

Anne Kasper

Die Gestaltung der geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung

In der jüngsten Vergangenheit häufen sich weltweit und in Deutschland die Zahlen der Menschen auf der Flucht (UNHCR, 2019). Der überwiegende Anteil der Menschen mit Fluchterfahrung stammt aus: Syrien, Irak, Afghanistan, Iran, Eritrea, Nigeria, Somalia, Osteuropa. Etwa ein Drittel der Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland sind weiblich. Etwa die Hälfte der Frauen mit Fluchterfahrung befindet sich im gebärfähigen Alter bzw. der reproduktiven Phase ihres Frauenlebens (16 - 45 Jahre) (BAMF, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020). Zur Anzahl von Frauen, die sich während der Phase des Mutterwerdens (Schwangerschaft - Geburt - Wochenbett) auf der Flucht befinden, existieren keine genauen Angaben. Beobachtungen und Einschätzungen berichten von einem hohen Anteil schwangerer Frauen, die den schwierigen und gefährlichen Weg auf sich nehmen (United Nations Refugee Agency, United Nations Population Fund & Women's Refugee Commission, 2016).

Internationale Studien zeigen: Der allgemeine Gesundheitszustand von Frauen mit Fluchterfahrung ist in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinträchtigt (Carolan, 2010; Gibson-Helm et al., 2014). Darüber hinaus weisen Frauen mit Fluchterfahrung häufig mehrere Krankheiten zeitgleich auf. Sie sind von Multimorbidität hinsichtlich Infektionskrankheiten (HIV, Malaria) und chronischen Krankheiten wie Anämie oder Vitamin-D-Mangel betroffen (Alemayehu et al. 2016; Carolan, 2010; Khanlou et al., 2012). Frauen mit Fluchterfahrung sind psychisch besonders belastet. Sie haben politische Unruhen, Vertreibung und Hunger erlebt (Carolan, 2010; Fellmeth et al., 2015; Khanlou et al., 2017; Russo, et al., 2015; Stewart et al., 2012). Neben möglichen Gewalterfahrungen im Herkunftsland, auf der Flucht und im Aufnahmeland, leiden Frauen vielfach auch unter den Folgen sexuellen Missbrauchs (Byrskog et al., 2015; Kurth et al., 2010). Schwangere Frauen mit Fluchterfahrung sind häufig Mehrgebärende und weisen in vielen Fällen eine rasche Schwangerschaftsfolge auf (Carolan, 2010; Correa-Velez & Ryan, 2012).

Die geburtshilfliche Versorgung beschreibt jene Form der Gesundheitsversorgung, die sich an Frauen in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett richtet. Die geburtshilfliche Versorgung umfasst dabei die medizinisch-körperliche Versorgung. Von ebenso bedeutender Relevanz ist die Berücksichtigung der psychosozialen und emotionalen Bedürfnisse der Frauen (AKF, 2016; Reeske, 2011). Eine Schwangerschaft und die Zeit mit dem Kind danach erfordern eine gezielte Versorgung und Begleitung. Darüber hinaus weisen geflüchtete Frauen aufgrund ihrer Erfahrungen und Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Fluchtprozess eine besondere körperliche sowie psychosoziale Belastung auf. So wird auch Frauen mit Fluchterfahrung in Deutschland pflegerische und ärztliche Betreuung sowie Hebammenhilfe vor und nach der Geburt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährt (§4 AsylbLG). Formell haben Frauen mit Fluchterfahrung damit den gleichen Leistungsanspruch und Zugang zur geburtshilflichen Betreuung in Deutschland wie einheimische Frauen.

Da geburtshilfliche Akteur*innen in ihrem Berufsalltag vor dem Hintergrund der jüngsten und gegenwärtigen Fluchtbewegungen auch Frauen mit Fluchterfahrung betreuen, stellt sich die Frage, wie die spezifischen Betreuungssituationen gegenüber Frauen mit Fluchterfahrung in der Realität gestaltet werden.

Wie gestalten geburtshilfliche Akteur*innen die Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung?

- Unter welchen Bedingungen bzw. in welchen Kontexten handeln sie?
- Wie sieht das Handeln gegenüber Frauen mit Fluchterfahrung aus?

Mit Hilfe leitfadengestützter Interviews wurden geburtshilfliche Akteur*innen (Frauenärzt*innen, Hebammen und Familienhebammen) im ambulanten und stationären Setting befragt. Dem qualitativen Studienansatz folgend wurden die transkribierten Interviews mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet (Kuckartz, 2018).

Die Versorgungspraxis - die Handlungen und Praktiken gegenüber Frauen mit Fluchterfahrung - zeigen, dass geburtshilfliche Akteur*innen allgemein etablierte Handlungen aufrechterhalten, unterlassen oder modifizieren. Sie konzentrieren sich auf das Wesentliche, indem sie insbesondere die medizinische Versorgung aufrechterhalten und das „Drumherum“ unterlassen. Zum Unterlassen zählt auch die Aufklärung, welche sowohl aus forensischer Sicht als auch bzgl. der Selbstbestimmung der Frau von Bedeutung ist. Großzügigere Indikationsstellungen zu riskanteren Interventionen (wie z. B. Kaiserschnitt, Vollnarkose) bei Frauen mit Fluchterfahrung sind zu thematisieren und diskutieren.

Literatur- und Quellenangaben:

Alemayehu, A., Gedefaw, L., Yemane, T. & Asres, Y. (2016): Prevalence, Severity, and Determinant Factors of Anemia among Pregnant Women in South Sudanese Refugees, Pugnido, Western Ethiopia. *Anemia*, 1–11.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) (2016): Von Vielem zu viel, von Wichtigem zu wenig – Versorgungsprobleme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Folgen für die Frauengesundheit in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2017/03/Positionspapier-Hebammen-032017.pdf> (29.5.2020).

Asylbewerberleistungsgesetz (2017): Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541; 2019 I 162) geändert worden ist.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016): Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2017): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Dezember 2016.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2018): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Dezember 2017.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2019): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Dezember 2018..

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2020): Aktuelle Zahlen. Ausgabe Dezember 2019.

Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B. & Allvin, M.-K. (2015): Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–11.

Carolan, M. (2010): Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have re-settled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery*, 26(4), 407–414.

Correa-Velez, I. & Ryan, J. (2012): Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women and Birth*, 25(1), 13–22. Australian College of Midwives.

Fellmeth, G., Plugge, E., Paw, K. M., Charunwatthana, P., Nosten, F. & McGready, R. (2015): Pregnant migrant and refugee women's perceptions of mental illness on the Thai-Myanmar border: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–11.

Gibson-Helm, M., Teede, H., Block, A., Knight, M., East, C., Wallace, E. et al. (2014): Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: A retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1).

Khanlou, N., Haque, N., Skinner, A. & Landy, K. (2017): Scoping Review on Maternal Health among Immigrants and Visible Minority Women in Canada: Postnatal Care (in progress). *Journal of Pregnancy*, 1–14.

Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S. & Bischoff, A. (2010): Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 10, 659.

Reeske, A. (2011): Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge - Literaturübersicht. In O. Razum, A. Reeske & J. Spallek (Hrsg.), *Challenges in Public Health*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Russo, A., Lewis, B., Joyce, A., Crockett, B. & Luchters, S. (2015): A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–13. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

Stewart, D., Gagnon, A., Merry, L. & Dennis, C.-L. (2012): Risk Factors and Health Profiles of Recent Migrant Women Who Experienced Violence Associated with Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 21(10), 1100–1106.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2019): *Global Trends. Forced Displacement in 2018*.

United Nations Refugee Agency, United Nations Population Fund & Women's Refugee Commission (2016): *Initial Assessment Report: Protection Risks for Women and Girls in the European Refugee and Migrant Crisis. Greece and the former Yugoslav Republic of Macedonia*.

Kontakt

Anne Kasper, Hebamme, M. Sc. Public Health
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld
anne.kasper@uni-bielefeld.de