhter Prävalenz bei Schwangeren aus bestimmten Hochprävalenzregionen wie Subsahara-Afrika mit einer 27% positiv Rate (ebd.). Für die Kontrollgruppe der dokumentierten Migrant*innen betrug die Prävalenz für eine Hepatitis B Infektion 0,26% (ebd.). Das Infektionsgeschehen von Hepatitis B war Schwerpunkt dieser Studie aufgrund der weitreichenden gesundheitlichen Konsequenzen, sowie des hohen vertikalen Transmissionsrisikos, der Ansteckung von Mutter zu Kind. Die vertikale Transmissionsrate betrug bei einer unbehandelten Infektion 90% während des Geburtsverlaufs, was durch eine frühzeitige Behandlung mit Immunglobulinen auf 5% reduziert werden könnte (ebd.). Der Großteil der Transmissionen auf Neugeborene führte bei diesen zu einer chronifizierten Hepatitis B und daraus hervorgehenden lebenslangen Schädigungen der Leber. Die niedrige Screening-, Impfungs- und Behandlungsrate, bedingt durch die mangelhafte Vorsorgesituation und die hohe Übertragbarkeit führt bei Hepatitis B somit zu einer besonderen epidemiologischen Belastungssituation für diese ohnehin schon vulnerable Personengruppe der undokumentierten Schwangeren und ihrer Kinder (ebd.).

Auch eine finnische Studie mit 62 teilnehmenden Schwangeren ohne Papiere hält den Mangel an Vorsorgeuntersuchungen für eine der wichtigsten Ursachen für die hohe Rate an STI. 71% der undokumentierten Schwangeren hatten weniger als 8 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen und diese zudem meist erst in einem weit fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium (Tasa et. al., 2021). Die hohe Prävalenz für STI wird somit durch fehlende Vorsorgen, den verspäteten Einsatz von Expositionsprophylaxen und dem damit zunehmenden Risiko einer Mutter-Kind-Übertragung verstärkt und von den Autor*innen folgendermaßen zusammengefasst (ebd.): „Restricting access to preventive and timely health care is not only unequal but may lead to adverse consequences for public health due to limited or late screening and treatment of communicable infections and mother-to-child transmissions“ (Tasa et. al., 2021, Discussion).

Auch die Prävalenz von Chlamydieninfektionen war laut einer Schweizer Studie mit 175 undokumentierten Proband*innen, die zwischen März 2005 und Oktober 2006 ein Schweizer Krankenhaus für einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch aufsuchten signifikant erhöht (Wolff et. al., 2008b). Routinemäßig wurden vor dem Abbruch Chlamydientests bei den Schwangeren ohne Aufenthaltsstatus, sowie der Kontrollgruppe bestehend aus schwangeren Migrant*innen mit gesichertem Aufenthaltsstatus durchgeführt (ebd.). Die Datenerhebung erfolgte zwischen der 5. und 12. Schwangerschaftswoche und

ergab eine Infektionsrate von 19,4% bei Schwangeren ohne Papiere und 7,8% bei Schwangeren mit Papieren. Auch diese Studie fand die Gründe für die erhöhten Infektionszahlen in mangelndem Zugang zu Verhütungsmitteln und Vorsorgeuntersuchungen (ebd.). 23% der undokumentierten Schwangeren gaben an, keinen Zugang zu Verhütungsmitteln zu haben, während diese Aussage in der Kontrollgruppe nur 15% tätigten (ebd.). Folgen einer unentdeckten und damit unbehandelten Chlamydieninfektion können von einer Adnexitis – einer mikrobiellen Infektion des weiblichen Genitaltraktes – bis hin zu Unfruchtbarkeit reichen und treffen die besonders vulnerable Gruppe der Schwangeren in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität mit einer um das 2,5-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit öfter (ebd.). Dies lässt sich anhand der Zahlen rekonstruieren, denn 13% der undokumentierten Proband*innen und nur 4,4% der Kontrollgruppe stellten sich bei dem Vorsorgetermin zum Schwangerschaftsabbruch mit teils schwerwiegenden genitalen Entzündungssymptomen vor (ebd.).

Wie sehr Faktoren, wie die Herkunft aus einer Hochprävalenzregion (Wendland et. al., 2016), oder Minderjährigkeit innerhalb der aufenthaltsrechtlichen Illegalität das Risiko der Schwangeren an STI zu erkranken noch erhöhen können, zeigt sich auch innerhalb einer qualitativen Studie (Kest et. al., 2020). Die Fallstudie beschreibt den medizinischen und sozialen Werdegang einer 16-jährigen, schwangeren Geflüchteten in einem nicht genauer benannten europäischen Land. Durch ihre Armut und die Finanzierung über Sexarbeit gehört sie gleich mehreren Risikogruppen an, wird jedoch zu keinem Zeitpunkt auf eine sexuell übertragbare Erkrankung getestet (ebd.). Innerhalb der Schwangerschaft ist sie so den multiplen Risiken ausgesetzt, die durch STI entstehen können, wie zum Beispiel drohenden Frühgeburten. „Our case highlights the relationship between social insecurity for the undocumented adolescent migrant and excess risks for preventable mother-to-child transmission of communicable diseases“ (Kest et. al., 2020, Abstract).

4.7. Migrationserfahrung und wirtschaftliche Faktoren als

Determinanten von Gesundheit

Andere Studien widersprechen dieser Darstellung der aufenthaltsrechtlichen Illegalisierung als Ursache für die abnehmende Gesundheit der Betroffenen und betonen stattdessen, die gemeinsame Ursache der hohen Mortalität und Morbidität läge in sozio-ökonomischen Faktoren, oder einer geteilten Migrationserfahrung (Misje et. al., 2025; de Weck, 2025). Eine norwegische Studie aus dem Jahr 2025 bezog sich bei ihrer Untersuchung auf historische Daten des norwegischen Geburtsregisters zwischen den Jahren 1999 bis 2020 (Misje et. al., 2025). Dadurch wurden 1,247,537 Geburten erfasst, die in diesem Zeitraum stattfanden und auf den legalen Aufenthaltsstatus der Gebärenden untersucht wurden

(ebd.). Insgesamt gebären 5856 Frauen* in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ihre Kinder, was für diesen Zeitraum 0,5% aller Geburten in Norwegen ausmachte. Auch diese Studie bestätigte, dass undokumentierte Schwangere ein 1,39-fach erhöhtes Risiko besaßen einen Notfall-Kaiserschnitt zu benötigen, ebenso wie ein 1,22-fach erhöhtes Risiko eine PPH zu erleiden, also eine verstärkte Nachgeburtsblutung von mindestens 500ml Blutverlust (ebd.). Dieselben Zahlen galten jedoch auch für die Gruppe der Migrant*innen mit gesichertem Aufenthaltsstatus, sodass der gemeinsame Faktor in diesem Fall die geteilte Migrationserfahrung nicht aber der Aufenthalts- bzw. Versichertenstatus zu sein schien (ebd.).

Auch eine Schweizer Studie aus dem Jahr 2025 untersuchte 339 Schwangere in Genf auf den Einfluss von Aufenthaltsstatus, Migrationsgeschichte und wirtschaftliche Faktoren auf Schwangerschaft und Geburt (de Weck, 2025). 26,3% der Studienteilnehmer*innen waren undokumentiert, 34,2% waren Asylsuchende mit vorerst gesichertem Versichertenstatus und 39,5% hatten einen sicheren Aufenthaltstitel (ebd.). Der Faktor wirtschaftliche Prekarität wurde wohnortsgebunden, anhand des Einkommen-Medians berechnet, sodass undokumentierte Schwangere aufgrund ihrer amtlichen Anonymität von dieser Prekaritätsvariablen vollkommen ausgeschlossen wurden (ebd.). Insgesamt litten 35,5% der Schwangeren an wirtschaftlicher Prekarität, 12,2% von ihnen besaßen einen sicheren Schweizer Aufenthaltstitel, 23,3% waren Asylsuchende (ebd.). Bei den undokumentierten Schwangeren besagt die Studie, man könne aufgrund der Rahmenbedingungen der aufenthaltsrechtlichen Illegalität davon ausgehen, dass sich diese in prekären Lebensumständen befänden, welche jedoch für eine weitere Datenerhebung nicht messbar gemacht werden können (ebd.). Per Definition wirtschaftlich prekäre Schwangere hatten signifikant schlechtere Schwangerschaftsergebnisse, lediglich 60% von ihnen erhielten eine Ultraschalluntersuchung vor der 14 Schwangerschaftswoche, in der Kontrollgruppe waren es 85% der nicht prekären Schwangeren (ebd.). Die Rate der Frühgeburten war in der Gruppe der wirtschaftlich prekären Schwangeren doppelt so hoch wie in der nicht-prekären Gruppe. Obgleich die Studie somit Prekarität als bestimmenden Faktor im Schwangerschafts- und Geburtsoutcome benennt, gelingt es ihr nicht, die Intersektionalität der Betroffenheit von Schwangeren in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität mit einzubeziehen (ebd.). Der Aufenthaltsstatus wird vielmehr als eine weitere unabhängige Variable aufgeführt und verglichen und an der entscheidenden Stelle sogar ausgespart, statt ihn als mögliche Ursache einer etwaigen wirtschaftlichen Prekarität zu untersuchen (ebd.). Obgleich diese Studie somit ausschließlich den Einfluss der wirtschaftlichen Prekarität auf Schwangerschaft und Geburt als signifikant einstuft, widersprechen diese Ergebnisse nicht zwangsläufig den oben aufgeführten Studien, die den Einfluss des

Aufenthaltsstatus auf Schwangerschaft und Geburt als signifikant einstufen (Ehmsen et al., 2014).

5. Diskussion

5.1. Methodische Einordnung

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Bewertung der genutzten Literaturlage und die Prüfung, ob sich diese für die Beantwortung der Forschungsfrage eignet. Die genutzten Quellen erstrecken sich von grauer Literatur über rechtliche sowie praxisnahe Quellen bis hin zu empirischer Forschung. Diese Tatsache ermöglicht ein interdisziplinäres Vorgehen, bedarf jedoch ebenso einer methodischen Einordnung. Der Ergebnisteil dieser Arbeit stützt sich auf peer-reviewte Studien zu Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit von Frauen* in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität (Wolff et al. 2008a/b; Munro et. al., 2013; Ehmsen et. al., 2014; Keygnaert et. al., 2014; de Jong et. al., 2017; Barkensjö et al. 2018; Funge et. al. 2021; Nellums et. al., 2021; Tasa et al. 2021; Eick et. al. 2022, 2023, 2024; Misje et. al. 2025). Diese quantitativen Studien, welche zum Großteil aus England, Dänemark, Finnland, Norwegen und der Schweiz stammen, eignen sich besonders zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit. Sie basieren auf klinischen Datenbanken oder landesweiten Registerkarten und schaffen so eine Vergleichbarkeit zwischen dem gesundheitlichen Outcome und den Schwangerschaftsverläufen der undokumentierten Schwangeren im Verhältnis zu dem dokumentierten Anteil der schwangeren Bevölkerung (Wolff et al. 2008a/b; Munro et. al., 2013; Ehmsen et. al., 2014; Keygnaert et. al., 2014; de Jong et. al., 2017; Barkensjö et al. 2018; Funge et. al. 2021; Nellums et. al., 2021; Tasa et al. 2021; Eick et. al. 2022, 2023, 2024; Misje et. al. 2025).

Zugleich existieren einige Limitationen in der genutzten Studienlage, wie sich beispielsweise anhand der Unklarheiten innerhalb der Proband*innengruppen deutlich zeigt. So erfolgt in einer Studie die Nennung von „Probably undocumented migrants“, wodurch die Autor*innen verdeutlichen, dass selbst in wissenschaftlichen Studien der Aufenthaltsstatus der teilnehmenden – möglicherweise - undokumentierten Schwangeren durch die oben abgebildeten Hürden nicht endgültig ermittelt werden kann (Eick et. al., 2023). Zudem bestehen im EU-Ausland Unterschiede über die nationalen Melderegungen, welche dem medizinischen Fachpersonal wiederum andere Spielräume innerhalb ihrer Betreuung und Anonymisierung der Patient*innen lassen (de Jong et. al., 2017; Ärzt*innen der Welt, 2023). Dies führt im Umkehrschluss zu einer veränderten

Versorgungssituation der Schwangeren, die sich beispielsweise in dänischen NGO-Kliniken niedrigschwellige und risikoarme Hilfe holen können, ohne eine Abschiebung zu riskieren, während dies unter den aktuellen deutschen Regelungen nicht möglich ist (Eick et. al., 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023). Diese unterschiedliche Rechtslage erschwert somit die Vergleichbarkeit der genutzten europäischen Studienlage in Bezug auf Prävalenzen und Outcome zwischen den unterschiedlichen Staaten (Eick et. al., 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023).

Eine weitere Limitation findet sich im Selektionsbias der Studien wieder. So betonen verschiedene Vereine und Clearingstellen, dass die vulnerabelsten Personengruppen zugleich solche sind, die sich keine oder nur im absoluten Notfall Hilfe suchen können. Dadurch wird jedoch die Studienpopulation der klinischen und registerbasierten Studien eingeschränkt. In der Schlussfolgerung bedeutet dies, dass viele undokumentierte Schwangere, die nie mit den Behörden in Kontakt kommen, strukturell völlig aus der Datenlage exkludiert werden, was die Unsichtbarkeit dieser Personengruppe auch durch die Forschung weiter vertieft (Vogel, et. al., 2009; Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023).

Im Ergebnisteil wurde zudem mit Studien mit teils sehr kleinen Stichproben gearbeitet. Dies beeinflusst die statistische Aussagekraft gerade für seltene Randphänomene wie perinatale Mortalität, oder die Analyse von Subgruppen mit möglicherweise erhöhten Risiken für Unterschiede in den Herkunftsländern der Schwangeren (Wendland et. al., 2016; Eick et. al., 2022). In einigen Fällen besitzen die quantitativen Studien nur wenige Proband*innen, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse stark einschränkt (Keygnaert et. al., 2014; Wendland et. al., 2016). Dies setzte sich auch in einer hohen Anzahl qualitativer Studien fort, die zwar Einblicke in die Erfahrungswelt der Schwangeren liefern und die Ursache-Wirkungs-Verhältnisse von Angst, Diskriminierung und struktureller Gewalt in der Versorgungslage aufdecken, jedoch keine repräsentativen Datensätze erheben können (Barkensjö et. al., 2018; Kest et. al., 2020; Nellums et. al., 2021).

Auch wenn die allgemeine Stichprobe vieler quantitativer Studien meist ausreichend groß ist mit teils mehreren hundert Teilnehmer*innen, so befand sich in der Subgruppe der undokumentierten Schwangeren jedoch immer ein sehr geringer Anteil an Frauen* im Vergleich zur Gesamtstichprobe (Munro et. al., 2013; de Jong et. al., 2017; Funge et. al., 2021; Tasa et al., 2021; Eick et al., 2022; Eick et al. 2023; Eick et al. 2024; Misje et. al., 2025). Eine weitere Differenzierung der Ursachen und Wirkungen von Aufenthaltsstatus, Gesundheitsversorgungen und anderer Einflussfaktoren auf die undokumentierten Schwangeren wird durch diese kleine Stichprobe betroffener Frauen* verunmöglicht (Munro

et. al., 2013; de Jong et. al., 2017; Funge et. al., 2021; Tasa et al., 2021; Eick et al., 2022; Eick et al. 2023; Eick et al. 2024; Misje et. al., 2025).

Die verwendete graue Literatur findet sich vor allen Dingen im Hintergrund dieser Arbeit wieder und dient zur Einordnung der Studienergebnisse in den deutschen Kontext. Dabei muss zwischen parteipolitischen und juristischen Quellen unterschieden werden, die zur Darlegung der aktuellen Lage von Recht und Migration dienen und in erster Linie die Interessensvertretung des deutschen Staats bilden (Vogel et al. 2009; Wiesing et. al., 2013; Mylius, 2016; BAMF, 2018; Mediendienst Integration, 2021; ICMPD, 2025). Auf der anderen Seite stehen zivilgesellschaftliche Initiativen, die sich mit der aufenthaltsrechtlichen Situation von Menschen ohne Papiere in Deutschland beschäftigen und deren Handeln im Sinne dieser Personengruppe ausfällt (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023; Clearingstelle zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Hamburg, 2024). Diese Quellen können nicht als klassische wissenschaftliche Literatur aufgeführt werden, zumal sie kein Peer-Review durchlaufen haben und zu großen Teilen aus den praktischen Arbeitsfeldern der jeweiligen Organisationen stammen. Zugleich besteht dadurch eine größere Nähe zu den Lebenssituationen der Betroffenen, sowie eine höhere gesellschaftliche und juristische Aktualität, die sich ebenfalls aus den Arbeitsfeldern der veröffentlichenden Organisationen ergibt (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023; Clearingstelle zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Hamburg, 2024). Schätzungen, wie die der Diakonie aus dem Jahr 2009 ermöglichen beispielsweise einen ersten Überblick über die aktuelle Situation und lassen Rückschlüsse über den Versorgungsbedarf der undokumentierten Menschen in Hamburg zu (Vogel et. al., 2009). Die Daten aus vielen der Verbände sind aktuell, orientiert an dem Bedarf der undokumentierten Personengruppen und besonders in Fragen der Versorgungssituation, Abrechnung und Melderegungen unverzichtbar, um ein umfassendes Bild der Lebensrealität von Menschen ohne Papiere in Deutschland zu gewinnen (Ärzt*innen der Welt, 2023). Dies wird besonders offensichtlich, wenn man die graue Literatur in Bezug setzt zu der aktuellen empirischen Datenlage, die gerade in Deutschland in Bezug auf Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht vorhanden ist. Für die Nachvollziehbarkeit der realen Betreuungslage, ebenso wie zur möglichen Schließung vorhandener Versorgungslücken, ist die Nutzung grauer Literatur innerhalb dieser Arbeit deshalb unverzichtbar (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023; Clearingstelle zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Hamburg, 2024).

Schlussendlich kann somit festgehalten werden, dass die genutzte Literatur den Anforderungen zur Beantwortung der Forschungsfrage trotz aller Limitationen entspricht. Die explorative Datenbankrecherche war geeignet, um sich diesem Thema anzunähern und die vorhandene Datenlage zum Thema Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität auszuschöpfen. Gleichzeitig konnte die Recherche zudem große Forschungslücken aufdecken und den Bedarf an weiterführenden größer angelegten Studien verdeutlichen.

5.2. Inhaltliche Einordnung

Die vorangegangene Analyse der aktuellen Forschungsergebnisse bestätigt, dass Schwangerschaften in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität mit erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Risiken verbunden sind. Obgleich die Forschungslage auf dem Gebiet sehr dünn ist, lässt die Datenlage vermuten, dass schwerwiegende gesundheitliche Verläufe stark an die rechtlichen Rahmenbedingungen und die niedrighwelligen Zugänge der Versorgungsangebote gebunden sind. Dieser strukturelle Rahmen kann Vorsorgen und Versorgung im Allgemeinen für die vulnerabelsten Gruppen ermöglichen oder verunmöglichen.

Anhand des systematischen Reviews von de Jong et. al. lässt sich beispielsweise abbilden, wie schwach die Evidenzlage vieler Studien ist, die sich mit Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität befassen. Die im Review herangezogenen Studien unterscheiden sich methodisch stark und ziehen zum Großteil nur kleine Stichproben heran. Zudem wird der Begriff der „undokumentierten Migrant*innen“ teils sehr unterschiedlich definiert (de Jong et. al., 2017). Dies spiegelt sich auch in den Übersichtsarbeiten von Munro et. al. und Keygnaert et al. wieder, die klare Hinweise auf eine strukturelle Unterversorgung von undokumentierten Schwangeren geben. Verspätete und völlig ausbleibende Schwangerenvorsorge führe laut der Forscher*innen zu teils schwerwiegenden maternalen und kindlichen Verläufen. Daraus resultiert eine hohe Relevanz dieses Themas für die Versorgungsforschung, um risikoreiche Schwangerschaftsverläufe unter undokumentierten Schwangeren zu reduzieren (Munro et. al., 2013; Keygnaert et al., 2014; de Jong et. al., 2017). Die Forscher*innen betonen, dass es noch immer an belastbaren systematischen Langzeitdaten fehle und großangelegte Studien dringend notwendig seien (Munro et. al., 2013; Keygnaert et al., 2014).

Die Ausnahme dazu bilden einige großangelegte Register- und Kohortenstudien mit teils mehreren hundert Teilnehmer*innen (Wolff et. al., 2008a; Wolff et. al. 2008b; Wendland et. al., 2016; Funge et. al., 2021; Tasa et. al., 2021; Eick et. al. 2022; Eick et. al., 2023; Eick et. al., 2024; Misje et. al., 2025; de Weck et. al., 2025). Diese Datenerhebungen stammen zum

Großteil aus skandinavischen Staaten und anderen gut dokumentierten Gesundheitssystemen. Auch hier ist die Stichprobengröße undokumentierter Schwangerer jedoch gering und erfasst zudem nur Frauen*, die sich überhaupt an das offizielle Gesundheitssystem des jeweiligen Landes wenden. Die besonders vulnerablen Gruppen bleiben somit „unsichtbare Schwangere“, die gezwungen sind in einer unmöglichen Versorgungssituation zu existieren (Wolff et. al., 2008a; Wolff et. al. 2008b; Wendland et. al., 2016; Funge et. al., 2021; Tasa et. al., 2021; Eick et. al. 2022; Eick et. al., 2023; Eick et. al., 2024; Misje et. al., 2025; de Weck et. al., 2025).

Studienergebnisse aus Norwegen zeigen somit eine stark erhöhte Anzahl an komplikationsreichen Schwangerschaftsverläufen bei undokumentierten Frauen* im Vergleich zur dokumentierten Kontrollgruppe (Eick et. al., 2024). Oben genannte Einschränkungen in der kleinen Stichprobengröße von Schwangeren ohne Papiere müssen bei der Interpretation der Ergebnisse selbstverständlich berücksichtigt werden. Um die überproportional häufigen Notfallversorgungen zu reduzieren, welche undokumentierte Schwangere in Anspruch nehmen müssen, könnte eine kontinuierliche Hebammenbetreuung etabliert werden, die sich auf Präventionsarbeit stützt (Eick et. al., 2022; Eick et. al., 2023).

Auch das häufigere Auftreten von „adverse maternal outcomes“ unter Schwangeren ohne Papiere lässt sich für die europäische Versorgung deutlich an der verspäteten oder mangelhaften Vorsorgesituation für diese Schwangeren festmachen. Ebenso zeigt sich in dieser Gruppe eine sozio-ökonomische Prekarität, die dem Großteil der undokumentierten Schwangeren aufgrund ihrer Lebensumstände in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität droht (Tasa et al., 2021; Misje et. al., 2025;). Aus eben jener prekären Lebens- und Versorgungssituation folgen die hohen Raten an STI und STD innerhalb des undokumentierten Anteils der Schwangeren im Vergleich zu den Kontrollgruppen (Wolff et. al. 2008a/b; Wendland et, al., 2016). Die Forscher*innen betonen, dass Präventionsmaßnahmen und frühzeitige Betreuung und Behandlung der Erkrankungen die Schwangere ohne Papiere selten erreichen. Dies erklärt auch die hohen Prävalenzen von Chlamydien und Hepatitis B innerhalb dieser besonders vulnerablen Personengruppe, die den Bedarf einer Leitlinienentwicklung für die Betreuung dieser Patient*innengruppe verdeutlichen (Wolff et. al. 2008a/b; Wendland et, al., 2016).

Die qualitativen Studien ergänzen diese Erkenntnisse um eine essenzielle Interpretation der mangelhaften Versorgungsbedingungen und ihrer Ursachen und stellen dabei gerade das erhöhte Sicherheitsbedürfnis der Schwangeren ohne Papiere in den Fokus (Barkensjö et. al., 2018). Die Forscher*innen betonen zudem die Wichtigkeit eines vertrauensvollen

Betreuungsverhältnisses, um der Angst vor Aufdeckung, mit der viele undokumentierte Schwangere konfrontiert sind, entgegenzuwirken. Darin liege ein Schlüsselement der Betreuung, denn die befragten undokumentierten Schwangeren brachen laut Eigenaussage ein Betreuungsverhältnis eher ab, wenn Kommunikationsprobleme entstanden, oder sich die Betreuung auf eine andere Art unsicher anfühlte (ebd.). Dazu kamen bei befragten Schwangeren die Sorge vor Stigmatisierung, Schulden durch unbezahlbare medizinische Kosten und eine Datenweitergabe durch das medizinische Personal, welche die Inanspruchnahme von Vorsorgen weiter reduzierte (Nellums et. al., 2021). Für den Umgang mit dieser Angst und strukturellen Gewalt, die viele papierlose Schwangere in der medizinischen Versorgung erfahren, müssen klarere wissenschaftliche Handlungsempfehlungen und Schulungen für das behandelnde Personal entwickelt werden. Dadurch könnte das Risikobewusstsein der Schwangeren ohne Papiere im Kontakt mit medizinischem Personal, ebenso wie die kalkulierte Meidung von Gesundheitseinrichtungen und die Inkaufnahme von gesundheitlichen Risiken als das kleinere Übel, verhindert werden. Dies unterstreicht der Fallbericht einer minderjährigen Schwangeren ohne Papiere. Durch die Darstellung ihrer defacto Rechtlosigkeit in der Anonymität der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, Gewalterfahrungen und ausbleibende staatliche und medizinische Unterstützung wird die Isolation und Gefährdungslage von undokumentierten Schwangeren in Europa illustriert (Kest et. al., 2020). Eine Lösung kann laut der Autor*innen nur durch ein Vertrauensverhältnis innerhalb der medizinischen Versorgung, eine gute Aufklärung über die eigenen Rechte und die Vermittlung eines Sicherheitsgefühls in der Betreuung entstehen (Barkensjö et. al., 2018; Kest et. al., 2020; Nellums et. al., 2021). Nur diese Faktoren können in den Augen der Autor*innen dazu führen, dass Schwangere ohne Papiere es in Betracht ziehen, sich frühzeitig medizinische Hilfe zu suchen und Vorsorgen in Anspruch zu nehmen (Barkensjö et. al., 2018; Kest et. al., 2020; Nellums et. al., 2021).

Länder wie Deutschland, in denen strenge Meldepflichten an die Ausländerbehörden auch für das Gesundheitspersonal existieren, setzen undokumentierten Schwangeren auf der Suche nach medizinischer Hilfe damit eine weitere Hürde in den Weg. Zudem existieren in der Bundesrepublik bisher keine Studien zum Thema „Schwangerschaft in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ und auch andere klinisch erfasste Daten sind zu diesem Thema nicht veröffentlicht (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023). Dieser Umstand macht die Nutzung von grauer Literatur und internationalen Quellen zur Erkenntnisgewinnung somit unabdingbar, um Rückschlüsse auf die deutsche Versorgungslage ziehen zu können (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023).

Trotz allem lässt schon diese lückenhafte Forschungslage gerade im Hinblick auf die Lage in Deutschland erste Rückschlüsse auf die Unterversorgung von undokumentierten Schwangeren zu. So zeigt beispielsweise die norwegische Versorgungsforschung, wie eingeschränkt die medizinischen Zugänge für Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität sind (Eick et al., 2022). Auch wenn undokumentierte Menschen in den skandinavischen Ländern eine grundlegende Versorgung durch NGO-Kliniken erhalten können, ist diese ähnlich wie in Deutschland doch immer an Notfälle und Dringlichkeit gebunden. Zudem agieren diese Kliniken nicht flächendeckend, schließen zwar einige Versorgungslücken, aber erreichen bei weitem nicht alle Schwangeren und versagen besonders im Bereich der Vorsorge (Funge et. al., 2021). Die europäische Studienlage zeigt zudem, dass sich durch die verspätete Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgen, ausbleibende Screening- und Präventionsmaßnahmen, höhere Raten an unbehandelten Infektionserkrankungen, schwerwiegende Verläufe und pathologische Schwangerschaftsoutcomes häufen. Diese Entwicklung eines sich immer weiter verschlechternden Gesundheitszustandes nimmt durch Ängste, juristische Unsicherheiten, einer ausbleibenden Kontinuität in der medizinischen Betreuung und Diskriminierungserfahrungen noch weiter an Fahrt auf (Wolff et. al., 2008a/b; Munro et. al., 2013; Keygnaert et. al., 2014; Wendland et. al., 2016; de Jong et al., 2017; Barkensjö et. al., 2018; Kest et. al., 2020; Funge et. al., 2021; Nellums et. al., 2021; Tasa et. al., 2021; Eick et. al., 2022; Eick et. al., 2023; Eick et. al., 2024; Misje et. al., 2025).

Die europäischen quantitativen und qualitativen Befunde zeigen somit deutlich, dass sowohl in Bezug auf Zugang als auch auf Kontinuität und Qualität deutliche Mängel in der Versorgung von Schwangeren ohne Papiere zu erkennen sind. Obwohl in Deutschland weder qualitative noch quantitative Forschung zu dem Thema der Schwangerschaft ohne Papiere existiert, lassen sich aus der internationalen Studienlage und den Berichten von Initiativen und Vereinen, welche in dem Feld tätig sind, durchaus Rückschlüsse auf das deutsche System ziehen. Trotz allem kann der erste Teil der Forschungsfrage „Welche Herausforderungen und gesundheitlichen Folgen ergeben sich für Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland?“ nicht endgültig beantwortet werden. Es lässt sich weder determinieren, wie groß die tatsächliche Gruppe der papierlosen Schwangeren in Deutschland ist, noch wie groß der Anteil derer ist, die für das Gesundheitssystem unsichtbar sind und somit gar keine Versorgung erhalten. Aufgrund der Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und rechtlichen Rahmenbedingungen fällt es zudem schwer eindeutige Weichen herauszuarbeiten, welche die Versorgungslage in Deutschland verbessern könnten. Diese Arbeit konnte jedoch im ersten Schritt die europäische Forschung zusammenfassen und möglicherweise erste Rückschlüsse für die

aktuelle Situation in Deutschland ermöglichen. Im folgenden Schritt wird als Ausblick für zukünftige Versorgungsmodelle die Hebammenarbeit in den Fokus genommen und auf Grundlage der bisher dürftigen Forschungslage etwaige Betreuungsansätze für diese Berufsgruppe ermittelt.

5.3. Hebammenarbeit als Perspektive

In der aktuell erschwerten Versorgungssituation wird Hebammenarbeit als niedrigschwelliger Weg, auch in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität eine risikoarme, kontinuierliche Gesundheitsversorgung zu erhalten, essenziell (Wolff et. al., 2008a/b; de Jong et. al., 2017; Barkensjö et. al., 2018; Funge et. al., 2021; Eick et. al., 2022; Eick et. al., 2023; Voldner et. al., 2023; Eick et. al., 2024). Obgleich Hebammenbetreuung momentan noch in sehr geringem Ausmaß unter papierlosen Schwangeren beansprucht wird und ständig in einem Feld juristischer Widersprüche und begrenzter Ressourcen stattfindet, bietet diese besonders in der aufsuchenden Betreuung, oder in offenen Hebammensprechstunden vielseitige Handlungsspielräume (Barkensjö et al., 2018; Nellums et al., 2021; Keygnaert et al., 2014; Kest et al., 2020). Zudem sind Hebammen zwar einerseits geschultes Gesundheitspersonal, arbeiten jedoch gleichzeitig auch an der Schnittstelle zur psychosozialen Betreuung und können aufgrund der intersektionalen Zusammenarbeit bei gleichzeitiger Autonomie, auf welcher das Arbeitsfeld der Hebamme beruht, jederzeit Kontakt zu anderen klinischen, juristischen oder sozialen Fachstellen herstellen. Dies betont auch eine norwegische qualitative Studie, welche die Erfahrungen von 10 Hebammen mit dem Modell der community-midwifery-care speziell für papierlose Schwangere betrachtete (Voldner et. al., 2023). Die darin befragten Hebammen gaben an aufgrund von fehlenden Leitlinien zur Betreuung von papierlosen Schwangeren häufig selbst kreative Lösungen für entstandene Probleme zu finden. Zugleich berichteten sie jedoch auch von einer großen Überforderung und Orientierungslosigkeit, die sich aus den vielen teils fachfremden Bedarfen erklärte, die sie zu decken hatten (ebd.). Die größte Schwierigkeit sahen sie darin, das Vertrauen der Schwangeren im Spannungsfeld mit den restriktiven Vorschriften des medizinischen Systems des Staats und den eigenen Abrechnungsmöglichkeiten zu gewinnen (ebd.). Diese erschwerte Betreuung bildet ein weiteres Beispiel dafür, weshalb viele Initiativen und Parteien in Deutschland die Abschaffung der Meldepflicht durch medizinisches Fachpersonal fordern, um es Betroffenen zu ermöglichen, medizinische Leistungen ohne die Angst vor Aufdeckung in Anspruch zu nehmen (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022; Ärzt*innen der Welt, 2023; Voldner et al., 2023). Die in der Studie befragten Hebammen betonten zudem, dass die Implementierung von klaren Richtlinien, einem geregelten Abrechnungssystem und eine Verbesserung der interprofessionellen Anbindung sie in ihrer

Arbeit als Hebammen sehr unterstützen würden (Voldner et. al., 2023). Dadurch könne es ihnen ermöglicht werden, eine kostenlose, sichere und kontinuierliche Hebammenbetreuung sicherzustellen und damit das psychische und körperliche Outcome der undokumentierten Schwangeren zu verbessern (ebd.). Um der Überforderung, Scham und Angst über das Unwissen über die Rechte der Schwangeren vorzubeugen, braucht es gezielte Fortbildungen für Hebammen, die in dem Bereich von Schwangerschaften in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität arbeiten (Wiesing et. al., 2013; Mylius, 2016; Nellums et al., 2021; Voldner et al., 2023). Gerade in den Bereichen der rassismus- trauma- und diskriminierungssensiblen Arbeit existieren sowohl große Leerstellen als auch Lernbedarfe für die betreuenden Hebammen (Keygnaert et al., 2014; Barkensjö et al., 2018; Kest et al., 2020; Nellums et al., 2021).

Ein erster struktureller Lösungsversuch für viele dieser Herausforderungen könnte in dem skandinavischen Ansatz der NGO-Kliniken liegen, welche staatlich oder über Spenden finanziert werden und nicht von einer Melde- oder Versicherungspflicht eingeschränkt werden. Zugleich bieten diese Zentren einen niedrigschwelligen Gesundheitszugang, in dem eine multiprofessionelle Versorgung durch viele Fachbereiche, sowie eine hebammengeleitete Schwangerenversorgung möglich wäre (Wolff et al., 2008a; Funge et al., 2021; Eick et al., 2022, 2023). Zugleich zeigen verspätete oder ausbleibende Inanspruchnahmen von Vorsorge- und Wochenbettbetreuung bei einer überproportionalen Nutzung von Notfallversorgung durch Schwangere ohne Papiere, dass es auch in diesem Konzept eine klarere Eingliederung der Hebammenarbeit braucht (de Jong et al., 2017; Funge et al., 2021; Eick et al., 2022, 2023). Dies ist essenziell, damit sich die betroffenen Frauen nicht in einem Feld aus ständiger Unterversorgung befinden, die nur von Klinikkontakten in medizinischen Notfällen unterbrochen wird (Funge et al., 2021; Eick et al., 2022, 2023).

Im deutschen Modell kann als Best-Practice-Beispiel hierfür die Hebammenarbeit der Poliklinik Veddel hervorgehoben werden, die aufgrund ihrer basisdemokratischen und solidarischen Organisationsform, sowohl eine Versorgung für die vulnerabelsten Mitglieder dieser Gesellschaft bereitstellt als auch verschiedene Bedarfe durch die Interprofessionalität des Teams abdecken kann. Dahinter steht ein Bild von Gesundheit als intersektionales Zusammenspiel aus verschiedenen strukturellen Faktoren und gesellschaftlichen Machtverhältnissen (Poliklinik Veddel). Eine wichtige Ergänzung zur ordinären Hebammenarbeit ist deshalb die kollektive Organisation des Teams, sowie eine Sozial- und Rechtsberatung, welche die realen Versorgungsbedarfe und Lebensumstände der Patientinnen in die medizinische Versorgung einbezieht (ebd.). In ihrer Selbstbeschreibung sagt die Poliklinik, sie verstehe ihre Vision für eine andere

Gesundheitsversorgung „als Modell, um der wachsenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit in den Städten Europas zu begegnen und [sähe] dabei eine moderne Medizin und Sozialarbeit in der besonderen Verantwortung, auf gesellschaftliche Ungerechtigkeiten, die krank machen, aufmerksam zu machen.“ (Poliklinik Veddel, Konzept/Vision). In dieser visionären Versorgungslogik werden Rassismus, Armut, Wohnsituation, Geschlecht und Aufenthaltsstatus als Teil der Herausforderungen begriffen, denen eine gesundheitliche Versorgung gerecht werden muss (ebd.). Auch andere hebammengeleitete Betreuungszentren wie Geburtshäuser, Hebammenpraxen oder offene Hebammensprechstunden in Sozialräumen können mit solidarischen Finanzierungskonzepten undokumentierten Schwangeren einen dringend notwendigen Zugang zu Betreuungsangeboten bieten. Dies kann zudem die Ansprüche an Kontinuität und eine vertrauensvolle Beziehung zum medizinischen Personal erfüllen, welche von einigen Studien angesprochen wurde (Barkensjö et al., 2018; Voldner et al., 2023).

Durch die aufsuchende Hebammenbetreuung, oder die räumliche Bindung an nicht-staatliche Strukturen, in denen die Schwangeren ohne Termin, und wenn gewünscht unter Pseudonym, eine Behandlung erhalten können, kann dieses notwendige Vertrauensverhältnis weiter aufgebaut werden (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Ärzt*innen der Welt, 2023). Aufgrund der hohen Prävalenzen für verschiedene Infektionskrankheiten bietet diese Form der Hebammenarbeit zudem die Möglichkeit essenzielle Screening Untersuchungen im geschützten Rahmen der 1:1 Betreuung stattfinden zu lassen (Tasa et al., 2021). Im Nachgang kann eine Weitervermittlung an Arztpraxen für weiterführende Screenings, Clearingstellen, Rechts- oder Sozialberatungen oder psychotherapeutische Dienste niedrighschwelliger ermöglicht werden (Barkensjö et al., 2018; Voldner et al., 2023). Weitere Best-Practice Beispiele aus Hamburg sind das Haus für Geburt und Gesundheit, das durch sein solidarisches Finanzierungskonzept auch papierlose Schwangere versorgen kann und der Sozialraum-Altona mit seiner offenen Hebammensprechstunde, die unabhängig vom Versichertenstatus Hebammenbetreuung zur Verfügung stellt (Sozialdienst katholischer Frauen Hamburg-Altona e. V., 2023; Haus für Geburt und Gesundheit Hamburg, 2025).

Auf der realpolitischen Ebene sind die nächsten Schritte ebenso eindeutig. Die Abschaffung der Meldepflicht und die sichere Finanzierung von allen Gesundheitsleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind unabdingbar, um eine kontinuierliche Hebammenbetreuung zu ermöglichen, die wiederum ein Schlüsselement in der Präventionsarbeit darstellt. Nur dadurch können schwerwiegende Verläufe verhindert und die Gesundheit von Mutter und Kind sichergestellt werden (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022). Die Angst vor Aufdeckung stellt den Kern der späten

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für viele papierlose Schwangere dar und solange diese Angst begründet ist, können Hebammen keine verlässlichen und sicheren Betreuungsangebote sicherstellen (BAG Gesundheit/Illegalität, 2018). Für diese Betreuung braucht es zugleich eine zukünftige Klärung der Abrechnungsfrage, denn Querfinanzierungen über Spenden und ehrenamtliche Leistungen von Hebammen sind keine nachhaltigen und tragfähigen Versorgungskonzepte.

Schlussendlich ist es noch einmal wichtig zu betonen, dass weitere qualitative und quantitative Forschung auf dem Gebiet der Hebammenversorgung von Schwangeren in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität dringend notwendig ist und es besonders in Deutschland an jeglichen Daten zu diesem Thema mangelt. Gerade im Hinblick darauf, inwiefern die aktuellen Versorgungsangebote zu Prävention, Behandlung und Nachsorge in Deutschland Schwangere ohne Papiere erreichen existiert keine Forschung und auch europaweit ist die Datenlage dünn.

Die Forschungsfrage „Welche Herausforderungen und gesundheitlichen Folgen ergeben sich für Schwangere ohne sicheren Aufenthaltsstatus in Deutschland und welche Betreuungsansätze ergeben sich daraus für Hebammen?“ kann somit nur in den oben genannten Ansätzen beantwortet werden. Insgesamt wird deutlich, dass sich die Rolle der Hebamme in der Betreuung von Schwangeren ohne Papiere nicht nur auf die klassische medizinische Versorgung beschränken lässt. Sie muss als niedrigschwellige Ansprechpartnerin mit Brückenfunktion zu weiteren Anlaufstellen gedacht werden. Sie agiert in einem Spannungsfeld aus Rechtsfragen, politischen Rahmenbedingungen und psychosozialen sowie gesundheitlichen Anliegen und kann darin womöglich eine Schlüsselfunktion einnehmen (de Jong et al., 2017; Barkensjö et al., 2018; Voldner et al., 2023).

6. Fazit

„Es war ein herausforderndes Jahr. Ein Jahr mit so vielen Erstberatungen wie nie – 1.250 Menschen haben uns erstmals ratsuchend aufgesucht. Ein Jahr, in dem Änderungen der Rechtsprechung immensen Beratungsbedarf ausgelöst haben [...] Ein Jahr auch, in dem wir deutlich gemerkt haben, wie kalt der politische Wind geworden ist: statt über geflüchtete Menschen, Schutzgewähr und Integration diskutiert das Land über „illegale Migration“, ihre „Bekämpfung“ und über immer noch mehr Abschiebungen.“ (a) Fluchtpunkt Hamburg)

Das schreibt der Fluchtpunkt e.V. am 2. Dezember 2025 auf seiner Internetseite und kündigt im gleichen Atemzug an, im Dezember keine neuen Fälle von Menschen ohne Papiere oder mit anderen Aufenthaltsstatus bezogenen Anliegen mehr beraten oder juristisch vertreten zu können (ebd.). Die Situation hat sich für sie und die weiteren 5 Beratungsstellen in Hamburg in den letzten Jahren beträchtlich zugespitzt und die zum Großteil ehrenamtlichen Mitarbeitenden an ihre Grenzen gebracht (ebd.). Für die Betroffenen bedeutet diese ein Kontinuum der Ängste und Schwierigkeiten, die sie ohnehin in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität begleiten (b) Fluchtpunkt Hamburg). Anhand der in den ersten Kapiteln abgebildeten medizinischen Situation lässt sich deutlich ablesen, wie sehr ein – fehlender – Aufenthaltstitel, Einfluss auf die wirtschaftlichen Perspektiven, die Chance auf sicheren Wohnraum, sowie die Gesundheit und Versorgungslage nimmt. All diese Faktoren stehen untrennbar im intersektionalen Zusammenspiel der Prekarisierung zueinander. In erster Linie ausgehend von dem Faktor Aufenthaltsstatus, der in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nur seine Zuspitzung erfährt (Ärzt*innen der Welt, 2023; hamburgasyl, 2025).

Die vorliegende Arbeit macht den dringenden gesellschaftlichen Handlungsbedarf im Bezug auf die medizinische, rechtliche und psychosoziale Versorgungssituation von Schwangeren ohne Papiere deutlich (Wolff et al., 2008a; Wendland et al., 2016; Nellums et al., 2021; Eick et al., 2022, 2024; Misje et al., 2025). Zugleich muss betont werden, dass die Verantwortung dafür nicht auf individuellen Schultern oder auf Moralentscheidungen einzelne Akteur*innen im Gesundheitssystem lasten darf. Strukturelle Veränderungen, wie die Abschaffung der Meldepflicht nach § 87 AufenthG und die Einführung von sicheren Abrechnungsmodellen für medizinische Einrichtungen müssen eingeführt werden. Nur diese Änderungen können papierlosen Menschen auf struktureller Ebene der Zugang zur medizinischen Versorgung zusichern (Mylius, 2016; BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022).

Hebammen können durch die Flexibilität in der Örtlichkeit ihrer Arbeit und dem breiten Handlungsfeldes ersten Vorschub leisten um meist ehrenamtlich, oder durch rechtliche Schlupflöcher eine dringend notwendige Vorsorge für undokumentierte Schwangere sicher zu stellen. Eine echte flächendeckende Versorgung, die die Bedürfnisse und Sicherheit der undokumentierten Schwangeren in den Fokus stellt kann jedoch nur bei veränderten strukturellen Rahmenbedingungen erfolgen (Mylius, 2016; BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022). Erst durch die formelle Legalisierung kann eine dringen notwendige umfassende Forschung zu dem Thema erfolgen und die Entwicklung von Leitlinien zur Betreuung von undokumentierter Schwangerer durch Hebammen realisiert werden. Auch die praktischen hebammenspezifischen Arbeitsfelder könnten dadurch profitieren, indem unklare Kostenfragen geklärt werden und Hebammen Hilfe leisten können ohne im Nachgang damit konfrontiert zu sein die Personalien ihrer

Schutzbeauftragten zu ermitteln (Wiesing et. al., 2013; BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022).

Pilotprojekte wie die Poliklinik, Stadtteilgesundheitszentren, Geburtshäuser mit solidarischen Finanzierungskonzepten zeigen allesamt, dass eine niedrigschwellige hebammenzentrierte Gesundheitsversorgung zukunftsweisend sein kann. Im großen gesellschaftspolitischen Rahmen ist eine Entkopplung des Aufenthaltsstatus von einem Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht nur dringend notwendig, sondern ein Menschenrecht (UN, 1966; BAG Gesundheit/Illegalität, 2018; Diakonie Deutschland, 2022).

Quellen

AeKB Clearingstelle (2023). Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. https://www.aekb.de/fileadmin/01_aerzt-innen/fortbildung/fortbildungsveranstaltungen/2023-11-01_Praesentation_Clearingstelle.pdf [Stand: 3.11.2025]

Ärzt*innen der Welt (2023). Gesundheitliche Versorgung von Frauen ohne Papiere im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt. *Arbeitspapier Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität*. <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2023/11/29/versorgung-von-frauen-ohne-papiere-bei-schwangerschaft-und-geburt> [Stand: 29.10.2025]

BAG Gesundheit/Illegalität (2018). Krank und ohne Papiere. Fallsammlung. https://forum-illegalitaet.de/wordpress_01/wp-content/uploads/2018/04/Krank-und-ohne-Papiere_Fallsammlung-der-BAG-Gesundheit_Illegalit%C3%A4t_April-2018_Web.pdf [Stand: 3.11.2025]

Barkensjö, M., Greenbrook, J. T. V., Rosenlundh, J., Ascher, H., & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: a qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 217.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018) Migrationsbericht 2018 – Kapitel 6: *Irreguläre Migration*. <https://www.bamf.de/DE/Themen/Forschung/Veroeffentlichungen/Migrationsbericht2018/IrregulaereMigration/irregulaeremigration-node.html> [Stand: 3.11.2025]

Bundesärztekammer (2013). Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf [Stand: 1.11.2025]

Bundeszentrale für politische Bildung (2025). Irreguläre Migrant/-innen. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270376/irregulaere-migrant-innen/> [Stand: 3.11.2025]

Clearingstelle zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung Hamburg (2024). *Evaluationsbericht 2024*. https://www.fz-hh.de/Evaluationsbericht_2024.pdf [Stand 30.10.2025]

de Jong, L., Pavlova, M., Winters, M., & Rechel, B. (2017). A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *European journal of public health*, 27(6), 990–997.

De Vito, E., de Waure, C., Specchia, M. L., Ricciardi, W., & the WHO HEN Network. (2015). Public health aspects of migrant health: A review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region - *Health Evidence Network synthesis report 42*. World Health Organization, Regional Office for Europe

de Weck, E., Noble, C., Sormani, J., Naulin, M. L., Jaksic, C., Arsever, S., de Tejada, B. M., Schmidt, N. C., Guyer, A. L., & Benski, A. C. (2025). Influence of women's legal status on pregnancy outcomes and quality of care: Findings from the Pregnancy of Migrants in Switzerland (PROMISES) program. *PLOS global public health*, 5(4), e0004217.

Diakonie Deutschland (2022). Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/2023/november/wissen-kompakt-gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere> [Stand: 3.11.2025]

Ehmsen, B. K., Biswas, D., Jensen, N. K., Krasnik, A., & Norredam, M. (2014). Undocumented migrants have diverse health problems. *Danish medical journal*, 61(9), A4897.

Eick, F., Vallersnes, O. M., Fjeld, H. E., Sørbye, I. K., Storkås, G., Ekrem, M., Børmer, M., Løberg, S. A., Ebbing, C., Voldner, N., & Dahl, C. (2022). Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 789.

Eick, F., Vallersnes, O. M., Fjeld, H. E., Sørbye, I. K., Ruud, S. E., & Dahl, C. (2023). Use of emergency primary care among pregnant undocumented migrants over ten years: an observational study from Oslo, Norway. *Scandinavian journal of primary health care*, 41(3), 317–325.

Eick, F., Vallersnes, O. M., Fjeld, H. E., Sørbye, I. K., Valberg, M., & Dahl, C. (2024). Perinatal mortality among pregnant undocumented migrants in Norway 1999-2020: A register-based population study. *Social science & medicine*, 353, 117055.

- European Parliament (2000). Health care systems in the EU: A comparative study. *European Parliament*, Directorate-General for Research.
https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf [Stand: 23.11.2025]
- a)Fluchtpunkt Hamburg (n.d.). NEWS - Für euch da – Nur anders. Im Dezember keine offene Sprechstunde im fluchtpunkt. <https://fluchtpunkt-hamburg.de/> [Stand: 04.12.2025]
- b)Fluchtpunkt Hamburg (n.d.). WIR. <https://fluchtpunkt-hamburg.de/> [Stand: 04.12.2025]
- Funge, J. K., Boye, M. C., Parellada, C. B., & Norredam, M. (2021). Demographic characteristics, medical needs and utilisation of antenatal care among pregnant undocumented migrants living in Denmark between 2011 and 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(5), 575–583.
- GKV-Spitzenverband (2025) https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp [Stand 29.10.2025]
- hamburgasyl (2025). Menschen ohne Papiere in Hamburg.
<https://hamburgasyl.de/themen/menschen-ohne-papiere-in-hamburg/> [Stand: 30.10.2025]
- Haus für Geburt und Gesundheit Hamburg (2025). Über Uns.
<https://www.geburtundgesundheit.hamburg> [Stand: 8.12.2025]
- Hövenier Dr., Claudia/ Wieler Prof. Dr. Dr., Lothar (2023): Migration und Gesundheit. Auf dem Weg zu einem diversity-orientierten Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. *Journal of Health Monitoring*. Migration und Gesundheit: Ergebnisse und Perspektiven aus dem IMIRA-Projekt (Hrsg.). 2023 (8). Berlin: Robert Koch-Institut.
- International Centre for Migration Policy Development (2025). *Migration Outlook 2025*.
<https://www.icmpd.org/file/download/63373/file/ICMPD%20Migration%20Outlook%202025.pdf>
- Kest, H., Kaushik, A., Tehreem, B., & Goldberg, D. (2020). It Is Complicated: The Medico-Social Journey of an Undocumented Pregnant Adolescent. *Case reports in pediatrics*, 2020, 6749630.
- Keygnaert, I., Guieu, A., Ooms, G., Vettenburg, N., Temmerman, M., & Roelens, K. (2014). Health (care) experiences of undocumented migrants: a systematic review of qualitative evidence. *BMC Public Health*, 14, 708.
- Mediendienst Integration (2021). Irreguläre Migration. <https://mediendienst-integration.de/migration/irregulaere.html> [Stand 1.11.2025]

- Misje, R., Eick, F., Vallersnes, O. M., Fjeld, H. E., Sørbye, I. K., & Dahl, C. (2025). Increased risk of adverse maternal pregnancy outcomes among undocumented migrants in Norway. *Journal of migration and health*, 11, 100318.
- Munro, K., Jarvis, C., Munoz, M., D'Souza, V., & Graves, L. (2013). Undocumented pregnant women: What does the literature tell us? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 281–291.
- Mylius, Maren (2016) Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Transkript Verlag. Bielefeld.
- Nellums, L. B., Powis, J., Jones, L., Miller, A., Rustage, K., Russell, N., Friedland, J. S., & Hargreaves, S. (2021). "It's a life you're playing with": A qualitative study on experiences of NHS maternity services among undocumented migrant women in England. *Social science & medicine* (1982), 270, 113610.
- Paulus, Mareike/Kühner, Angela (2018): Frühe Hilfen für geflüchtete Familien. Impulse für Fachkräfte. *Nationales Zentrum Frühe Hilfen* (NZFH). Köln.
<https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/einzelansicht-publikationen/titel/fruehe-hilfen-fuer-gefluechtete-familien-impulse-fuer-fachkraefte> [Stand: 27.11.2025]
- Poliklinik Veddel. (n.d.). Konzept/Vision. <https://poliklinik1.org/konzeptvision> [10.12.2025]
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148.
- Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., & Busse, R. (2005). Defining the “health benefit basket” in nine European countries: Evidence from the European Union Health BASKET project. *European Journal of Health Economics*, 6(Suppl. 1), 2–10.
- Sozialdienst katholischer Frauen Hamburg Altona e. V. (2023). Beratungsstelle für Frauen, Familien und Schwangere – Offene Hebammensprechstunde. <https://sozialraum-altona.de/einrichtung/sozialdienst-katholischer-frauen-hamburg-altona-e-v/> [Stand: 5.12.2025]
- Stötzler, M.; Kaifie, A. (2023). Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland – eine Mixed-Methods-Studie zur Situation und den aktuellen Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*
- Sukhera J. (2022). Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical. *Journal of graduate medical education*, 14(4), 414–417.

Tasa, J., Holmberg, V., Sainio, S., Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2021). Maternal health care utilization and the obstetric outcomes of undocumented women in Finland - a retrospective register-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 191.

Vereinte Nationen (1951). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge* (Genfer Flüchtlingskonvention), Art. 31 Abs. 1. In Kraft seit 28. Juli 1951.

<https://www.fluechtlingsrat->

thr.de/sites/fluechtlingsrat/files/pdf/gesetze_verordnungen/europa/gfk.scr_.pdf [Stand: 3.11.2025]

Vereinte Nationen (1966). Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Art. 12. In Kraft seit 3. Januar 1976. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> [Stand: 3.11.2025]

Vogel, D., Aßner, M., Mitrovic, E., & Kühne, A. (2009). Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Diakonisches Werk Hamburg.

Voldner, N., Eick, F., & Vangen, S. (2023). 'Goodbye and good luck' Midwifery care to pregnant undocumented migrants in Norway: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100878.

Wendland, A., Ehmsen, B. K., Lenskjold, V., Astrup, B. S., Mohr, M., Williams, C. J., & Cowan, S. A. (2016). Undocumented migrant women in Denmark have inadequate access to pregnancy screening and have a higher prevalence Hepatitis B virus infection compared to documented migrants in Denmark: a prevalence study. *BMC public health*, 16, 426.

Wiesing, U. & Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. (2013). Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund. *Deutsches Ärzteblatt* (Vol. 110, Issue 18, p. A 899) [Journal-article].
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/ old-files/downloads/Stellungnahme.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Stellungnahme.pdf) [Stand 29.10.2025]

a)Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A. P., Costanza, M. C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., Dubuisson, J. B., Gaspoz, J. M., & Irion, O. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC public health*, 8, 93.

b)Wolff, H., Lourenço, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Uny, M., Andreoli, N., Irion, O., Gaspoz, J. M., & Dubuisson, J. B. (2008). Chlamydia trachomatis prevalence in

undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. *BMC public health*, 8, 391.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich Pia Böddeker, [REDACTED] dass ich die vorliegende

Bachelorarbeit mit dem Titel: „Unsichtbare Schwangerschaft – Unmögliche Versorgung? Herausforderungen, Folgen und Unterstützungsoptionen für Schwangere ohne Aufenthaltsstatus und Hebammen“, selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. ChatGPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann. Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

Hamburg 18.12.2025

Ort, Datum, Unterschrift

[REDACTED]