



## FACHARTIKEL

## Die Betreuung und Versorgung von Frauen mit Migrations- und Fluchterfahrung in der Geburtshilfe

Barbara Schildberger

### Zusammenfassung

Die geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Migrations- und Fluchterfahrung ist ein sehr komplexes und in vielen Teil jedoch unterbelichtetes Thema, das viele verschiedene Aspekte umfasst. Die Herausforderungen, vor denen diese Frauen stehen, sind vielfältig und reichen von sprachlichen Barrieren über kulturelle Unterschiede bis hin zu traumatischen Erfahrungen, die sie möglicherweise während ihrer Flucht gemacht haben. Diese Faktoren können sich erheblich auf ihre physische und psychische Gesundheit auswirken, sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt. Dabei ist es entscheidend, dass die geburtshilfliche Betreuung auf die individuellen Bedürfnisse dieser Frauen eingeht. Dazu gehört eine umfassende Beratung über die Gesundheitsversorgung im Aufnahmeland, psychosoziale Unterstützung und eine interkulturell kompetente Betreuung. Die Berücksichtigung der kulturellen Hintergründe und der Lebensrealitäten der Frauen ist unerlässlich, um eine respektvolle und effektive Versorgung zu gewährleisten.

**Schlüsselwörter:** Migration, Flucht, Trauma, Lebensanfang, Versorgung

### Abstract

Obstetric care for women with migration and refugee experience is a very complex and, in many ways, under-researched topic that encompasses many different aspects. The challenges these women face are diverse and range from language barriers and cultural differences to traumatic experiences they may have had during their flight. These factors can have a significant impact on their physical and mental health, both during pregnancy and after birth. It is crucial that obstetric care responds to the individual needs of these women. This includes comprehensive advice on healthcare in the host country, psychosocial support, and interculturally competent care. Considering the women's cultural backgrounds and lived realities is essential to ensure respectful and effective care.

**Key Words:** Migration, escape, trauma, beginning of life, care

## Einleitung

Die geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund ist ein bedeutendes Thema im Kontext der Gesundheitsversorgung. Diese Gruppe von Frauen steht vor spezifischen Herausforderungen, welche wiederum mannigfache Auswirkungen auf ihre eigene Gesundheit und die Gesundheit der Babys haben. Dieser Artikel widmet sich der Analyse dieser Herausforderungen und bietet einen Einblick in aktuelle Forschungsergebnisse sowie Empfehlungen für eine supportive geburtshilfliche Versorgung.

## 1. Zahlen und Fakten zu Deutschlands Demographie

In Deutschland lebten im Jahr 2022 83,1 Millionen Menschen, davon wiesen 23,8 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund auf. [1,2]. Etwa 10,9 Millionen Frauen in Deutschland haben einen Migrationsbezug, davon sind etwa 37% selbst schon in Deutschland geboren und weisen keine eigene Migrationserfahrung auf. Rund 63% der Frauen mit Migrationshintergrund sind selbst in die Bundesrepublik Deutschland migriert. [3] Ca. 30% der Frauen mit Migrationshintergrund stammen aus den EU-Staaten, weitere 30% aus dem restlichen Europa. Mit 12% bilden Frauen aus der Türkei zahlenmäßig die größte Gruppe aus einem nicht europäischen Herkunftsland, gefolgt von 15% aus dem Nahen und Mittleren Osten. Wie in Tabelle 1 ersichtlich, gaben 19% der zugewanderten Migrantinnen aus Drittstaaten humanitäre und 58% familiäre Gründe als Motivation zur Flucht oder Migration an. Bessere Chancen der Erwerbstätigkeit und Bildung wurden als Zuwanderungsgründe verhältnismäßig wenig genannt. [4]

	Frauen	Männer
Humanitäre Gründe	19%	28%
Familiäre Gründe	58%	38%
Erwerbstätigkeit	8%	16%

<sup>1</sup> DeStatis Statistisches Bundesamt. Migration und Integration. Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Geschlecht. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/liste-migrationshintergrund-geschlecht.html#116670> (Zugriff am 27. Jänner 2024)

<sup>2</sup> Bundeszentrale für politische Bildung. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. <https://www.bpb.de/kurzknapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/bevoelkerung-mit-migrationshintergrund/> (Zugriff am 25. Jänner 2024)

<sup>3</sup> DeStatis Statistisches Bundesamt. Migration und Integration. Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund. Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund - Statistisches Bundesamt (destatis.de) (Zugriff am 15. Jänner 2024)

<sup>4</sup> Lechner C, Atanisev K. Integration von Migrantinnen in Deutschland: Politiken und Maßnahmen Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). EMN Deutschland Paper 1/2023 [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/EMNDeutschlandPaper/emn-dp-1-2023-integration-migrantinnen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=13](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/EMNDeutschlandPaper/emn-dp-1-2023-integration-migrantinnen.pdf?__blob=publicationFile&v=13) (Zugriff am 27. Dezember 2023)

Bildung	6%	8%
Sonstige Gründe	10%	10%

Tabelle 1: Eigene Ausarbeitung auf Grundlage des Mikrozensus 2022, Fachserie 1 Reihe 2.2

Ein Blick auf die Geburtenzahlen mit dem Fokus die Staatsangehörigkeit der Mutter aller Lebendgeborenen im Jahr 2022 (Tabelle 2) zeigt eine zunehmende Heterogenität und Diversität in der Bevölkerungsstruktur Deutschlands. Mit einer Anzahl von knapp über 50.000 Geburten ist die Gruppe der Mütter aus Asien die größte außerhalb Europas. Davon fallen 20.000 Geburten in die Gruppe der Mütter aus Syrien und knapp 6.000 Geburten in die Gruppe der Mütter aus Afghanistan. [5]

Staatsangehörigkeit der Mutter	Lebendgeborene insgesamt	Lebendgeborene in %
Deutschland	547.254	74,07
übrige EU-Staaten	59.179	8,01
übriges Europa	54.972	7,44
Davon		
Türkei	16 806	2,27
Afrika	18.480	2,50
Amerika	5.400	0,73
Asien	50.181	1,36
Davon		
Afghanistan	5.963	0,81
Indien	2.892	0,39
Irak	5.608	0,76
Iran	1.242	0,17
Pakistan	1.889	0,26
Syrien	20.201	2,73
Vietnam	2.374	0,32

<sup>5</sup> DeStatis Statistisches Bundesamt. Geburten 2022. Statistischer Bericht Genesis-online, 23.82023 EVAS-Nummer 12612. [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FBevoelkerung%2FGeburten%2FPublikationen%2FDownloads-Geburten%2Fstatistischer-bericht-geburten-5126104227005.xlsx%3F\\_\\_blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FBevoelkerung%2FGeburten%2FPublikationen%2FDownloads-Geburten%2Fstatistischer-bericht-geburten-5126104227005.xlsx%3F__blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK) (Zugriff am 27. Dezember 2023)

Australien und Ozeanien	213	0,03
staatenlos und unbekannt	3.140	0,43
Insgesamt	738.819	100

Tabelle 2: Geburtenzahlen nach Herkunft der Mutter

Während im Jahr 2021 die zusammengefasste Geburtenziffer auf 1,58 Kinder je Frau gestiegen war, sank diese im Jahr 2022 auf 1,46 Kinder je Frau und befand sich auf dem niedrigsten Stand seit 2013 mit damals 1,42 Kinder je Frau. Bei Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit betrug die zusammengefasste Geburtenziffer im Jahr 2022 1,36 Kinder, bei Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit 1,88 Kinder. [6]

## 1.1 Demografische Vielfalt und die Bedeutung für das Gesundheitssystem

Angesichts der zunehmenden Heterogenität in der Gesellschaft stehen Routineabläufe und Standardisierungstendenzen im Gesundheitssystem mitunter diametral zu den Anforderungen einer individualisierten Betreuung. In der Versorgung von Migrant\*innen sehen sich die Leistungserbringer:innen des Gesundheitssystems mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert:

- Sprachbarrieren
- Negative Erfahrungen sowie Ängste und
- Informationsdefizit
- Kulturell bedingte Hürden
- Systembezogene, administrative Barrieren [7]

Um die Versorgung von Frauen mit Migrations- oder Fluchthintergrund ihren Bedarfen und Bedürfnissen entsprechend gestalten zu können, gilt es, die gegebene Diversität dieser Gruppe zu berücksichtigen. Die Lebenswelten, Erfahrungen und Biografien der Menschen prägen deren Denk-, Einstellungs-, Haltungs- und Handlungsstrukturen. Madeleine Leininger [8] hat in ihrer in den 1960er Jahren entwickelten Theorie „Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege“ die Grundlage des Konzeptes „Culture Care“ gelegt. In ihrem Verständnis prägen technologische, religiöse,

Berücksichtigung von Diversität der Behandlungsgruppe als Grundvoraussetzung.

<sup>6</sup> DeStatis Statistische Bundesamt. Geburtenziffer 2022 auf 1,46 Kinder je Frau gesunken. Pressemitteilung Nr. 290 vom 21. Juli 2023 [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23\\_290\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_290_12.html) (Zugriff am 27. Jänner 2024)

<sup>7</sup> Expertenrat für Integration. Bundeskanzleramt. Integrationsbericht 2022. [file:///C:/Users/U100263003628/Downloads/integrationsber\\_2022\\_NB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/U100263003628/Downloads/integrationsber_2022_NB%20(1).pdf) (Zugriff am 5. Jänner 2024)

<sup>8</sup> Dayer-Berenson L. Cultural Competencies for Nurses. Impact on Health and Illness. Jones and Bartlett Publishers. Boston. 2011

familiäre, soziale, politische, wirtschaftliche und bildungspolitische Einflussfaktoren sowie die damit einhergehenden Normen und Werte die Einstellungen zu und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod. [9] Somit hat sie die Lebenswelt der Menschen als komplexes Konstrukt mit je typischen Einstellung-, Denk-, Handlungs- und Handlungsstrukturen als wesentlichen Bestandteil jeglicher Betreuungsleistungen im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt gerückt. Dieses Modell kann wesentlich dazu beitragen, Erklärungen für unterschiedliche Auffassungen zu finden und wenn notwendig Strategien zur Optimierung der Compliance zu entwickeln.

Die jeweiligen Bedingungen des Herkunftslandes, wie Wohnverhältnisse, Versorgung mit Wasser und Nahrung, bewaffnete Konflikte, Gewalterfahrungen und die Funktionsfähigkeit kritischer Infrastrukturen, beeinflussen noch vor der Flucht die physische und psychische Gesundheit der Menschen.

## 2. Frauen mit Migration- und Fluchterfahrungen

Wenngleich Migration und Flucht per Definitionem unterschiedliche Charakteristika aufweisen und die rechtlichen Rahmenbedingungen unterschiedlich geregelt sind, ist eine klare Abgrenzung von freiwilliger oder erzwungener Migration besonders bei Frauen schwierig. Bei Frauen und Mädchen sind neben Krieg,

Verfolgung und Umweltkatastrophen sexualisierte Gewalt, Angst vor Ehrenmord, Zwangsverheiratung und Genitalbeschneidung die häufigsten Ursachen für Flucht und Migration. [10] In weiterer Folge soll auf diese Spezifika näher eingegangen werden.

### 2.1 Herausforderungen während der Flucht

Im Jahr 2022 befanden sich Schätzungen zufolge mehr als 108 Millionen Menschen auf der Flucht, die Hälfte davon waren Frauen. [11] In Deutschland sind in etwa ein Drittel der Menschen mit Fluchterfahrung Frauen, davon etwa die Hälfte im gebärfähigen Alter zwischen 16 und 45 Jahren. Durch die strukturelle Benachteiligung von Frauen in vielen Ländern flüchten Frauen vor allem innerhalb der Landesgrenzen als Binnengeflüchtete und weniger oft wie Männer nach Europa. Frauen fehlt es oft an den finanziellen Ressourcen, um eine Flucht zu bezahlen; sie fliehen gemeinsam mit den Kindern, was eine

<sup>9</sup> Leininger, M. M. Kulturelle Dimension menschlicher Pflege. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau. 1998

<sup>10</sup> medica mondiale. Frauen und Mädchen auf der Flucht vor Gewalt. <https://medicamondiale.org/gewalt-gegen-frauen/ursachen-und-folgen/frauen-auf-der-flucht-vor-gewalt> (Zugriff am 20. Jänner 2024)

<sup>11</sup> UNHCR Österreich. Zahlen im Überblick. <https://www.unhcr.org/dach/at/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick> (Zugriff am 27. Jänner 2024)

Flucht gefährlicher und unflexibler macht; sie sind auf der Flucht einer erhöhten Gefahr von Verschleppung und sexualisierter Gewalt ausgesetzt. [12, 13]

Die jeweiligen Bedingungen des Herkunftslandes, wie Wohnverhältnisse, Versorgung mit Wasser und Nahrung, bewaffnete Konflikte, Gewalterfahrungen und die Funktionsfähigkeit kritischer Infrastrukturen, beeinflussen noch vor der Flucht die physische und psychische Gesundheit der Menschen. Insofern sind Betroffene aufgrund der Lebenswelten in ihren Herkunftsländern, der individuellen Erfahrungen ihrer Flucht sowie den Bedingungen im Aufnahmeland unterschiedlichen Belastungen ausgesetzt. Schätzungen zufolge waren rund 70% der Menschen mit Fluchterfahrung mit traumatischen Ereignissen konfrontiert, was in weiterer Folge zu posttraumatischen Belastungsstörungen oder Depressionen führen kann. [14]

## 2.2 Sexualisierte Gewalt vor, während und nach der Flucht

In Ländern mit prekären sozial-politischen Lagen oder bewaffneten Konflikten gelten Frauen und Kinder als besonders gefährdet und werden vermehrt Opfer von unterschiedlichsten Formen von Diskriminierungen, von Gewalt in der Familie oder geschlechtsspezifischer Gewalt. Wenngleich der UN-Sicherheitsrat im Jahr 2008 die „UN-Resolution 1820 zum Schutz vor sexualisierter Gewalt“ verabschiedet hat, wird die systematische Vergewaltigung von Frauen und Mädchen nach wie vor als Kriegsstrategie gesehen. Auf der Flucht und im Aufnahmeland laufen Frauen abermals Gefahr, sexueller

Gewalt ausgesetzt zu sein. Opfer von sexualisierter Gewalt trauen sich oftmals aus Angst vor Stigmatisierung und Scham nicht über das Erlebte zu sprechen, zumal es in vielen Ländern bei Vergewaltigung immer noch zu einer Opfer-Täter-Umkehr kommen kann. [15]

Opfer von sexualisierter Gewalt trauen sich oftmals aus Angst vor Stigmatisierung und Scham nicht über das Erlebte zu sprechen.

Die Erhebung der Prävalenz von sexueller Gewalt an Frauen mit Fluchterfahrung wurde in unterschiedlichen Studien angestrebt, die Validität der Daten ist allerdings vor dem Hintergrund der

<sup>12</sup> Ute Bock Flüchtlingsprojekt. Frauen auf der Flucht. <https://www.fraubock.at/de/bock-news/358-frauen-auf-der-flucht> (Zugriff am 20. Jänner 2024)

<sup>13</sup> Biffi G, Kilic H, Zentner M. Einstellung, Erwartungen und Ressourcen weiblicher Flüchtlinge

Grundlagenstudie zu den tatsächlich wahrnehmbaren Möglichkeiten von Frauen mit Fluchterfahrung Donau-Universität Krems. Department für Migration und Globalisierung. August 2019. file:///C:/Users/U100263003628/Downloads/biffi\_2014\_weibliche\_fl%C3%BChtlinge\_final\_2.pdf (Zugriff am 20. Jänner 2024)

<sup>14</sup> Kasper A. Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung. Eine qualitative Untersuchung zum professionellen Handeln geburtshilflicher Akteur\*innen. Springer. Wiesbaden. 2021

<sup>15</sup> Heinrich-Böll-Stiftung e.V. (Hrsg) Frauen und Flucht: Vulnerabilität – Empowerment – Teilhabe Ein Dossier. Berlin [https://www.boell.de/sites/default/files/frauen\\_und\\_flucht.pdf#page=10](https://www.boell.de/sites/default/files/frauen_und_flucht.pdf#page=10) (Zugriff 20. Jänner 2024)

angenommenen Dunkelziffer zu interpretieren. Cayreyre et al. [16] haben in einer Meta-Analyse festgestellt, dass 44% der geflüchteten Frauen im Laufe ihres Lebens mit sexueller Gewalt konfrontiert sind. Keygnaert et al. [17] haben in ihrer für Belgien und Niederlande durchgeführten Studie aufzeigen können, dass 57% der befragten geflüchteten Menschen Opfer sexueller Gewalt waren, 69% davon Frauen. Eine Forschergruppe um de Oliveira Araujo et al. [18] aus Brasilien hat in einem systematischen Review die Prävalenz sexueller Gewalt an geflüchteten Menschen und Asylbewerbern mit Raten von unter 10% bis zu 99,8% angegeben, wobei 89% der Betroffenen Frauen waren. Das „Vulnerable Women's Project“ [19] in Großbritannien publizierte im Jahr 2009 die Daten über die im Rahmen des Projektes betreuten Frauen mit Migration- und Fluchterfahrung. 76% der Frauen gaben an, vergewaltigt worden zu sein, 22% der Frauen nannten sexuellen Missbrauch und 9% der Frauen wurde mit sexueller Gewalt gedroht.

### 2.3 Weibliche Beschneidung – female genitale mutilation (fgm)

Die Beschneidung des weiblichen Genitales („female genital mutilation“, FGM), wird hauptsächlich in afrikanischen Ländern und dem Süden der arabischen Halbinsel durchgeführt. Die Beschneidung gilt sowohl in christlichen als auch muslimischen Regionen als traditionelles Ritual und basiert nicht auf religiösen Vorgaben. Fehlende Aufklärung, sozialer Druck und Aberglauben legitimieren in diesen Regionen die Praxis der Beschneidung von jungen Mädchen. [20]

Die Eingriffe werden meistens zwischen dem 4. und 8. Lebensjahr der Mädchen unter unhygienischen Bedingungen ohne Betäubung durchgeführt.

Je nach kultureller Vorgabe werden unterschiedliche Formen unterschieden:

<sup>16</sup> Cayreyre L, Korchia Th, Loundou A et al. Lifetime sexual violence experienced by women asylum seekers and refugees hosted in high-income countries: Literature review and meta-analysis. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 101 (2024) 102622. DOI:10.1016/j.jflm.2023.102622

<sup>17</sup> Keygnaert I., Vettenburg N., Temmerman M. Hidden violence is silent rape: Sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult. Health Sex.* 2012;14:505–520. DOI:10.1080/13691058.2012.671961

<sup>18</sup> Araujo JO, Souza FM, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2019 Sep 23;53:78. Doi:10.11606/s1518-8787.2019053001081.

<sup>19</sup> Refugee Council . The Vulnerable Women’s Project: Refugee and Asylum Seeking Women Affected by Rape or Sexual Violence. A Literature Review. Volume 2. Refugee Council; London, UK: 2009. p. 12

<sup>20</sup> Böhles H, Qirshi M. *Transkulturelle Medizin. Migranten aus muslimischen und afrikanischen Lebenswelten im ärztlichen Alltag.* Springer-Verlag: Berlin. 2018

- Typ I (Klitoridektomie): Teilweise oder komplette Abtrennung der äußeren Klitoris. („Sunna“)
- Typ II (Exzision): Teilweise oder vollständige Abtrennung der äußeren Klitoris und der kleinen Schamlippen. (die am häufigsten durchgeführte Form)
- Typ III (Infibulation oder „pharaonische Beschneidung“): Entfernung von Klitoris und der großen und kleinen Schamlippen, nach dem Eingriff bleiben die Beine bis zu einen Monat zusammengebunden. (bei ca. 15% der beschnittenen Mädchen)

Die Eingriffe werden meistens zwischen dem 4. und 8. Lebensjahr der Mädchen unter unhygienischen Bedingungen ohne Betäubung durchgeführt. Die Komplikationsrate (vor allem Blutungen und Infektionen) wird sehr hoch, die Mortalitätsrate auf 7% - 40% geschätzt. [20]

Angaben von TERRE DE FEMMES (Menschenrechte für die Frau e.V.) zufolge lebten im Jahr 2022 bis zu 103.947 von FGM betroffenen Mädchen und Frauen in Deutschland. Bis zu 17.721 Mädchen in Deutschland gelten als akut gefährdet, sich einer weiblichen Beschneidung unterziehen zu müssen: „Zukünftig braucht es eine verbesserte und umfassendere Datenlage,“ so TERRE DE FEMMES, „um möglichst präzise Präventionsmaßnahmen ergreifen und umsetzen zu können. Dies trägt maßgeblich zum effektiven Schutz der in Deutschland lebenden, gefährdeten Mädchen und zur besseren Versorgung bereits betroffener Mädchen und Frauen bei.“ [21]

## 2.4 Kinder-, Früh- und Zwangsehe

Weltweit sind ca. 650 Millionen Mädchen und Frauen von Frühverheiratung betroffen, etwa 12 Millionen Mädchen werden jährlich vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet, 15 Millionen Mädchen bekommen zwischen ihrem 15. und 19. Lebensjahr ein Kind. [22] Eine Kinderehe ist laut UN-Kinderrechtskonvention eine Form der Zwangsehe, bei der mindestens einer der Partner unter 18 Jahre alt ist. [23] Wenn auch in den meisten Fällen erwachsene Männer junge, minderjährige Mädchen heiraten, sind immerhin

Weigern sich Betroffene, die für sie arrangierte Ehe einzugehen, laufen diese Gefahr, unterschiedlichen Formen von Gewalt (Beschimpfung, Drohung, Erpressung, körperliche Gewalt, Ermordung) durch die eigenen Familienmitglieder ausgesetzt zu sein.

<sup>21</sup> TERRE DES FEMMES. Menschenrechte für die Frau e.V. Weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland. Dunkelzifferschätzung 2022. [https://frauenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Unsere\\_Arbeit/FGM/FGM-Materialien/2022\\_TDF\\_Dunkelzifferschaetzung.pdf](https://frauenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Unsere_Arbeit/FGM/FGM-Materialien/2022_TDF_Dunkelzifferschaetzung.pdf) (Zugriff am 26. Jänner 2024)

<sup>22</sup> Plan International Österreich. Zwangsheirat jetzt stoppen. <https://www.plan-international.at/kinderschutz/zwangsheirat.html?sc=IAQ24100> (Zugriff am 26. Jänner 2024)

<sup>23</sup> UNICEF. Kinderehen weltweit: Die wichtigsten Fragen und Antworten. <https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/blog/-/kinderehen-weltweit-fragen-und-antworten/274028> (Zugriff am 25. Jänner 2024)

auch 115 Millionen Männer und Jungen von Frühverheiratung betroffen. [24] Eine «frühe Heirat» («Early Marriage») wird vom Human Rights Council der UN als Heirat von Menschen definiert, die noch nicht die körperliche, seelische und mentale Reife erreicht haben, um die mit der Eheschließung verbundenen Verpflichtungen übernehmen zu können. Somit sind nicht nur Kinderehen gemeint. Es geht hier vielmehr darum, dass die Personen unabhängig des Alters aufgrund anderer Faktoren nicht die Reife erlangt haben, alle mit einer Ehe verbundenen sozialen und gemeinschaftlichen Aufgaben zu erfüllen. [25] Als Zwangsehe gelten Eheschließungen, die ohne die uneingeschränkte und freie Zustimmung einer oder beider Brautleute geschlossen wird und / oder bei der eine oder beide nicht in der Lage sind, aufgrund von Zwang oder starkem sozialen oder familiären Druck die Ehe zu beenden oder zu verlassen. [25]

Wenngleich die Rate an Kinderehen weltweit sinkt, ist das Ziel der Eliminierung von Kinder- und Frühehen bis 2030 nicht in Reichweite. Die höchsten Raten an Kinderehen weisen Länder in Subsahara-Afrika und im südlichen Asien auf. 37% der jungen Frauen in West- und Zentralafrika werden vor ihrem 18. Geburtstag verheiratet, davon 12% sogar vor ihrem 15. Geburtstag. Im östlichen und südlichen Afrika kommt es bei 32% der Mädchen, im südlichen Asien bei 28%, in Lateinamerika und der Karibik bei 21% und in Osteuropa und Zentralasien bei 10% der jungen Frauen und Mädchen zu einer Kinder- oder Frühehe. [23]

Weigern sich Betroffene, die für sie arrangierte Ehe einzugehen, laufen diese Gefahr, unterschiedlichen Formen von Gewalt (Beschimpfung, Drohung, Erpressung, körperliche Gewalt, Ermordung) durch die eigenen Familienmitglieder ausgesetzt zu sein. [26] Als Gründe für die Praxis von Kinder-, Früh- und Zwangsehen werden vor allem Armut, soziale Normen, Rollenbilder, unzureichende Gesetze, religiös tradierte Meinungsbilder und mangelnde Bildung genannt. Gesellschaftsstrukturen, in denen patriarchalische Werte hochgehalten, Fügsamkeit, Gehorsam und Devotheit als wichtige Eigenschaften von Frauen gesehen werden und die „Familienehre“ als Rechtfertigung für

---

<sup>24</sup> care. wirkt. weltweit. Kinderehen und Kinderheirat. <https://www.care.de/schwerpunkte/geschlechtergerechtigkeit/kinderehe/#:~:text=Die%20UN%2DKinderrechtskonvention%20definiert%20die,M%C3%A4dchen%20oder%20sehr%20junge%20Frauen.> (Zugriff am 27. Jänner 2024)

<sup>25</sup> United Nations. General Assembly, Human Rights council: Preventing and eliminating child, early and forced marriage. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/26/22

[https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FHRCBodies%2FHRC%2FRegularSessions%2FSession26%2FDocuments%2FA-HRC-26-22\\_en.doc%23%3A~%3Atext%3DThe%2520United%2520Nations%2520Population%2520Fund%2Careas%2520and%2520in%2520extreme%2520poverty.&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FHRCBodies%2FHRC%2FRegularSessions%2FSession26%2FDocuments%2FA-HRC-26-22_en.doc%23%3A~%3Atext%3DThe%2520United%2520Nations%2520Population%2520Fund%2Careas%2520and%2520in%2520extreme%2520poverty.&wdOrigin=BROWSELINK) (Zugriff am 27. Jänner 2024)

<sup>26</sup> Amnesty International. Koordinationsgruppe Menschenrechtsverletzungen an Frauen. Zwangsheirat. <https://amnesty-frauen.de/unsere-gruppe/themen/zwangsheirat/> (Zugriff am 23. Dezember 2023)

unterschiedliche Formen der Gewalt gilt, fördern die Praxis von Kinder-, Früh- und Zwangsehen. [27]

Eine Sonderform der Eheschließungen nehmen die konsanguinen Ehen ein, welche vor allem in Pakistan, in der Türkei, in Nordafrika und im Libanon geschlossen werden. Die Heirat zwischen engen Blutsverwandten (meist Cousine und Cousin) als kulturelles Phänomen garantiert ähnlichen sozio-ökonomischen Status, die Vertrautheit mit den innerfamiliären Werten und Bedingungen, die Wahrung der Familienehre und so die Aufrechterhaltung patriarchalischer Strukturen. Das damit stark erhöhte Risiko ihrer Kinder für angeborene Fehlbildungen und Erkrankungen ist den Familien nicht oder nur unzureichend bewusst. [28, 29]

## 2.5 Gewalt im Namen der Familienehre

Gewalt im Namen der Ehre kommt vor allem in stark patriarchalisch geprägten Gesellschafts- und Familienstrukturen vor und wird mit dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Familienehre gerechtfertigt. Ehrverbrechen basieren auf einem

Gewalttaten im Namen der Ehre umfassen unterschiedliche Formen psychischer Gewalt und physischer Gewalt.

sozial legitimierten, traditionellen Ehrenkodex und werden vor allem von nahen männlichen Verwandten verübt. Zentrales Element des Kodex ist die Aufrechterhaltung der Familienehre, die als höchstes Gut von allen Familienmitgliedern eingehalten und verteidigt werden muss, da sie die Stellung und Reputation einer Familie in der Gesellschaft festlegt. [30]

„Sowohl Männer als auch Frauen stehen im Zusammenhang mit Ehrverbrechen unter enormem gesellschaftlichem Druck. Wird der Mann seiner Aufpasser- und Schutzfunktion nicht gerecht, oder führt er seine Pflicht zur Verteidigung oder Wiederherstellung der Familienehre nicht aus, gilt er als unmännlich und wird von der Gesellschaft als nutzlos ausgestoßen. Denn als „Besitzer“ der Frau ist der Mann auch für deren Verhalten verantwortlich. Der Mann und mit ihm seine gesamte Familie werden gesellschaftlich geächtet und ausgegrenzt. Frauen sind oftmals an

<sup>27</sup> Schweizer Flüchtlingshilfe. Türkei: Kinder-, Früh und Zwangsheirat. Themenpapier der SFH-Länderanalyse. Bern 2021. [https://www.fluechtlingshilfe.ch/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Herkunftslaenderberichte/Europa/Tuerkei/211028\\_TUR\\_Zwangsheiraten.pdf](https://www.fluechtlingshilfe.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Herkunftslaenderberichte/Europa/Tuerkei/211028_TUR_Zwangsheiraten.pdf) (Zugriff am 26. Jänner 2024)

<sup>28</sup> Merten M. Konsanguinität: Die Krankheit bleibt in der Familie. Deutsches Ärzteblatt PP 2/2019 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205278/Konsanguinitaet-Die-Krankheit-bleibt-in-der-Familie> (Zugriff am 26. Jänner 2024)

<sup>29</sup> Sebinger M, Schildberger B. Konsanguinität in der Geburtshilfe – ein Problemaufriss. FRAUENARZT 05/22

<sup>30</sup> Böhmecke M. TERRE DES FEMMES (Hrsg) Studie: Ehrenmord. [https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/070416\\_TDF\\_Studie\\_Ehrenmord.pdf](https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/070416_TDF_Studie_Ehrenmord.pdf) (Zugriff am 30. Dezember 2023)

der Tatvorbereitung beteiligt, da meistens der gesamte „Familienrat“ den Tod der Frau zur Wiederherstellung der Familienehre beschließt.“ [30]

Gewalttaten im Namen der Ehre umfassen unterschiedliche Formen psychischer Gewalt (Unterdrückung, Bedrohung, Erpressung) und physischer Gewalt (Misshandlung, Folter, Verstoßung, Mord). Säureattentate sind vor allem in Bangladesch und Pakistan verbreitet und werden von Männern, die sich aufgrund einer Zurückweisung in Ihrer Ehre gekränkt fühlen oder zur Wiederherstellung der Familienehre verübt. Opfer von Ehrverbrechen können Männer und Frauen sein, dennoch sind in der überwiegenden Mehrheit Frauen davon betroffen. Ehrverbrechen sind als Familienangelegenheit legitimiert, die Opfer sind in den meisten Fällen den Tätern schutzlos ausgeliefert. Einer UN-Studie folgend werden jährlich 5000 Mädchen und Frauen in mindestens 14 Länder Opfer eines Ehrenmordes. Die Dunkelziffer wird allerdings um ein Vielfaches höher geschätzt, weil diese Verbrechen, oftmals als Unfall oder Selbstmord getarnt, nicht geahndet werden. Auslöser für die Gewalttat ist ein als unehrenhaft deklariertes Verhalten von Frauen, z.B. durch aufreizende Kleidung, westlichen Lebensstil oder Gerüchte über ein vor- oder außereheliches Verhältnis. [31]

Ehrverbrechen sind auch in den westlichen Aufnahmeländern eine ernstzunehmende Thematik. Bei Migrant\*innen aus Herkunftsländern mit der Tradition von Ehrverbrechen kann es bei unzureichender Integration zu einer Rück-Orientierung auf traditionell-religiöse Werte und Vorstellungen kommen. Mangelnde Perspektiven im Aufnahmeland, der Einfluss politisch-religiöser Netzwerke und die gewollte Abschottung von der westlichen Aufnahmegesellschaft können den Stellenwert der Familienehre ins Zentrum des Wertekodex rücken und den Raum für Ehrverbrechen eröffnen. [32] Für Deutschland existieren keine validen aktuellen Daten über die Anzahl von Ehrenmorden. In einer im Jahr 2011 publizierten Studie von Oberwittler und Kasselt wurden für den Untersuchungszeitraum 1996-2005 78 Ehrendmorde im engeren Sinne identifiziert. [33]

### 3. Geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Migrations- oder Fluchterfahrung

---

<sup>31</sup> United Nations: Civil and Political Rights, Including Questions of: Disappearances and Summary Executions: Report of the Special Rapporteur, Ms. Asma Jahangir: Submitted Pursuant to Commission on Human Rights Resolution 1999/35 (E/CN.4/2000/3). New York, Commission on Human Rights, United Nations, 2000.

<sup>32</sup> Schirmmayer Ch. Internationale Gesellschaft für Menschenrechte. Ehrenmorde – ein verbreitetes Phänomen. Ehrenmorde unter Berücksichtigung rechtlicher, soziologischer, kultureller und religiöser Aspekte. <https://www.igfm.de/ehrenmorde-zwischen-migration-und-tradition/> (Zugriff am 26. Jänner 2024)

<sup>33</sup> Oberwittler D, Kasselt J. Ehrenmorde in Deutschland Ehrenmorde in Deutschland 1996-2005, Polizei + Forschung Bd. 42 Herausgegeben vom Bundeskriminalamt (BKA) Kriminalistisches Institut, Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Köln. 2011

### 3.1 Implikationen des Erlebten auf das perinatale und neonatale Outcome

In Anbetracht der komplexen Lebensbiografien und der sozio-kulturellen Problemkonstellationen von Frauen mit Fluchterfahrung ergibt sich ein erhöhter Bedarf an medizinischer und psychosozialer Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett. Aufgrund der körperlichen Belastungen und Herausforderungen und möglicher benachteiligender Lebensbedingungen sind Frauen mit Migrations- oder Fluchterfahrung während der Schwangerschaft, der Geburt, dem

Wochenbett und der Stillzeit als besonders schutzbedürftig und vulnerabel anzuerkennen. Die vor, während und nach der Flucht erfahrenen Risiken und Stressoren können sich nachhaltig negativ auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand der (werdenden) Mutter und des Neugeborenen auswirken. [14]

Die Auswirkungen von traumatisierenden Erfahrungen wie sexualisierte Gewalt auf die Schwangerschaft und Geburt sind gravierend und divers.

Die erlebten Traumata lösen bei den betroffenen Frauen zum Teil schwere psychische Probleme aus, die sich in Traurigkeit, der Neigung zum Weinen, Schlafschwierigkeiten, Depressionen, Angst- und Stressproblematiken zeigen können. Ungewollte Schwangerschaften als Folge sexuellen Missbrauchs führen oftmals zu induzierten Schwangerschaftsabbrüchen. [14] Eine in Deutschland durchgeführte Studie von Bozorgmehr et al. [34] konnte aufzeigen, dass asylsuchende Frauen niedrigere Raten an Kaiserschnitten und perinatalen Komplikationen, allerdings ein höheres Risiko für Fehl- und Totgeburten und eine höhere Rate an postnatalen Komplikationen aufweisen. Verschuuren et al. [35] haben in einer in den Niederlanden durchgeführte Studie ebenfalls ein höheres Risiko für Fehl- und Totgeburten bei asylsuchenden Frauen festmachen können. Ihren Ergebnissen zufolge weisen die Neugeborenen ein niedrigeres Geburtsgewicht und ein nicht der Schwangerschaft entsprechendes Wachstum (Small for Gestational Age SGA) auf.

Die Auswirkungen von traumatisierenden Erfahrungen wie sexualisierte Gewalt auf die Schwangerschaft und Geburt wurde in unterschiedlichen Studien analysiert. Die physischen Folgen zeigten sich mit höheren Raten an Blutungen vor der Geburt, erhöhten Raten an Geburtseinleitungen, einem erhöhten Risiko für eine Frühgeburt, höheren Raten an prolongierten Geburtszeiten, vaginal-operativen Entbindungen sowie primären und

<sup>34</sup> Bozorgmehr K, Biddle L, Preussler S. et al. Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: a cross-sectional study in a German federal state, 2010–2016. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 417 (2018). Doi:10.1186/s12884-018-2053-1

<sup>35</sup> Verschuuren AEH, Postma IR, Riksen ZM, Nott RL, Feijen-de Jong EI, Stekelenburg J. Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 25;20(1):320. Doi:10.1186/s12884-020-02985-x.

sekundären Sectiones, postpartalen Blutungen und niedrigerem Geburtsgewicht bei den Neugeborenen.[36,37] Zu den psychosozialen Folgen gehören Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), erhöhter mütterlicher Stress während der Wehen und großer Angst vor dem Geburtsgeschehen.[38]

Die durch die Beschneidung verursachten Komplikationen umfassen anhaltende Schmerzen, Wundheilungsstörungen, Bildung von Nekrosen, Abszessen oder Fisteln, Blutungen und daraus resultierende Anämien, Miktionsstörungen, Infektionen im Wundbereich, der harnableitenden und Geschlechtsorgane mit dem Risiko der Infertilität. [39] Unterschiedliche Studien konnten aufzeigen, dass Frauen mit Genitalbeschneidung bei der Geburt einem höheren Risiko von Dammverletzungen, Episiotomien, postpartalen Infektionen, Blutungen und Sectiones ausgesetzt sind. Prolongierte Geburtszeiten führen darüber hinaus zu einem schlechteren Outcome der Neugeborenen bis hin zu höheren Raten an Todgeburten. [39,40]

Eine umfassende gesundheitliche Betreuung und Versorgung ist schon in den Erstaufnahmezentren von Asylsuchenden einzuleiten.

### 3.2. Komponenten einer achtsamen Betreuung von Frauen mit Migration- und Fluchterfahrung

Eine umfassende gesundheitliche Betreuung und Versorgung ist schon in den Erstaufnahmezentren von Asylsuchenden einzuleiten. [13] Insofern sollen vor allem schwangere Frauen rechtzeitig geburtshilflich adäquat versorgt werden. Dazu werden folgende Komponenten als wesentlich erkannt:

<sup>36</sup>Nerum H, Halvorsen L, Øian P, et al. Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. *BJOG* 2010;117:288–294, DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02454.x

<sup>37</sup> Gisladdottir A, Luque-Fernandez MA, Harlow BL. Obstetric Outcomes of Mothers Previously Exposed to Sexual Violence. *PLoS ONE* 2016;11(3): e0150726. doi:10.1371/journal.pone.0150726,

<sup>38</sup> Leeners B, Görres G, Block E, et al. Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research* 83 (2016) 27–32. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006

<sup>39</sup> Byard RW, Behnia-Willison F. Female genital mutilation - An overview for forensic practitioners. *J Forensic Leg Med.* 2024 Jan;101:102624. doi: 10.1016/j.jflm.2023.102624. Epub 2023 Nov 22. PMID: 38011766.

<sup>40</sup> Bertuit J, Nzinga A-M, Le Jaouan M, et al. Systematic Review of Obstetric and Neonatal Complications Associated With Female Genital Mutilation. *Nursing for Women's Health* Volume 27, Issue 2, April 2023, Pages 152-161. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.02.002>

## Beratungskomponenten:

- Umfassende Beratung über die Strukturen der geburtshilflichen Versorgung im Aufnahmeland (Leistungen des Gesundheitssystems, Akteure, Ansprechpartner, ...)
- Umfassende Beratung über konkrete Behandlungsabläufe (was erwartet mich bei Untersuchungen im Rahmen des Mutterpasses, was erwartet mich bei der Entbindung, Möglichkeiten der Schmerztherapie bei der Geburt, Klärung der Rollenbilder, Klärung der Rahmenbedingungen wie Termintreue, Besuchszeiten, Essgewohnheiten, ...)
- Beratung über Untersuchungen im Rahmen der Pränataldiagnostik (Risikoabschätzung, Befundung, Konsequenzen, ...)

Es ist unerlässlich, dass die betreuenden Personen interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation erachten und entsprechend entwickeln.

## Betreuungskomponenten:

- Psychosoziale Betreuung der Familie (vor allem bei Anzeichen der Überforderung, Traumatisierung, sozialer Isolation, häuslicher Gewalt, ... gilt es frühzeitig deeskalierend einzugreifen)
- Psychologische Betreuung der Frauen im Hinblick auf eine mögliche Traumatisierung oder Missbrauchsvorgeschichte
- Schwangerenvorsorge mit allen notwendigen Untersuchungen (Laboruntersuchungen, Ultraschall, ...)
- Betreuung bei der Entbindung
- Wochenbettbetreuung (in der Klinik und nach der Entlassung im häuslichen Bereich)
- Betreuung und Unterstützung bei der Versorgung der Neugeborenen, Stillberatung

Zudem ist es unerlässlich, dass die betreuenden Personen interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation erachten und entsprechend entwickeln. Nach Erll und Gymnich [41] besteht interkulturelle Kompetenz aus drei Teilbereichen und meint damit kognitive, affektive und pragmatisch-kommunikative Kompetenzen. Diese Teilkompetenzen umfassen im Hinblick auf die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Flucht- und Migrationshintergrund unter anderem folgende Aspekte:

<sup>41</sup> Erll A, Gymnich M. Interkulturelle Kompetenzen – Erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen. Klett Lerntraining 2008 Stuttgart.

### Kognitive Teilkompetenz

- Einholen von Informationen über politische Strukturen anderer Länder, über sozio-kulturelle, religiöse und spirituelle Gegebenheiten in anderen Gesellschaften, über historische Entwicklungen und über unterschiedliche Gesundheitssysteme;
- Wissen über die Funktionsweisen und prägenden Einflussfaktoren von Kulturen;
- Die Fähigkeit zur Selbstreflexion, zur Reflexion der Selbst- und Fremdwahrnehmung;

### Affektive Teilkompetenz

- Haltung von Aufgeschlossenheit und Interesse gegenüber anderen Kulturen;
- Ein empathischer und achtsamer Umgang
- Fähigkeit zur Ambiguitätstoleranz (Fähigkeit, unterschiedliche Werte- und Normensysteme dulden zu können). Davon ausgenommen sind jegliche Werte und Normen, welche diskriminierende, verachtende, verletzende, gewalttätige oder sonstige die Würde und Integrität der Menschen verachtende Praktiken rechtfertigen.
- Die Motivation, die Begegnungen mit Menschen anderer Kulturen zufriedenstellend gestalten zu wollen.

### Pragmatisch-kommunikative Teilkompetenz

- Die Auseinandersetzung mit den verbalen und nonverbalen Aspekten von Sprache und Kommunikation;
- Die Fähigkeit, Situationen und Begegnungen umfassend erfassen, systemisch analysieren und adäquat darauf reagieren zu können;
- Einsatz geeigneter kommunikativer Muster und Mittel (auch der Einsatz von Dolmetscher und cultural interpreters)

## 4. Schlussbetrachtung

Angesichts der dargestellten Aspekte wird deutlich, dass sich Migration und Flucht bei Frauen wesentlich von der von Männern unterscheidet. Eine achtsame Versorgung von migrierten und geflüchteten Frauen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit hat stets zu berücksichtigen, dass die Frauen einem deutlich erhöhten Risiko geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt waren und sind. Den betreuenden Personen muss bewusst sein, dass durch jegliche kommunikativen oder körperbezogenen Interventionen und Untersuchungen im Rahmen der geburtshilflichen Vorsorge eine Retraumatisierung ausgelöst werden kann.

## Autorenkontakt

Dr. Barbara Schildberger

FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH / Med Campus VI.

Paula-Scherleitner-Weg 3

AU – 4021 Linz

E-Mail: [barbara.schildberger@fhgooe.ac.at](mailto:barbara.schildberger@fhgooe.ac.at)

## Zitationsvorschlag

Schildberger, Barbara: Die Betreuung und Versorgung von Frauen mit Migrations- und Fluchterfahrungen in der Geburtshilfe. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 6 / 2025.