

FORSCHUNGSPREIS INTEGRATION

Prämierte Arbeiten

Die Bedeutung von Fluchterfahrung im Kontext der Hebammenarbeit

Kathrin Langeder, BSc

HEFT 17

FORSCHUNGSPREIS INTEGRATION

Mit dem Forschungspreis Integration zeichnet der Österreichische Integrationsfonds (ÖIF) seit dem Jahr 2005 Bachelor-, Diplom- oder Masterarbeiten und Dissertationen im Bereich der Integration von Migrant/innen und Flüchtlingen aus. Prämiert werden Abschlussarbeiten, die neue Forschungsansätze eröffnen.

Hinweis: Bei der vorliegenden Publikation handelt es sich um eine von der Autorin gekürzte Version der gleichnamigen Abschlussarbeit.

Bitte zitieren Sie diese Publikation wie folgt:

Langeder, Kathrin (2023). Die Bedeutung von Fluchterfahrung im Kontext der Hebammenarbeit, In: Österreichischer Integrationsfonds: Forschungspreis Integration, Wien.

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber,

Redaktion und Hersteller:

Österreichischer Integrationsfonds –
Fonds zur Integration von Flüchtlingen und
MigrantInnen (ÖIF)

Schlachthausgasse 30, 1030 Wien

T: 050 46 81

info@integration.at

Verlags- und Herstellungsort:

Schlachthausgasse 30, 1030 Wien

Grafik: Österreichischer Integrationsfonds

Grundlegende Richtung:

Wissenschaftliche Publikation zu den Themen
Migration und Integration

Offenlegung gem. § 25 MedienG: Sämtliche
Informationen über den Medieninhaber und die
grundlegende Richtung dieses Mediums können
unter www.integrationsfonds.at/impressum
abgerufen werden.

Urheberrecht: Alle in diesem Medium veröffent-
lichten Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
Ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Ur-
hebers ist jede technisch mögliche oder erst in
Hinkunft möglich werdende Art der Vervielfälti-
gung, Bearbeitung, Verbreitung und Verwertung
untersagt, sei es entgeltlich oder unentgeltlich.

Haftungsausschluss:

Die Inhalte dieses
Mediums wurden mit größtmöglicher Sorg-
falt recherchiert und erstellt. Für die Richtig-
keit, Vollständigkeit und Aktualität der
Inhalte wird keine Haftung übernommen.

Weder der Österreichische Integrationsfonds
noch andere an der Erstellung dieses Mediums
Beteiligte haften für Schäden jedweder Art,
die durch die Nutzung, Anwendung und Weiter-
gabe der dargebotenen Inhalte entstehen.

Sofern dieses Medium Verweise auf andere
Medien Dritter enthält, auf die der Österrei-
chische Integrationsfonds keinen Einfluss ausübt,
ist eine Haftung für die Inhalte dieser Medien
ausgeschlossen. Für die Richtigkeit der Informa-
tionen in Medien Dritter ist der jeweilige Medien-
inhaber verantwortlich.

Die Publikation gibt die Meinungen und An-
sichten der Autorin wieder und steht nicht für
inhaltliche, insbesondere politische Positionen
der Herausgeber oder des Österreichischen
Integrationsfonds.

Erscheinungsjahr: 2024

Über die Integrationshefte

Die Reihe „Integrationshefte“ präsentiert die Arbeiten junger Wissen-
schaftlerinnen und Wissenschaftler, die mit dem Forschungspreis Integration
ausgezeichnet wurden.

Der ÖIF fördert mit diesem Preis die wissenschaftliche Auseinandersetzung
mit Migration und Integration. Wie ideen- und facettenreich sich die
Forschenden mit diesen Themenfeldern auseinandersetzen, ist in den
Integrationsheften nachzulesen.

Die Integrationshefte bieten den jungen Forscherinnen und Forschern eine
breitere Öffentlichkeit und zeigen die Vielfalt der bearbeiteten Themen,
Blickwinkel und Forschungsansätze.

Die in diesen Studien geäußerten Ansichten spiegeln die Meinungen der
Autorinnen und Autoren wider und entsprechen nicht zwangsläufig der
Position des ÖIF.

Inhalt

Executive Summary	6
1. Einleitung	7
1.1 Problemstellung.....	7
1.2 Forschungsfragen und Zielsetzung.....	8
2. Methodik der ersten Forschungsfrage	9
2.1 Limitationen der ersten Forschungsfrage.....	9
3. Methodik der zweiten Forschungsfrage	10
3.1 Kurzportrait der Interviewpartnerinnen	10
3.2 Limitationen der zweiten Forschungsfrage	11
4. Theoretischer Hintergrund	12
4.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Hebammenarbeit	12
4.2 Transkulturelle Kompetenz in der peripartalen Betreuung	12
5. Maternales Outcome	13
5.1 Maternales Alter und Parität.....	13
5.2 Präeklampsie	14
5.3 Geburtsmodus	14
5.4 Postpartale Hämorrhagie	15
5.5 Endometritis puerperales, postpartale Anämie	15
5.6 Psychische Erkrankungen und postpartale Depression.....	16
5.7 Maternale Mortalität	16
6. Kindliches Outcome	17
6.1 Frühgeburtlichkeit und Übertragung.....	17
6.2 Low Birth Weight	17
6.3 APGAR-Score	18
6.4 Kongenitale Fehlbildungen	18
6.5 Kindliche Sterblichkeit.....	18
6.6 Outcomes in Verbindung mit FGM/C.....	19

7. Ergebnisse der Empirie	20
7.1 Umgang mit Sprachbarriere	20
7.2 Umgang mit dem Partner und sozialen Netzwerk.....	21
7.3 Traumasensibles Arbeiten.....	22
7.4 Umgang mit FGM/C	23
7.5 Kultursensibles Arbeiten	24
7.6 Vernetzung und persönliche Psychohygiene	25
7.7 Aus- und Fortbildung	25
8. Conclusio	26
Literaturverzeichnis	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kurzportrait Expertinnen, eigene Darstellung	11
--	----

Executive Summary

Vor, während und nach der Flucht sind Menschen zahlreichen Stressoren ausgesetzt, die ein gesundheitliches Risiko darstellen. Dies wirkt sich folglich auch auf die peripartale Zeit und somit auch die Arbeit von geburtshilflichem Personal aus.

Ziel der hier verkürzt dargelegten Bachelorarbeit ist es, die kindlichen und mütterlichen Outcomes in Zusammenhang mit Fluchterfahrung zu beleuchten sowie Empfehlungen für die Optimierung der geburtshilflichen Betreuung von geflüchteten Frauen und deren Neugeborenen darzulegen. Im Zuge der ersten Forschungsfrage erfolgte eine systematische Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken sowie in der Universitätsbibliothek Krems. Anschließend fand ein Studienvergleich statt. Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden vier leitfadengestützte Expertiseinterviews mit auf die Arbeit mit Flüchtlingsfrauen spezialisierten Hebammen durchgeführt.

Ein Großteil der Studien weisen auf einen schlechteren geburtshilflichen Outcome in Zusammenhang mit Fluchterfahrung hin. Die Ursachen sind multifaktoriell und stehen unter anderem mit einer geringen Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Verbindung. Damit Hebammen gesundheitsfördernd und präventiv arbeiten und eine bestmög-

liche Betreuung gewährleisten können, sind ein kultur- und traumasensibler Umgang mit der Frau und ihrem Umfeld sowie Fort- und Weiterbildungen notwendig. Weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Auswirkung von Flucht im geburtshilflichen Kontext ist indiziert.

1. Einleitung

Fluchterfahrung als gesundheitlicher Risikofaktor – eine Thematik, die seit der Fluchtbewegung 2015/2016 sowie auch aktuell aufgrund des Ukrainekrieges, von großer Bedeutung ist. Mitte 2022 lag, so das Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen, die Zahl der gewaltsam Vertriebenen weltweit bei über 103 Millionen Menschen. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der geflüchteten Menschen mehr als verdoppelt – und die Tendenz ist stetig steigend. Zirka 48 % der geflüchteten Menschen weltweit sind weiblich. Zwar wird eine große Dunkelziffer bei den Geburtsdaten im Flüchtlingskontext angenommen, jedoch wird vermutet, dass im Zeitraum von 2018 bis 2021 mehr als 1,5 Millionen Flüchtlingskinder geboren wurden (UNHCR, 2022a & UNHCR, 2022b).

Die Hebammenarbeit stellt eine grundlegende Rolle in der geburtshilflichen Betreuung von Frauen aus allen gesellschaftlichen und kulturellen Umfeldern dar (Kasper, 2021, S. 22). Dies inkludiert folglich auch Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund.

Neben dem allgemein erhöhten Versorgungs- und Betreuungsbedarf von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, weisen Frauen mit Fluchterfahrung in dieser Zeit eine besondere Vulnerabilität auf (Khan-Zvorničanin, 2018). Die aufsuchende Rolle der Hebamme ermöglicht es, einen Einblick in das sozioökonomische Umfeld der

Frauen zu erlangen und rechtzeitig präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu setzen. Auch „Continuity of Care“, also Betreuungskontinuität durch Hebammen, ist von großer Relevanz, denn die in der Literatur beschriebenen „negativen Auswirkungen von Migration und Asyl auf die reproduktive Gesundheit könnten durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung abgemildert bzw. verhindert werden“ (Kast, 2017, S. 133).

1.1 Problemstellung

Für Flüchtlinge und Migrant*innen gilt gemäß WHO das Recht auf den höchstmöglichen Standard hinsichtlich psychischer und physischer Gesundheit sowie ein speziell auf deren Bedürfnisse sensibilisiertes Gesundheitssystem. Als unklar gilt jedoch, inwiefern dieser Anspruch aktuell bei geflüchteten Müttern und deren Neugeborenen umgesetzt wird (WHO, 2018).

Aufgrund der mit Flucht einhergehenden Risikofaktoren haben Flüchtlingsfrauen einen erhöhten Bedarf an professioneller, speziell auf ihre Bedürfnisse ausgelegter Beratung und Informationsübermittlung (Khan-Zvorničanin, 2018). Der Zugang zum Gesundheitssystem wird für Flüchtlingsfrauen jedoch im Allgemeinen als erschwert beschrieben (Guarnizo-Herreño & Wehby, 2020; Heslehurst et al., 2018). Im Durchschnitt wissen

Flüchtlingsfrauen unzureichend über die angebotenen Dienstleistungen, Informations- und Unterstützungsmöglichkeiten Bescheid. Besonders auch durch die Sprachbarriere kommt es häufig zu unrichtig übersetzten und falsch verstandenen Informationen. So wird oft fälschlich vermutet, dass die Inanspruchnahme perinataler Gesundheitsvorsorge hohe Kosten mit sich bringt, was unter anderem dazu führt, dass ein Großteil der Flüchtlingsfrauen auf Schwangerschaftsvorsorge verzichtet. Auch ein unsicherer Asylstatus, mangelnde Finanzen, fehlender familiärer Rückhalt sowie der Fakt, dass in einigen Flüchtlingsunterkünften fixe Tagesabläufe z.B. bezüglich Essenszeiten vorherrschen, verstärken die beschriebene Problematik.

Aspekte wie die Sprachbarriere oder die bei Flüchtlingsfrauen gehäuft auftretenden Gewalterfahrungen können besondere Herausforderungen mit sich bringen. Auch spielt die Art und Professionalität der Betreuung durch das Gesundheitspersonal eine maßgebliche Rolle für eine gelungene geburts- hilffiche Versorgung und somit auch ein besseres Outcome. Um gesundheitsfördernd arbeiten zu können ist es von Relevanz, dass Hebammen über die möglichen Auswirkungen einer Fluchterfahrung Bescheid wissen (Österreichisches Hebammengremium [ÖHG], 2015).

1.2 Forschungsfragen und Zielsetzung

Basierend auf der oben beschriebenen Problemstellung ergeben sich folgende Forschungsfragen.

1. Inwiefern wirkt sich das Vorherrschen einer Fluchterfahrung auf präpartale, peripartale sowie postpartale maternale und neonatale Outcomes aus?
2. Welche Empfehlungen geben Expert*innen hinsichtlich der Arbeit mit Flüchtlingsfrauen im geburtshilflichen Setting?

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand der genannten Forschungsfragen die aktuelle Studienlage hinsichtlich Auswirkungen von Flucht auf den mütterlichen und kindlichen Gesundheitszustand darzulegen, zu vergleichen und mittels Empfehlungen von Expert*innen Möglichkeiten aufzuzeigen, auf Basis deren die Betreuung von Frauen und Neugeborenen mit Fluchterfahrung optimiert werden kann.

Ganz bewusst bezieht sich der Begriff „Personen mit Fluchterfahrung“ in dieser Bachelorarbeit nicht auf eine bestimmte Ursache für die Fluchtmigration, sondern inkludiert alle Menschen, die aufgrund einer Notlage gezwungen waren, ihr Heimatland zu verlassen und in einem anderen Land Schutz zu suchen.

2. Methodik der ersten Forschungsfrage

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage erfolgte mittels systematischer Literaturrecherche und Literaturvergleich. Von September bis November 2022 wurde sowohl in der Universitätsbibliothek Krems, als auch in den elektronischen Datenbanken „PubMed“, „ScienceDirect“ und „Springer Link“ mithilfe von Schlüsselbegriffen sowie den Boole'schen Operatoren „AND“ und „OR“ (Brink, 2007, S. 83) nach facheinschlägiger Literatur und Studien recherchiert. Auch „Google Scholar“ sowie die Fachzeitschriften „Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie“ und „Hebamme“ wurden für die Literatursuche herangezogen. Um eine zeitliche Aktualität der verwendeten Studien zu garantieren, wurde der Publikationszeitraum auf 2015 bis 2022 fixiert.

2.1 Limitationen der ersten Forschungsfrage

Bei der Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde die Autorin mit einigen Faktoren konfrontiert, die limitierend auf die Ergebnisse wirken können.

Flüchtlinge sind eine sehr heterogene Gruppe von Menschen und die persönliche Lebenswelt wirkt sich auf die Outcomes aus. Aufgrund des retrospektiven Studiendesigns, welches beim Großteil der publizierten Studien vorherrschend ist, fand in dieser Bachelorarbeit keine Differenzierung des Flüchtlingsbegriffs hinsichtlich Aspekte wie Herkunftsland, Fluchtursache oder individueller Geschichte der Frauen statt.

Es wurden ausschließlich Publikationen in deutscher sowie englischer Sprache miteinbezogen, welche nach dem Jahr 2014 veröffentlicht wurden, da in dieser Zeit die Zahl der Flüchtlingszuwanderung in Europa erheblich zunahm. Dennoch wurde eine 2006 veröffentlichte WHO-Studie zum Thema FGM aufgrund ihrer Relevanz und der großen Teilnehmerinnenzahl ebenfalls inkludiert.

Des Weiteren behandeln die im Zuge dieser Bachelorarbeit von der Autorin ausgewählten Outcomes die Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Der Kinderwunsch sowie sämtliche anamnestiche Aspekte wurden nicht berücksichtigt, da dies das Ausmaß der Bachelorarbeit übersteigen würde.

3. Methodik der zweiten Forschungsfrage

Expertiseinterviews ermöglichen die in der Literatur vorliegenden Erkenntnisse mit Empfehlungen von auf die Arbeit mit Flüchtlingsfrauen spezialisierten Hebammen zu vergleichen sowie die Besonderheiten und Herausforderungen der Betreuung geflüchteter Frauen aufzuzeigen (Pehlke-Milde, 2012, S. 207). Aus diesem Grund wurde die empirische Methodik der Expertiseinterviews zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage herangezogen.

Als Ziel der Methodik gilt die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage mittels Empfehlungen von Hebammen, welche auf die Arbeit mit geflüchteten Frauen spezialisiert sind. Hierfür

erfolgte eine qualitative Herangehensweise mittels Expertiseinterviews um „das komplexe Wissen berufserfahrener Hebammen als Repräsentantinnen der Berufsgruppe zu erschließen“ (Pehlke-Milde, 2012, S. 207)

- Voraussetzung für die Auswahl der Interviewpartner*innen waren:
- Eine intensive praktische Erfahrung von mindestens fünf Jahren im Bereich der Hebammenarbeit mit geflüchteten Frauen.
 - Die letzte Zusammenarbeit mit Flüchtlingsfrauen liegt weniger als zwei Jahre zurück.

3.1 Kurzportrait der Interviewpartnerinnen

Insgesamt sechs für die Interviews geeignet erscheinende Hebammen wurden per E-Mail kontaktiert. Die Autorin beschränkte die Interviewpartner*innen auf die ersten vier Zusagen. Im Folgenden werden die Expertinnen kurz vorgestellt.

Tabelle 1: Kurzportrait Expertinnen, eigene Darstellung

Name	Position im Kontext der Arbeit mit Flüchtlingsfrauen
Johanna Sengschmid	– Freiberufliche Wahlhebamme i.R. in Vor- und Nachsorge – Ab 2015 ehrenamtliche Hebammenarbeit in Wiener Flüchtlingsheimen – Stellvertretende Obfrau von RMSA – Veranstaltung Workshops und Fortbildungen z.B. zum Thema FGM/C – Überarbeitung des Leitfadens für die Arbeit mit Flüchtlingsfrauen für das ÖHG
Sarah Bestle	– Freiberufliche Hebamme in Vor- und Nachsorge – Betreuung von Flüchtlingsfrauen & -paaren – Gründerin und Obfrau von RMSA – Vorträge und Leitung von Workshops z.B. zum Thema FGM/C
Claudia Schachner	– Freiberufliche Kassenhebamme in Vor- und Nachsorge – Vermehrte Betreuung von Flüchtlingsfrauen seit 2015, Engagement in Flüchtlingsunterkünften
Josefa Fasching	– Freiberufliche Hebamme – Zahlreiche Auslandseinsätze über „Ärzte ohne Grenzen“, unter anderem auf dem Rettungsschiff „Ocean Viking“ – Menschenrechtspreis 2022

3.2 Limitationen der zweiten Forschungsfrage

Durch die qualitative Methodik der Expertiseinterviews ergeben sich diverse Limitationen. So ist die Repräsentativität aufgrund der niedrigen Anzahl an Interviewpartnerinnen nur bedingt gegeben (Vogt & Werner, 2014, S. 35).

Darüber hinaus entschied sich die Autorin für die ausschließliche Interviewdurchführung mit Hebammen, wodurch keine Einblicke von anderen

Berufsgruppen, welche ebenfalls Erfahrung in der geburtshilflichen Arbeit mit geflüchteten Frauen haben, in die Bachelorarbeit integriert wurden.

Der Fakt, dass die Expertinnen ausschließlich im außerklinischen Bereich mit Flüchtlingsfrauen arbeiten, führt dazu, dass die Empfehlungen nicht explizit auf die innerklinische geburtshilfliche Arbeit übertragbar sind.

4. Theoretischer Hintergrund

Das folgende Kapitel dient der Darlegung theoretischer Grundlagen der Thematik im geburtshilflichen Kontext.

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Hebammenarbeit

Gesundheitsförderung meint die Erueirung sowie Förderung von Ressourcen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenswelt eines Menschen. Es ist ein positiv arbeitendes Konzept mit dem Ziel, aufbauend auf die persönlichen Kompetenzen sowie die physische und soziale Umwelt, ein gesundheitsförderndes Verhalten zu erreichen (Schäfers, 2012, S. 1).

Prävention dient, wie die Gesundheitsförderung, der Erhaltung der Gesundheit eines Individuums. Anders als die Gesundheitsförderung, welche durch Anknüpfung an bereits bestehenden Ressourcen des Einzelnen die Erhaltung der Gesundheit erzielt, befasst sich das Präventionskonzept mit bereits bestehenden Risiken und deren Minimierung. Präventionsmaßnahmen werden in drei Einstufungen unterteilt (Schäfers, 2012, S. 2).

Die Phase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett fällt unter das Primärversorgungsprinzip und Hebammen spielen eine Schlüsselrolle in der gesundheitsfördernden und präventiven Betreuung (Schäfers, 2012, S. 5).

4.2 Transkulturelle Kompetenz in der peripartalen Betreuung

Der klassische Kulturbegriff, welcher der Beschreibung von Gruppen, welchen bestimmte Merkmale zugeschrieben werden dient und eine Abgrenzung von „Anderem“ und „Fremden“ bewirkt, gilt spätestens seit der Globalisierung als überholt. Transkulturelle Konzepte befassen sich nicht mit der Kultur im klassischen Sinne, sondern setzen die Interaktion der in die Betreuung inkludierten Personen in das Zentrum der Betrachtung. Dadurch werden individuelle und kulturelle Aspekte berücksichtigt sowie eigene soziokulturelle Wert- und Normvorstellungen reflek-

tiert, ohne dass eine Stereotypisierung stattfindet (Kasper, 2021, S. 36-38).

Der Begriff der „transkulturellen Kompetenz“ meint also „die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und daraus entsprechende, angepasste Handlungsweisen abzuleiten“ (Domenig, 2007, S. 174). Es ist notwendig, Perspektivenwechsel zuzulassen, Bedeutungssysteme darzulegen und zu interpretieren sowie Erfahrungen zu reflektieren und zu verstehen (Kasper,

2021, S. 39). Im Vordergrund steht die würdevolle Achtung der Identität des Individuums (Schildberger, 2011, S. 166).

In geburtshilflichem Kontext ist eine transkulturell kompetente Arbeitsweise von großer Relevanz. Diese erfordert einerseits, kulturspezifische Vorurteile zu vermeiden, andererseits sensibel auf die individuellen Lebensumstände von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund einzugehen (Schildberger, 2011, S. 191). Hierfür bedarf es das Herstellen kulturangepasster Versorgungsstrukturen. Als Beispiel kann die

Adaption des Speiseplans an diverse kulturbedingte Essensgewohnheiten genannt werden. Auch die Reflexion sowie migrationssensible Veränderung eigener Normen und Werte hinsichtlich des Verhaltens in Beratungs- und Betreuungssituationen ist erforderlich. Ein besonderes Augenmerk liegt auch auf der Ermöglichung einer lückenlosen Kommunikation. Die Fähigkeit der Frau, ihre Bedürfnisse und Wünsche uneingeschränkt äußern zu können, gilt mitunter als Voraussetzung für eine gelungene peripartale Betreuung (Schildberger, 2012, S. 5).

5. Maternales Outcome

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, kann sich Fluchterfahrung im Gesundheitszustand widerspiegeln. Die in der Literatur beschriebenen maternalen Outcomes im Kontext der Flucht werden im folgenden Kapitel behandelt.

5.1 Maternales Alter und Parität

Hinsichtlich der mütterlichen Anamnese lässt sich sagen, dass geflüchtete Frauen zum Zeitpunkt der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich jünger sind als solche ohne Fluchthintergrund und die Rate an Teenagerschwangerschaften aufseiten der Flüchtlinge signifikant erhöht ist ($p < 0,001$) (Ammoura

et al., 2021; Özel et al., 2018; Verschuuren et al., 2020).

In Bezug auf die Anzahl der Geburten wird in die Literatur einheitlich eine erhöhte Parität auf Seiten der Flüchtlingsfrauen präsentiert (Ammoura et al., 2021; Liu et al., 2017; Özel et al., 2018; Verschuuren et al., 2020; Wenigaratne et al., 2018).

Als mögliche Ursachen für das jüngere maternale Alter sowie die erhöhte Parität können kulturelle Gegebenheiten sowie die geringere Verwendung von Verhütungsmitteln unter den Geflüchteten vermutet werden (Ammoura et al., 2021; Verschuuren et al., 2020).

5.2 Präeklampsie

Präeklampsie wird als eine Schwangerschaftshypertonie mit signifikanter Proteinurie, auftretend nach der 20. Schwangerschaftswoche, definiert (Lasch & Fillenber, 2017, S. 205). Hierbei berichtet die Literatur, bis auf eine Publikation, welche keine signifikanten Ergebnisse liefert (Özel et al., 2018), durchwegs von einer geringeren Rate bei den geflüchteten Frauen (Harakow et al., 2020; Liu et al., 2019; Mogos et al., 2017). Von Harakow et al. (2020) wird dies durch das im Durchschnitt jüngere maternale Alter sowie den niedrigeren BMI aufseiten der Flüchtlingsfrauen begründet, wobei zweites durch die in anderen Publikationen bei Flüchtlingen als erhöht beschriebene Übergewichtsrage widersprüchlich erscheint (Liu et al., 2017).

Eine weitere mögliche Erklärung für eine geringere Rate an Präeklampsien seitens der Flüchtlingsfrauen ist laut der systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Mogos et al. (2017) der „Healthy-migrant-Effekt“. Dieser meint das Phänomen, dass Personen nach erfolgreicher Abwanderung einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen als Einheimische des Zufluchtslandes. Diese Theorie lässt sich jedoch durch den Großteil der Ergebnisse hinsichtlich gesundheitlichen Outcomes bei den Flüchtlingsfrauen nicht bestätigen.

Limitierend auf die genannten Ergebnisse wirkt laut Harakow et al. (2020), dass aufgrund des unzureichenden Angebots

und geringer Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge eine hohe Dunkelziffer von Präeklampsien seitens Flüchtlingsfrauen vermutet wird. Des Weiteren wird der Diagnoseprozess durch Faktoren wie Sprachbarriere erschwert.

5.3 Geburtsmodus

Die Studienlage beschreibt die Vaginalgeburt als häufigsten Geburtsmodus bei geflüchteten Frauen (Ammoura et al., 2021; Liu et al., 2019; Özel et al., 2018). Dennoch gilt die Rate an operativen Entbindungen laut manchen Studien als erhöht. Wanigaratne et al. (2018) legten eine um 4 % höhere Sectiorate bei den Flüchtlingsfrauen dar. Auch Liu et al. (2019) kamen auf ein erhöhtes Risiko für operative sowie vaginal-operative Geburtsbeendigung im Zusammenhang mit Migrationserfahrung.

Als Gründe für die erhöhte Sectiorate werden eine hohe Parität, medizinische Komplikationen, niedriger sozioökonomischer Status, mangelnde Schwangerschaftsvorsorge sowie soziokulturelle Faktoren vermutet (Wanigaratne et al., 2018). Als weitere mögliche Begründung gilt, laut einer Leitlinie für den Umgang mit FGM/C des Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2018), das bei Flüchtlingsfrauen vermehrte FGM/C-Vorkommen, welches mit einem erhöhten Kaiserschnittisiko in Verbindung gebracht wird.

Özel et al. (2018) legten eine signifikant ($p < 0,001$) erhöhte Rate an notfallmä-

ßigen Geburtsbeendigungen sowie Notwendigkeit der Einsetzung von Oxytocin im Geburtsverlauf bei den Geflüchteten dar. Die Rate an primären Sectiones war in der Studie jedoch auf Seiten der Flüchtlingsfrauen signifikant niedriger als bei den einheimischen Frauen ($p = 0,034$).

Als häufigste Sectioindikation gilt, sowohl aufseiten der Geflüchteten als auch bei Frauen ohne Fluchthintergrund, der „Status post Sectio“, wobei dies bei Flüchtlingsfrauen um 50% häufiger auftritt (Ammoura et al., 2021). Die Ursache hierfür wird in der Literatur nicht beschrieben.

Die Studie von Verschuuren et al. (2020) lieferte zwar keine aussagekräftigen Ergebnisse hinsichtlich Geburtsmodi, jedoch kam es bei den asylsuchenden Frauen häufiger zu einem spontanen Wehenbeginn. Des Weiteren fanden seltener Geburtseinleitungen statt und die Rate an primären Sectiones war geringer. Hinsichtlich Schmerzmedikation nahmen Migrantinnen öfter Opioidanalgetika in Anspruch als einheimische Frauen. Als Ursache hierfür wird vermutet, dass es dem geburtshilflichen Personal aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren oft schwerer fällt, geflüchtete Frauen zu betreuen und zu motivieren, wodurch diese häufiger eine Schmerztherapie benötigen.

5.4 Postpartale Hämorrhagie

Unter „postpartale Hämorrhagie“ wird eine verstärkte mütterliche Blutung mit einem Blutverlust von $> 500\text{ml}$ innerhalb der ersten 24 Stunden postpartum verstanden (Schneider et al. 2011, S. 988).

Sowohl Wanigaratne et al. (2018) als auch Liu et al. (2019) konnten bei den Geflüchteten, verglichen mit den einheimischen Frauen, eine niedrigere Prävalenz für PPH nachweisen. Als mögliche Gründe für eine niedrigere PPH-Rate werden die im Durchschnitt kleinere Plazentagröße sowie das niedrigere Geburtsgewicht der Neugeborenen von geflüchteten Müttern angenommen (Liu et al., 2019).

5.5 Endometritis puerperales, postpartale Anämie

Die Kohortenstudie von Ammoura et al. (2021) legt eine erhöhte Rate von Endometritis puerperalis, also der Entzündung der Uterusschleimhaut im Wochenbett (Lasch & Fillenber, 2017), dar. Auch die Rate der postpartalen Anämie gilt unter den Flüchtlingsfrauen als deutlich erhöht. Des Weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen in der Schwangerschaft auftretender bakterieller Vaginose und Endometritis nachgewiesen werden (Ammoura et al., 2021). Als mögliche Begründung für die genannten Ergebnisse werden in der Literatur schlechte sozioökonomische Umstände sowie mangelnde Hygiene in Flüchtlingsunterkünften angegeben (Ammoura et al., 2021).

5.6 Psychische Erkrankungen und postpartale Depression

Die Studienlage legt einheitlich eine erhöhte psychische Belastung sowie ein gesteigertes Risiko für das Auftreten einer postpartalen Depression auf Seiten der geflüchteten Frauen dar (Ammoura et al., 2021; Burckhardt & Kahn, 2022; Heslehurst et al., 2018).

Im Alltag geflüchteter Frauen sind Themen wie Sprachbarriere, Stress und Furcht vor Vorurteilen seitens der Gesellschaft vorherrschend. Fehlende Informationen über das Krankheitsbild sowie mangelnde oder fälschliche Informationen über medizinische Unterstützungsmöglichkeiten beeinflussen die Entwicklung sowie das Erleben einer Wochenbettdepression (Burckhardt & Khan, 2022).

Psychische Probleme sowie postpartale Depression werden oft kulturbedingt mit „schwach sein“ in Verbindung gebracht. Das Wegfallen des gewohnten Lebensumfelds und die damit verbundene Einsamkeit sowie kulturelle Differenzen und finanzielle Probleme können dazu führen, dass die Frauen sich mit ihren Sorgen und Problemen zurückziehen, anstatt nach Unterstützung zu suchen (Burckhardt & Khan, 2022).

Heslehurst et al. (2018) beschreiben im Zuge ihrer systematischen Übersichtsarbeit einige Risikofaktoren für die Entwicklung perinataler maternaler psychischer Erkrankungen bei Frauen mit Migrationshintergrund. Das größte

Risiko geht von Stress, zum Beispiel aufgrund erlebter Gewalt und Fluchterfahrung, sowie mangelnder sozialer und familiärer Unterstützung aus. Als weiterer, häufig vorkommender Risikofaktor gelten Schwierigkeiten in der Anpassung an das Aufnahmeland, besonders in Hinblick auf die Sprachbarriere. Positiv entgegenwirken kann hierbei das Einbeziehen der Frau aus dem Heimatland bekannter Traditionen hinsichtlich des Wochenbettablaufs. Mängel in der Schwangerschaftsvorsorge, die operative und vaginal-operative Geburtsbeendigung ohne entsprechende Unterstützung und Aufklärung sowie auch Probleme im Stillmanagement erhöhen ebenfalls die Gefahr der Entstehung perinataler psychischer Probleme. Auch ein allgemein schlechter Gesundheitszustand oder psychische Erkrankungen in der Anamnese sowie ein niedriger sozioökonomischer Status und geringer Ausbildungsstand führen zu einem gesteigerten Risiko. Des Weiteren gilt die Rate an postpartaler Depression bei Erstgebärenden sowie Frauen unter 25 Jahren und über 30 Jahren als erhöht.

5.7 Maternale Mortalität

Die maternale Mortalitätsrate gilt laut WHO (2018) und Heslehurst et al. (2018) unter Geflüchteten als erhöht. Als häufigste Todesursache werden tiefe Venenthrombosen, Lungenembolie sowie hypertensive Schwangerschaftserkrankungen wie Präeklampsie und Eklampsie angegeben.

6. Kindliches Outcome

In diesem Kapitel wird auf die in der Literatur beschriebenen kindlichen Outcomes im Zusammenhang mit mütterlicher Fluchterfahrung eingegangen.

6.1 Frühgeburtlichkeit und Übertragung

Hinsichtlich Frühgeburtlichkeit, also der Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (Lasch & Fillenberg, 2017), kommt es zu einer Diskrepanz in den Ergebnissen.

Während Heslehurst et al. (2018), Ammoura et al. (2021), Özel et al. (2018) sowie Guarnizo-Herreño & Wehby (2021) von einer signifikant erhöhten Frühgeburtsrate im Kontext von Fluchterfahrung berichten, kamen Liu et al. (2019) in ihrer Kohortenstudie auf eine geringere Frühgeborenenrate unter den Neugeborenen von Flüchtlingsfrauen.

Kommt ein Kind nach der Schwangerschaftswoche 42+0 zur Welt, so spricht man von Übertragung (Lasch & Fillenberg, 2017). Eine der durch die Literaturrecherche ausgewählten Publikationen untersuchte das Auftreten von Übertragung in Zusammenhang mit mütterlicher Fluchterfahrung. So war die Übertragungsrate in der Kohortenstudie der Charité Berlin auf Seiten der Geflüchteten, besonders bezogen auf das erste Jahr der Migration, erhöht (Ammoura et al., 2021).

Als verstärkende Faktoren, sowohl für Frühgeburtlichkeit als auch für Übertragung, werden die Flucht aus einem Kriegsgebiet, Stress, Mangelernährung und unzureichender Zugang zum Gesundheitssystem angenommen (Ammoura et al., 2021).

6.2 Low Birth Weight

Nach der Definition von Schneider et al. (2011) betragen die Maße eines termingeborenen, reifen Neugeborenen zwischen 48 bis 54 cm Körperlänge sowie 2800 bis 4000 g Körpergewicht. Laut Lasch & Fillenberg (2017) liegt der obere Grenzwert des physiologischen Geburtsgewichts bei 4100 g.

Die Bezeichnung „Low Birth Weight“ (LBW) meint ein niedriges kindliches Geburtsgewicht unter 2500 Gramm (WHO, 2023b).

Ein Großteil der Studien beschreiben ein erhöhtes Risiko für LBW in Zusammenhang mit Fluchthintergrund (Ammoura et al., 2021; Guarnizo-Herreño & Wehby, 2021; Liu et al., 2019; Özel et al., 2018; Verschuuren et al., 2020). LBW gilt als möglicher Indikator für Problematiken wie einen schlechten maternalen Gesundheitszustand, mangelnder Gesundheitsversorgung und Mangelernährung in der Schwangerschaft. Laut WHO haben Neugeborene mit LBW ein 20-fach erhöhtes Sterblichkeitsrisiko (WHO, 2023b).

6.3 APGAR-Score

Der APGAR-Score ist ein Schema zur Erfassung und Dokumentation des kindlichen Gesundheitszustandes. Die Beurteilung erfolgt eine, fünf und zehn Minuten nach der Geburt und umfasst Puls, Atmung, Hautfarbe, Reflexe sowie den Muskeltonus des Kindes. Je nach kindlichem Zustand werden null bis zwei Punkte vergeben. Der APGAR-Wert eines vitalen, lebensfrischen Neugeborenen liegt bei ≥ 8 in der ersten und ≥ 9 nach der fünften und zehnten Lebensminute (Schneider et al., 2011, S. 1067).

Özel et al. (2018) erforschten eine signifikant höhere Rate an APGAR < 7 nach Minute eins und fünf auf Seiten der Geflüchteten ($p < 0,001$). Auch Liu et al. (2019, S. 1050) und Verschuuren et al. (2020) legten ein erhöhtes Risiko für einen niedrigen fünf Minuten APGAR-Wert bei den Neugeborenen der Migrantinnen dar.

Guarnizo-Herreño & Wehby (2021) stellten hinsichtlich des APGAR-Scores keine Unterschiede zwischen den Neugeborenen der Flüchtlingsfrauen und denen der Einheimischen fest. Auch Ammoura et al. (2021) lieferten diesbezüglich keine signifikante Aussage, konnten jedoch, wie Verschuuren et al. (2020) und Wani-garatne et al. (2018), einen erhöhten Bedarf an Transfer zu einer pädiatrischen Station auf Seiten der Neugeborenen von Flüchtlingsfrauen nachweisen.

6.4 Kongenitale Fehlbildungen

Kongenitale Fehlbildungen bezeichnen angeborene Anomalien, die aufgrund von Anlagefehlern in der Embryogenese zu organischen und/oder körperlichen Formabweichungen führen. Laut WHO stammen neun von zehn Kindern, die mit kongenitalen Malformationen geboren werden, aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, wodurch sich ein Zusammenhang mit schlechtem sozioökonomischem Status, wie es bei Geflüchteten vermehrt der Fall ist, erahnen lässt (WHO, 2023a).

Ammoura et al. (2021) kamen zu aussagekräftigen Ergebnissen hinsichtlich der Rate an kongenitalen Malformationen mit einer signifikant ($p < 0,001$) erhöhten Fehlbildungsrate bei den Nachkommen geflüchteter Frauen.

Gegenteilige Resultate eruierten Wani-garatne et al. (2018) im Zuge ihrer retrospektiven Studie. Hier war der Anteil an kongenitalen Anomalien bei den Neugeborenen der Flüchtlingsfrauen niedriger als bei den einheimischen Müttern.

6.5 Kindliche Sterblichkeit

Der Begriff „Totgeburt“ bezeichnet die Geburt ohne Lebenszeichen mit einem Geburtsgewicht von über 500 Gramm (§ 8 Abs. 1 Z. 3 HebG¹).

Die Kohortenstudie der Charité Berlin erfasste eine dreifach erhöhte Rate an Totgeburten bei den Flüchtlingen. Limitierend könnte hierbei jedoch wirken, dass die Kontrollgruppe nicht nur einheimische Frauen, sondern auch Migrantinnen ohne explizite Fluchterfahrung inkludierte, welche laut Studienlage ebenfalls mit gesteigertem Totgeburtsrisiko in Verbindung gebracht werden können. Dennoch galt die Wahrscheinlichkeit für eine Totgeburt im Vergleich zu allen anderen Gruppen der Gesellschaft auf Seiten der Flüchtlinge als erhöht (Ammoura et al., 2021).

Hinsichtlich der kindlichen Sterblichkeit kam eine Meta-Analyse der systematischen Übersichtsarbeit von Heslehurst et al. (2018) zu dem Ergebnis einer erhöhten perinatalen und neonatalen Sterblichkeit sowie Säuglingssterblichkeit bei Frauen mit Migrationshintergrund. Besonders hoch galt das Risiko für Migrantinnen aus Nicht-EU-Ländern.

In der retrospektiven Studie von Verschuuren et al. (2020) wurden elf perinatale Todesfälle auf Seiten der Geflüchteten aufgezeigt. Bei zehn der Fälle handelte es sich um IUFT, ein Kind starb in den ersten 24 Stunden pp. Laut der Studie stehen Parität, Gestationsalter zum Zeitpunkt der Geburt und Geburtsgewicht in signifikanten Zusammenhang mit kindlicher Mortalität. Unter Einbeziehung dieser Faktoren kam man zu dem Ergebnis, dass die perinatale kindliche Mortalitätsrate bei den asylsuchenden Frauen um ein

7,2-faches höher war als bei den einheimischen Frauen.

6.6 Outcomes in Verbindung mit FGM/C

Der Begriff FGM/C (female genital mutilation/cutting) meint die teilweise oder gänzliche Entfernung sowie Verletzung der äußeren weiblichen Geschlechtsteile ohne medizinische Indikation. Weltweit sind mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen betroffen (WHO, 2023c). Basierend auf der Tatsache, dass sich Beschneidung auf das geburtshilfliche Outcome auswirken kann, jedoch nicht alle Frauen mit Fluchterfahrung von FGM betroffen sind, wird die Thematik in diesem Kapitel gesondert betrachtet.

Die Gründe der Durchführung variieren je nach Region und sind meist Teil der Geschichte und Tradition einer Kultur (WHO, 2023c). Die Prävalenz von FGM ist je nach Herkunftsland äußerst variierend.

In zahlreichen Kulturen wird die weibliche Beschneidung als soziale Norm und Notwendigkeit für die Kontrolle der weiblichen Sexualität und Vorbereitung auf die Ehe angesehen (WHO, 2023c). Laut WHO gilt FGM/C als Verletzung der Menschenrechte und bietet keinerlei gesundheitliche Vorteile. Die Durchführung der Beschneidung wird als äußerst schmerzhaft und traumatisierend beschrieben und meist unter unsterilen Bedingungen und ohne medizinisch-

1 Bundesgesetz über den Hebammenberuf, Hebammengesetz

anatomisches Wissen praktiziert. Oft sind lebenslange Beschwerden, Sexualitätsstörungen sowie psychische Probleme die Folge. Auch das Risiko für geburtshilfliche Problematiken ist bei von FGM/C betroffenen Frauen erhöht (WHO, 2016).

Die in dieser Arbeit inkludierten Studien ergaben einen Zusammenhang zwischen FGM/C und einer erhöhten Sectio-, Episiotomie- und PPH-Rate sowie einen aufgrund Komplikationen

indizierten längeren Krankenhausaufenthalt nach der Geburt. Des Weiteren besteht ein erhöhtes Risiko für perinatale Sterblichkeit bei den Kindern von beschnittenen Müttern (Suleiman et al., 2021; WHO, 2006). Während Suleiman et al. (2021) einen durchschnittlich niedrigeren APGAR-Score in Zusammenhang mit FGM/C erforschten, konnte die WHO (2006) diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den Lebendgeburten von nicht-beschnittenen Frauen darlegen.

7. Ergebnisse der Empirie

In Hinblick auf die beschriebenen Mängel in der geburtshilflichen Betreuung von Flüchtlingsfrauen beschäftigt sich der empirische Teil dieser Bachelorarbeit mit Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeit mit geflüchteten Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.

Auf Basis vier Expertiseinterviews, welche mit auf die freiberufliche Arbeit mit Flüchtlingsfrauen spezialisierten Hebammen durchgeführt wurden, werden im Folgenden Empfehlungen für die geburtshilfliche Arbeit mit geflüchteten Frauen dargelegt.

7.1 Umgang mit Sprachbarriere

Ammoura et al. (2021) empfehlen, Flüchtlingsfrauen in angepasster, verständlicher Sprache aufzuklären. Die Übersetzung durch eine*n professionelle*n Dolmetscher*in ist laut den vier Expertinnen zu bevorzugen und besonders für Anamnese- und medizinische Aufklärungsgespräche äußerst relevant. Ist ein*e ausgebildete*r Übersetzer*in nicht erreichbar, so empfehlen die Expertinnen Online-Translate-Programme, mehrsprachige Übersetzerkarten mit verständlich illustrierten Darstellungen sowie die Kommunikation mit „Händen und Füßen“. Auch Familienangehörige können bei adäquaten Deutsch- oder Englischkenntnissen als Übersetzer*innen fungieren.

Des Weiteren empfiehlt Claudia Schachner (2023), die geflüchteten Frauen zu ermutigen, Sprachkurse zu besuchen, um deren Deutschkompetenz zu erweitern.

Selbstbestimmung und angemessene, respektvolle Aufklärung ist genauso wie bei Frauen ohne Sprachbarriere unumgänglich, wie Sarah Bestle im Interview beschreibt.

„[...] das kann man alles mit diesen Menschen besprechen, die sind ja nicht dumm. Aber man geht ein bisschen davon aus, dass man mit ihnen nicht die gleichen Gespräche führen kann, dass sie nicht die gleiche Selbstwirksamkeit haben, das ist echt ja, das ist Rassismus. [...] Die Frauen bekommen ja alles mit. Allein, wenn die eine Ärztin beim Abschlussgespräch sagt: „Ja dann sehen wir uns nächstes Jahr wieder fürs nächste Kind““ (Bestle, 2023).

Generell sollte somit im Umgang mit Flüchtlingsfrauen ein Augenmerk auf sensible Kommunikation gelegt werden (Bestle, 2023).

7.2 Umgang mit dem Partner und sozialen Netzwerk

In vielen Kulturen wird dem familiären Umfeld und damit verbundenen Traditionen eine große Bedeutung zugeschrieben (Fasching, 2023).

„Die familiäre Struktur gibt Halt und Vertrauen in der Fremde und soll auf jeden Fall unterstützt werden. Auch wenn es nicht meiner Vorstellung zu hundert Prozent entspricht“ (Josefa Fasching, 2023).

Die Funktion der Hebamme als parteiische*r Vertreter*in der Bedürfnisse von Frau und Kind gegenüber dem Partner der Geflüchteten klar darzulegen, ist laut Leitfaden des ÖHG (2015, S. 3) unumgänglich. Dennoch bedarf es des Bewusstseins, dass das Verhalten von der Familie und besonders den Männern aus anderen Kulturkreisen von bekannten Rollenbildern abweichen kann. Ein respektvoller, sensibler Umgang mit dem Partner sowie dem sozialen Netzwerk der Frau sowie Verständnis für kulturelle Gegebenheiten ist notwendig.

Viele geflüchtete Frauen leben getrennt von ihrem gewohnten sozialen Umfeld, was äußerst belastend wirken kann. Aber auch das häufig sehr enge Zusammenleben mit Familienmitgliedern bringt diverse Herausforderungen mit sich, vor allem, wenn die Wertvorstellungen nicht konform gehen (Bestle, 2023). Positiv hervorzuheben ist der meist sehr wertschätzende Zusammenhalt unter den Frauen in den Flüchtlingsunterkünften, welche die Wöchnerin und deren Neugeborenes bekochen und umsorgen (Bestle, 2023 & Schachner, 2023).

In Bezug auf den Partner beschreiben Sarah Bestle (2023) und Johanna Sengschmid (2023), dass ob und in-

wiefern sich die geflüchteten Kindsväter in die Kindesbetreuung integrieren, wie auch bei Vätern ohne Fluchterfahrung, ganz individuell anzusehen ist. Zwar sind Männer mit Fluchthintergrund oft kulturbedingt postpartal kaum präsent, dennoch – oder gerade deswegen – gilt das aktive Einbeziehen der Männer in die Wochenbettbetreuung als große Chance (Schachner, 2023).

Des Weiteren gilt es in manchen Kulturen als eher unüblich, dass Männer bei der Geburt anwesend sind. Hierbei ist es notwendig, als Hebamme klar Stellung zu beziehen und sich für die Frau einzusetzen, wenn diese die Anwesenheit ihres Partners erwünscht. Dabei kann es hilfreich sein, mit dem Mann über seine Sorgen und Ängste in Bezug auf die Geburt zu sprechen und ihn zu bestärken (Bestle, 2023).

7.3 Traumasensibles Arbeiten

Bei der geburtshilflichen Betreuung ist es notwendig, eine Retraumatisierung, also das erneute Aufkommen oder Erleben vergangener Traumata und das damit verbundene (verstärkte) Auftreten von PTBS-Symptomen durch die Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen (Schock et al., S. 243), bestmöglich zu vermeiden (Bestle, 2023 & Sengschmid, 2023).

„Aufgrund verschiedener, sehr negativer Erfahrungen sind Körperkontakt, Untersuchungen im Intimbereich und Behandlung oft mit extremer

Anspannung und Flash-Backs verbunden, was ein enormes Einfühlungsvermögen braucht und manche Behandlungen vielleicht auch ohne Erfolg beendet werden müssen“ (Fasching, 2023).

Die Notwendigkeit vaginaler Untersuchungen sollte hinterfragt und solche nur durchgeführt werden, wenn tatsächliche Indikation besteht. Auch das Bewusstsein, dass nicht ausschließlich körperliche Reize, sondern auch z.B. laute Geräusche zu Retraumatisierung führen können, ist notwendig (Sengschmid, 2023)

Die Lebensgeschichte von geflüchteten Frauen ist oft geprägt von Angst, Unsicherheit und Stress. Körperliche Anspannung sowie Konzentrationsschwäche sind mögliche Folgen traumatisierender Erfahrungen (ÖHG, 2015). Sowohl im Leitfaden des ÖHG (2015), als auch in zwei der Interviews (Sengschmid, 2023 & Bestle, 2023) wird die Bedeutung von Entspannungsmöglichkeiten für traumatisierte Frauen hervorgehoben.

Laut Sarah Bestle ist es von Bedeutung, die Frau individuell zu beobachten.

„[...] dass man schaut, wo zeigt die Frau Stresszeichen, wo kann sie sich entspannen, wo ist sie relaxed und wo zeigt sie Zeichen der Anspannung“ (Bestle, 2023).

Um im geburtshilflichen Kontext traumasensibel arbeiten zu können,

ist es auch notwendig, als Hebamme auch sein eigenes Stressverhalten zu reflektieren und zu wissen, wie das Nervensystem vor allem in Stresssituationen funktioniert. Hierfür empfiehlt Sarah Bestle den Podcast „Mit Trauma wachsen“ von Kati Bohnet sowie deren SOS-Regulations-Körperübungen (Bestle, 2023).

Johanna Sengschmid (202) empfiehlt den Austausch mit anderen Hebammen sowie die Vernetzung mit professionellen Anlaufstellen z.B. bei häuslicher Gewalt. Hinsichtlich Geburtsbetreuung wäre eine 1:1 Betreuung wünschenswert.

7.4 Umgang mit FGM/C

Die Betreuung von Frauen, welche von Genitalbeschneidung betroffen sind, ist eine Thematik, mit der man im Zuge der Arbeit mit geflüchteter Frauen häufig konfrontiert wird.

„FGM gehört zu einer der traumatischsten Erfahrungen, die viele Frauen im Kindesalter über sich ergehen lassen mussten. Neben vielen psychischen Problemen, wie chronische Schmerzen, Infekte, sind Untersuchungen und Geburten, alles das irgendwie an diesen Gewaltakt erinnert, mit Abwehr, Weigerung und enormen psychischen Stress verbunden“ (Fasching, 2023).

Um im geburtshilflichen Setting Retraumatisierung bei von FGM/C betroffenen Frauen einzudämmen oder bestmög-

lich zu vermeiden, bedarf es eine besondere Sensibilität. *„[...] weil es darum geht, dass die Verletzung nochmal anders erlebt wird“* (Sengschmid, 2023).

Betroffene verwenden häufig Begriffe wie „Sunna“, „I was cut“ oder „Ich bin gemacht worden“, wenn sie über ihre Beschneidung sprechen. In Bezug auf die Kommunikation wird von den Expertinnen empfohlen, den eigenen Sprachgebrauch im Gespräch an den der jeweiligen Frau anzupassen. Um Betroffene angemessen zu betreuen, sollen Hebammen die vier FGM/C-Typen differenzieren können. Des Weiteren ist es von Vorteil, die Prävalenz der unterschiedlichen Länder zu kennen, um zu wissen, dass z.B. bei Frauen, die aus Somalia stammen (98 % Prävalenz), von einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit einer Beschneidung auszugehen ist (Bestle, 2023).

Hierfür wird empfohlen, regelmäßig an Fortbildungen teilzunehmen (Sengschmid, 2023). Denn im Mutter-Kind-Pass, so Sarah Bestle (2023), ist nur sehr selten vermerkt, ob eine Frau beschnitten ist, da viele Gynäkologen dies oft nicht erkennen.

Schmerzen und Beschwerden, vor allem im Becken- und Genitalbereich, stehen häufig mit FGM/C in Zusammenhang. Als Hebamme sollte man den Mut haben, das Thema bei Verdacht anzusprechen. Als wichtig gilt dennoch, die Frau dort abzuholen, wo sie steht, auf ihre Bedürfnisse einzugehen und auch zu akzeptieren, wenn sie zu dem

Zeitpunkt nicht über ihre Beschneidung sprechen möchte (Bestle, 2023).

Auch gilt es, die Töchter geflüchteter Frauen vor FGM/C zu schützen (Schachner, 2023). Denn laut dem Europäischen Institut für Gleichstellungsfragen (2021) sind 31% der asylsuchenden Mädchen in Österreich von FGM/C bedroht (Stand 2019). Allgemein, aber auch hierfür wird die Weiterleitung betroffener Frauen an Zentren wie z.B. das FEM Süd Frauengesundheitszentrum in Wien, welches eine spezialisierte Beratung und medizinische Betreuung ermöglicht, empfohlen (Schachner, 2023 & Sengschmid, 2023).

7.5 Kultursensibles Arbeiten

Um kultursensibel arbeiten zu können ist es notwendig, eigene Denkmuster, Stereotype, Welt- sowie Wertvorstellungen zu hinterfragen. Sarah Bestle beschreibt dies als einen lebenslangen Lernprozess (Bestle, 2023).

„Und die erste Empfehlung wär‘ einfach, dass wenn mich bei einer anderen Person etwas aufregt oder ich etwas nicht versteh‘, dass man kurz innehalten und einfach mal davon ausgeht, dass das mit einem selber zu tun hat und dann versucht aus der Situation rauszugehen und versuchen, die Situation möglichst nicht zu bewerten“ (Bestle, 2023).

Ein grundlegendes Interesse an den individuellen kulturellen Besonderheiten von Frauen mit Fluchthintergrund ist für die kultursensible Betreuung ein bedeutender Aspekt (Schachner, 2023). Hierfür bedarf es, sich selbstständig Wissen über Kulturen anzueignen, dennoch aber der Individualität eines jeden Einzelnen vorurteilsfrei zu begegnen (Sengschmid, 2023).

Josefa Fasching, die im Zuge diverser Auslandseinsätze mit „Ärzte ohne Grenzen“ unterschiedlichste Traditionen und Rituale verschiedener Kulturkreise kennenlernte (Fasching, 2023) erklärt im Interview:

„Das oberste Gebot ist, dass mein althergebrachtes Verständnis und was ich aus medizinischer Sicht für richtig halte NICHT allgemeine Gültigkeit hat. [...] Die Baseline dort ansetzen, dass unser Wissen und Können nicht universelle Gültigkeit hat“ (Fasching, 2023).

Hinsichtlich gesundheitsschädlicher und gefährdender Aspekte wie z.B. der Beschneidung von neugeborenen Mädchen ist es in Bezug auf die Betreuung im Aufnahmeland dennoch notwendig, geeignete Worte zu finden und klar Stellung zu beziehen (Schachner, 2023).

7.6 Vernetzung und persönliche Psychohygiene

Die Vernetzung, sowohl interdisziplinär als auch unter Hebammen, wird von den Expertinnen als äußerst relevant beschrieben (Bestle, 2023; Schachner, 2023; Sengschmid, 2023). Die Zusammenarbeit mit Berufsgruppen, die an der Basis, wie z.B. bei Alphabetisierungskursen arbeiten, ermöglichen, den Kontakt zu Hebammen herzustellen (Bestle, 2023).

Die Konfrontation mit den oft sehr dramatischen Geschichten der von ihnen betreuten Flüchtlingsfrauen können sich auch für Hebammen sehr belastend auswirken. Für die persönliche Psychohygiene ist hierbei ein Austausch mit (erfahrenen) Hebammenkolleg*innen sowie das Besuchen von Supervisionen von Vorteil. Ein Kontakt kann z.B. durch den Verein RMSA (Bestle, 2023) oder Hebammenzentren hergestellt werden (Sengschmid, 2023). Auch die Teilnahme an themenbezogenen Fortbildungen kann helfen, bei belastenden Themen aus der eigenen Sprachlosigkeit zu kommen und anschließend professionell betreuen zu können (Schachner, 2023).

Für die eigene Psyche ist es notwendig, seine eigenen Grenzen zu kennen und regelmäßig neu zu stecken. Geflüchtete Frauen und Familien treten gehäuft mit finanziellen Sorgen, Asylanliegen und Wohnproblemen an die betreuende Hebamme heran (Bestle, 2023).

„[U]nd die kommen dann auch mit den Problemen zu dir und hoffen irgendwie, dass du ihnen da helfen kannst. Und das ist sehr arg, weil du kannst ihnen da nicht helfen. Du kannst ihnen keine Wohnung vermitteln, du kannst ihnen keinen Job geben. Und dann bekommst du sehr schnell so Ohnmachtsgefühle, wenn du das nicht abgrenzen kannst“ (Bestle, 2023).

Auch in solchen Situationen ist eine breit gefächerte Vernetzung von Vorteil, um den Frauen passende Ansprechkontakte vermitteln zu können (Bestle, 2023).

7.7 Aus- und Fortbildung

Um Hebammenstudent*innen bestmöglich auf die Arbeit mit geflüchteten Familien vorzubereiten, empfehlen Claudia Schachner und Sarah Bestle eine frühestmögliche Konfrontation mit der Thematik und Themen wie Rassismus und Kultursensibilität als Teil des Curriculums (Schachner, 2023 & Bestle, 2023).

Für das Gesundheitspersonal wird das vermehrte Veranstalten sowie Besuchen von Fortbildungen zu der Thematik von den Expertinnen empfohlen (Bestle, 2023; Schachner, 2023). Auch das selbstständige Einholen von Informationen, z.B. über die ÖHG-Homepage bietet Möglichkeit zur Weiterbildung (Sengschmid, 2023).

8. Conclusio

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Fluchterfahrung zum Großteil in Verbindung mit einem schlechteren geburtshilflichen Outcome steht und der gesundheitliche „Risikofaktor Flucht“ somit auch in Bezug auf die peripartale Zeit anzunehmen ist.

Es wird vermutet, dass Outcomes wie Frühgeburtlichkeit, niedriges kindliches Geburtsgewicht und Übertragung im Zusammenhang mit Mangelernährung, Stress und einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem stehen. Geflüchtete Frauen nehmen seltener Angebote der Gesundheits- und Schwangerenvorsorge in Anspruch, was ungenau berechnete Geburtstermine sowie eine erhöhte Dunkelziffer an Schwangerschaftserkrankungen vermuten lässt und auch dazu führt, dass kindliche Problematiken und angeborene Fehlbildungen seltener oder erst spät erkannt werden. Die Ausweitung eines niederschwelligen Zugangs zu speziell an die Bedürfnisse von Flüchtlingsfrauen angepassten Betreuungs- sowie Unterstützungsangeboten würde sich sowohl präventiv als auch gesundheitsfördernd auswirken und könnte die geburtshilflichen Outcomes positiv beeinflussen.

Aus den Expertiseinterviews lässt sich erschließen, dass die Arbeit mit geflüchteten Frauen ein hohes Maß an Sensibilität, Empathie und Wissen erfordert. Besonders hervorzuheben ist das erhöhte Risiko für postparta-

le Depression und die allgemein sehr hohe psychische Belastung sowie gesteigerte Rate an Traumata aufgrund der Flucht und damit einhergehenden Faktoren. Möglichkeiten eines niederschwelligen Zugangs zu psychologischen Betreuungsangeboten, vor allem auch in Bezug auf erlebte Traumata, sind dringend indiziert.

Vorherrschende Sprachbarrieren können zu Unsicherheiten führen – sowohl bei der Frau und dem Paar als auch auf Seiten des Gesundheitspersonals. Informationsmaterialien und Aufklärungsbögen in unterschiedlichen Sprachen sowie der Einsatz von professionellen Dolmetscher*innen würden die geburtshilfliche Arbeit erleichtern, Sicherheit vermitteln und den Frauen ermöglichen, informierte Entscheidungen zu treffen.

Des Weiteren sieht die Autorin, basierend auf den Empfehlungen der Expertinnen, besonderen Bedarf bezüglich der Ausweitung des Angebots an Weiterbildungsmöglichkeiten für die Arbeit mit Flüchtlingsfrauen. Die Veranstaltung von Fortbildungen für geburtshilfliches Personal würde ermöglichen, Bewusstsein für die Thematik zu schaffen, Hintergrundwissen zu erweitern, Unsicherheiten zu vermindern und dadurch die Betreuungsqualität nachhaltig zu verbessern. Auch würde dies die Möglichkeit zur Vernetzung mit anderen Hebammen, Expert*innen und Ansprechpartner*innen bieten.

Darüber hinaus sind keine aktuellen Statistiken hinsichtlich der genauen Anzahl an in Europa und Österreich lebenden Flüchtlingsfrauen im reproduktionsfähigen Alter ersichtlich. Eine genauere Datenerhebung wäre nicht nur aus demografischer Sicht sinnvoll, sondern würde auch die Sichtbarkeit geflüchteter Frauen und das Bewusstsein für die Relevanz der Thematik steigern.

Aspekte wie Herkunftsland, Fluchtursache und FGM/C-Betroffenheit beeinflussen den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Differenzierte Forschung hinsichtlich Outcomes in Verbindung mit solchen individuellen Aspekten würde ermöglichen, den Betreuungsbedarf noch expliziter festlegen und Risiken rechtzeitig entgegenwirken zu können.

Es bedarf des Bewusstseins, dass alle Frauen ihre persönliche Geschichte, Risiken und Bedürfnisse mit in den Kreißaal bringen.

[...] und da ist schon auch viel Leid dabei, viele irre Geschichten wo man sich fragt, wie haben die Frauen das durchhalten können, tragische Geschichten, aber auch sehr viel Freudvolles. Was ich schon mit Frauen gelacht habe, obwohl sie eine ganz irre Geschichte gehabt haben. Also es ist auch was ganz Freudvolles in diesem Begegnen von fremden Kulturen. Und vor allem Frauenkraft, der

Begegnung von Frauenkraft, in einer sehr puren Form“ (Schachner, 2023).

Unabhängig von Herkunft und Vorgesichte, aber besonders auch in der Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung trägt dieser Satz – „die Frauenkraft in seiner puren Form“ – in der geburtshilflichen Arbeit eine ganz besondere Bedeutung: Die Interaktion, der Beziehungsaufbau und das Vertrauen zwischen Hebamme und Frau – bedingungslos und vorurteilsfrei – mit dem Ziel eines bestmöglichen Outcomes für Mutter und Kind.

Literaturverzeichnis

Ammoura O., Sehouli J., Kurmeyer C. et al. (2021). Erhebung perinataler Daten von geflüchteten Frauen von der Frauenklinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Vergleich zur bundesdeutschen Auswertung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 81(11), 1238-1246. 10.1055/a-1397-6888

Bestle, S. (2023). Persönliches Gespräch zu Empfehlungen für die geburtshilfliche Arbeit mit Flüchtlingsfrauen, Obfrau von RMSA, ist in der freiberuflichen Vor- und Nachsorge von geflüchteten Frauen tätig. Gespräch via Zoom, 05.04.2023.

Brink, A. (2007). *Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten: Im Bachelor-, Master- und Diplomstudium*. München: Oldenbourg Verlag.

Burckhardt, M., Khan, M. (2022). Postpartale Depression bei Frauen mit Einwanderungsgeschichte. *Hebamme*, 35(04), 58–66. <https://doi.org/10.1055/a-1871-3076>

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber.

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (2021). *Weibliche Genitalverstümmelung: Wie viele Mädchen sind in Österreich gefährdet?* Abgerufen am 11.06.2023 von file:///C:/Users/kala/Downloads/20205974_mh0620131den_pdf-3.pdf

Fasching, J. (2023). Schriftliches Interview zu Empfehlungen für die geburtshilfliche Arbeit mit Flüchtlingsfrauen, Hebamme bei „Ärzte ohne Grenzen“. Interview via E-Mail, 14.04.2023.

Guarnizo-Herreño, C. C. & Wehby, G. L. (2021). Health of Infants Born to Venezuelan Refugees in Colombia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(2), 222–231. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01114-2>

Harakow, H-I., Hvidman, L., Wejse, C., Eiset, A.H. (2020). Pregnancy complications among refugee women: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(4), 649–657. <https://doi.org/10.1111/aogs.14070>

Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16, 89. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>

Khan-Zvorničanin, M. (2018). *Forschung zu Schwangerschaft und Flucht – Aktuelle Befunde und Forschungslücken*. Abgerufen am 04.02.2023 von https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaft/Fachdialognetz_Forschung_zu_Schwangerschaft_und_Flucht_2018.pdf

Kasper, A. S. (2021). *Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung. Eine qualitative Untersuchung zum professionellen Handeln geburtshilflicher Akteur*innen*. Wiesbaden: Springer-Verlag.

Kast, M. (2017). Migrationsspezifische Hebammenarbeit. *Die Hebamme*, 30(02), 132–138. <https://doi.org/10.1055/s-0042-122038>

Lasch, L., Fillenberg, S (2017). *Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin: Springer-Verlag.

Liu, C., Ahlberg, M., Hjern, A., Stephansson, O (2019). Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17: a register-based cohort study. *The European Journal of Public Health*, 29(6), 1048–1055. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120>

Mogos, M.F., Salinas-Miranda, A.A., Salemi, J.L., Medina, I.M., Salihi, H.M. (2017). Pregnancy-Related Hypertensive Disorders and Immigrant Status: A Systematic Review and Meta-analysis of Epidemiological Studies. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19, 1488–1497. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0410-6>

Österreichisches Hebammengremium (2015). *Betreuung von Frauen, die als Flüchtlinge nach Österreich kommen*. Abgerufen am 17.11.2022 von <https://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/Leitfaden-Fl%C3%BChtlingsbetreuung-%C3%96HG.pdf>

Özel, Ş., Yaman, S., Çelik, H., Hancerliogullari, N., Balci, N. & Engin-Ustun, Y. (2018). Obstetric Outcomes among Syrian Refugees: A Comparative Study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(11), 673–679. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1673427>

Pehlke-Milde, J. (2012). Qualitative Methoden in der Hebammenforschung: Exemplarische Darstellung des Experteninterviews zur Analyse beruflicher Anforderungen. *Die Hebamme*, 25(3), 206–210. <https://doi.org/10.1055/s-00321310462>

Schachner, C. (2023). Persönliches Gespräch zu Empfehlungen für die geburtshilfliche Arbeit mit Flüchtlingsfrauen, ist in der freiberuflichen Vor- und Nachsorge von geflüchteten Frauen tätig. Gespräch via Zoom, 06.04.2023.

Schäfers, R. (2012). *Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Geburt und Mutterschaft*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Schildberger, B. (2011). *Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe: Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Schildberger, B. (2012). In guter Hoffnung in der Fremde – zur geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund. *Hebamme.ch*, 9, 4–6. Abgerufen am 12.06.2023 von <https://docplayer.org/2258161-Hebamme-sage-femme-levatrice-spendrera.html>

Schneider, H., Husselein, P-W., Schneider, K. T. M. (2011). *Die Geburtshilfe*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Sengschmid, J. (2023). Persönliches Gespräch zu Empfehlungen für die geburtshilfliche Arbeit mit Flüchtlingsfrauen, Stellvertretende Obfrau von RMSA, war in ihrer früheren Hebammen-tätigkeit in der freiberuflichen Vor- und Nachsorge von geflüchteten Frauen tätig. Gespräch im Café Liebling in Wien, 21.02.2023.

Suleiman, I. R., Maro, E., Shayo, B. C., Alloyce, J. P., Masenga, G., Mahande, M. J. & Mchome, B. (2021). Trend in female genital mutilation and its associated adverse birth outcomes: A 10-year retrospective birth registry study in Northern Tanzania. *PLOS ONE*, 16(1), e0244888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244888>

The Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2015). *Female Genital Mutilation and its Management. Greentop Guideline No. 53*. Abgerufen am 10.05.2023 von <https://www.rcog.org.uk/media/au0jn5of/ftg-53-ftg.pdf>

United Nations Children's Fund (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF

United Nations High Commissioner for Refugees (1951). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge*. Abgerufen am 17.11.2022 von https://www.unhcr.org/dach/wpcontent/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf

United Nations High Commissioner for Refugees (2022a). *Global Trends. Forced Displacement in 2021*. Abgerufen am 28.11.2022 von <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/62a9d1494.pdf>

United Nations High Commissioner for Refugees (2022b). *Mid-Year Trends 2022*. Abgerufen am 13.12.2022 von <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/635a578f4/mid-year-trends-2022>

Verschuuren, A. E. H., Postma, I. R., Riksen, Z. M., Nott, R. L., Jong, E. F. & Stekelenburg, J. (2020). Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02985-x>

Vogt, S., Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. Aufgerufen am 28.02.2023 von https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviews-qualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf

Wanigaratne, S., Shakya, Y., Gagnon, A.J., Cole, D.C., Rashid, M., Blake J., ...Urquia, M.L. (2018). Refugee maternal and perinatal health in Ontario, Canada: a retrospective population-based study. *BMJ Open*, 8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018979>

World Health Organisation (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367(9525), 1835–1841. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68805-3)

World Health Organisation (2018). *Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children*. Abgerufen am 17.11.2022 von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342289/9789289053815-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organisation (2023a). *Congenital disorders*. Abgerufen am 07.03.2023 von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

World Health Organisation (2023b). *Low birth weight*. Abgerufen am 16.02.2023 von <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight>

World Health Organisation (2023c). *Female genital mutilation*. Abgerufen am 13.06.2023 von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Diese und alle weiteren Publikationen des ÖIF
stehen unter integrationsfonds.at/publikationen
zum Download bereit.

www.integrationsfonds.at