

# Wissenschafts **forum**



**Anne Kasper**

Scoping Review zur maternalen Gesundheit und Versorgung  
von Frauen mit Fluchterfahrung

Seite 3

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe werdende Hebammen,

Wissenschaft und Praxis – geht das zusammen?

Sollen in unserem Hebammenforum mehr praktische Texte oder mehr wissenschaftliche Fachartikel veröffentlicht werden?

Diese Trennung ist nicht sinnvoll – die Wissenschaft soll ja Erkenntnisse erbringen, die mit der Praxis zu tun haben, die unsere praktische Arbeit unterstützen, ergänzen, vielleicht auch verändern. Viele Artikel aus dem Hebammenforum beziehen wissenschaftliche Erkenntnisse mit ein und liefern so die notwendigen Begründungen.

Wir möchten aber auch gern die Ergebnisse von Hebammenforschung ausführlicher vorstellen. Unsere Leserinnen und Leser erhalten so die Möglichkeit, aktuelle Forschungsarbeiten zu relevanten Fragestellungen kennenzulernen. Im Wissenschaftsforum veröffentlicht das Hebammenforum Arbeiten aus der Hebammenforschung.

Die Arbeit im aktuellen Wissenschaftsforum zeigt sehr deutlich den Praxisbezug der Forschung: Es geht um die Gesundheit geflüchteter Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sicher können wir uns alle gut vorstellen: Diese Frauen haben starke Belastungen auszuhalten, die Auswirkungen auch auf die Mutterschaft haben.

Durch die vorliegende Forschungsarbeit werden Hebammen, die mit geflüchteten Frauen arbeiten, unterstützt. Der Artikel macht deutlich: Psychische und soziale Probleme werden zu häufig medikalisiert, was zu weiteren Problemen führt. Die Arbeit liefert die notwendigen Begründungen, damit die Verantwortlichen eine ganzheitliche Betreuung für geflüchtete Frauen sicherstellen.

Vielleicht kann diese Arbeit Sie unterstützen, wenn Sie versuchen, mehr und andere Ressourcen für die Betreuung geflüchteter Frauen zu generieren. Das wäre der bestmögliche Nutzen für Forschung durch Hebammen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und Freude in Ihrer Arbeit!

Yvonne Bovermann, MSc  
DHV-Beirätin für den Bildungsbereich

# Scoping Review zur maternalen Gesundheit und Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung

Anne Kasper<sup>1</sup>

**Scoping Review zur maternalen Gesundheit und Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung**

## Zusammenfassung

**Ziel** Ziel war es, die gegenwärtigen Erkenntnisse und den aktuellen Forschungsstand zur Müttergesundheit und geburtshilflichen Versorgung geflüchteter Frauen abzubilden.

**Methodik** Zur Erstellung des Scoping Reviews wurde in den Datenbanken PubMed (MEDLINE), CINAHL, PSYINDEX und PsycINFO eine systematische Recherche durchgeführt. Im Anschluss fanden die Auswahl der Artikel sowie eine narrative Zusammenfassung der Ergebnisse statt.

**Ergebnisse** Neben dem beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand sind Frauen mit Fluchterfahrung psychisch und sozial stark belastet. Traumatische Erfahrungen durch erlebte oder beobachtete Gewalt erhöhen das Risiko für Depressionen. Hinzu kommt die soziale Belastung aufgrund des Heimatverlustes sowie des fehlenden familiären und sozialen Netzwerks. Defizite in der Versorgung zeigen sich in formalen, aber auch strukturellen Zugangsbarrieren, zum Beispiel durch Verständigungsprobleme und fehlende Kompetenzen, etwa mangelnde interkulturelle Kompetenz und Kommunikationsstrategien aufseiten der professionellen Akteurinnen und Akteure und Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, aufseiten der geflüchteten Frauen.

**Schlussfolgerung** Fortbildungen für professionelle Akteurinnen und Akteure, Kooperationen und Vernetzung, angemessene Informationen und Schulungen für geflüchtete Frauen zu den Leistungen der geburtshilflichen Versorgung können Barrieren in der geburtshilflichen Versorgung überwinden und die Gesundheit geflüchteter Schwangerer und junger Mütter verbessern.

**Schlüsselwörter** Müttergesundheit, geburtshilfliche Versorgung, Fluchterfahrung, erzwungene Migration

**Scoping Review on Maternal Health and Maternal Care among Refugee Women**

## Abstract

**Aim** The aim was to summarize the current evidence regarding maternal health and health care in refugee women.

**Methods** A scoping review was conducted considering the databases PubMed (MEDLINE), CINAHL, PSYINDEX and PsycINFO. Studies were assessed for eligibility and results narratively summarized.

**Results** In addition to an impaired general health, refugee women are psychologically and socially strained. Traumatic events such as gender and sexual violence (either experienced or observed) may increase the risk of stress disorders or depressions. Furthermore refugee women face a social burden due to the loss of their home accompanied by the lack of family and social networks. Deficits in care are seen in official as well as structural access barriers, such as language barriers, lack of professional competences, e.g. intercultural competences and communication strategies, and the refugee women's insufficient orientation in the new health care system.

**Conclusion** Through training for professionals, as well as strengthening cooperation and networking structures in addition to adequate information and education of refugee women on obstetric care services we may overcome barriers to obstetric care and improve the maternal health of refugee women.

**Keywords** maternal health status, maternal health care, refugee, forced displacement

<sup>1</sup> Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

## Einleitung

In der jüngsten Vergangenheit, insbesondere in den Jahren 2015 und 2016, war weltweit und so auch in Deutschland ein Anstieg der Flüchtlingszahlen zu beobachten.[1,2] Etwa ein Drittel der in Deutschland asylsuchenden Menschen ist weiblich.[1] Zur Anzahl schwangerer Frauen auf der Flucht existieren keine genauen Angaben. Die Mehrheit aller geflüchteten Frauen, die nach Deutschland kommen, befindet sich aktuell oder zukünftig im gebärfähigen Alter.[1]

Geflüchtete Schwangere weisen nicht nur aufgrund ihrer Schwangerschaft einen besonderen Versorgungsbedarf auf. Erfahrungen und Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Fluchtprozess können eine zusätzliche psychosoziale Belastung in der besonderen Lebensphase darstellen.

Um den Forschungsstand zur geburtshilflichen Gesundheit und Versorgung geflüchteter Frauen zu ermitteln, wurde ein Scoping Review angefertigt, das die internationalen Erkenntnisse zur Gesundheit und Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung in der Phase des Mutterwerdens zusammenfasst. Frauen mit Fluchterfahrung sind Migrantinnen, die aufgrund externer Faktoren zur Flucht aus dem eigenen Land gezwungen werden und damit unfreiwillig in einem anderen Land Schutz und Zuflucht suchen.

Die jüngsten Migrationsbewegungen sind insbesondere in verschiedenen Konfliktsituationen wie den kriegerischen Auseinandersetzungen und der andauernden Instabilität in Syrien oder auch in Afghanistan beziehungsweise auf dem afrikanischen Kontinent begründet.[2] In der gegenwärtig identifizierbaren Literatur wird diese Migrationsbewegung noch unzureichend abgebildet. Die betrachteten Populationen sind zudem sehr heterogen hinsichtlich der Migrationsursache, des Zeitraums der Migration sowie der betrachteten Gesundheitssysteme. Aus diesem Grund sind die Erkenntnisse des Reviews nicht problemlos auf die jüngst zugezogene Population der geflüchteten Frauen in Deutschland zu übertragen.

## Methodik

Das Scoping Review zur »Müttergesundheit und geburtshilflichen Versorgung von geflüchteten Frauen« soll die Literatur zum Thema sichtbar machen und das vorhandene Wissen zusammenfassen. Themenbezogene Studienergebnisse können erste Erkenntnisse zur Müttergesundheit und der geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung liefern. Da es zunächst um einen Überblick zum Forschungsgegenstand geht und weniger um die methodische Bewertung einzelner Studien, bleibt die Beurteilung der Qualität der Publikationen im Scoping-Review aus.[3] Abbildung 1 »Arbeitsschritte im Scoping Review« zeigt die Abfolge des methodischen Vorgehens bei der Erstellung des Scoping Reviews auf.

In einem ersten Schritt wurde das Forschungsthema eingegrenzt. Hierdurch ließ sich die Literatursuche operationalisieren und der Umfang der Suchergebnisse wurde zugänglich. Zunächst sollte die maternale Gesundheit geflüchteter Frauen näher beleuchtet werden. Ferner war die geburtshilfliche Versorgung geflüchteter Frauen von besonderem Interesse. Folgende Fragen wurden an die Literatur gerichtet:

- Was ist über den Gesundheitszustand geflüchteter Schwangerer und junger Mütter bekannt?
- Wie gestaltet sich die geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung?

Im Februar 2017 erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den Literaturdatenbanken PubMed (MEDLINE), CINAHL, PSYINDEX und PsycINFO. Die Literaturrecherche beschränkte sich auf englisch- und deutschsprachige Publikationen. Es wurde keine Eingrenzung des Suchzeitraums bezüglich des Publikationsjahrs vorgenommen.

Die Suche in den Datenbanken erfolgte mithilfe der ausgewählten Suchworte, sowohl in den Titeln als auch in den Abstracts innerhalb der jeweiligen Datenbank. Tabelle 1 fasst die Suchbegriffe der Recherche zusammen.

Zudem wurden in den Datenbanken hinterlegte Schlagworte eingesetzt. Zur Identifizierung der adäquaten Schlagwörter wurde der in den Suchmaschinen hinterlegte MeSH-Term beziehungsweise Thesaurus verwendet. Beispielhaft wird der Suchstring der Datenbank PubMed samt Operatoren und Treffer in Tabelle 2 präsentiert.

Im Anschluss an die Literaturrecherche erfolgte die Prüfung der Suchergebnisse auf Relevanz für das Forschungsfeld zur maternalen Gesundheit und geburtshilflichen Versorgung geflüchteter Frauen. Die weitere Auswahl und Selektion der Literatur orientierte sich an vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien.

Folgende Einschlusskriterien wurden für die Literatúrauswahl festgelegt:

- Die betrachtete Population sind Frauen in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
- Die betrachtete Population hat einen Fluchthintergrund (unfreiwillige Migration aufgrund externer Faktoren).
- Die Outcome-Parameter berücksichtigen Aspekte der physischen, der psychischen und der sozialen Gesundheit oder Aspekte der Gesundheitsversorgung in der Phase des Mutterwerdens (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) beziehungsweise die Versorgung und Betreuung im geburtshilflichen Kontext.

Als Ausschlusskriterien wurden definiert:

- Die Zielgruppe umfasst undifferenziert Migrantinnen, ohne speziell geflüchtete Frauen in den Blick zu nehmen.
- Es wird die gesamte Lebensphase der reproduktiven Gesundheit beschrieben samt der möglichen Maßnahmen zur Sexualbildung und der Familienplanung.

Es wurden empirische qualitative oder quantitative Primärstudien und Reviews in die Auswahl eingeschlossen. Zusätzlich wurde eine Handsuche in den Referenzlisten der eingeschlossenen Veröffentlichungen vorgenommen. Die Berücksichtigung grauer Literatur lässt sich durch die anzunehmende überschaubare empirische Datenlage begründen, wie sie die Ergebnisse des systematischen Re-

Abb. 1: Arbeitsschritte im Scoping Review (eigene Darstellung in Anlehnung [1])



Tabelle 1: Suchbegriffe der Literaturrecherche

	Englisch	Deutsch
Population	refugee* asylum*	Flüchtling* geflüchtet* Asyl*
	pregnant woman pregnant women expectant mother* puerpera*	Schwangere* Gebärende* Wöchnerin* Mutter* Frau*
Untersuchungsgegenstand: maternale Gesundheit	health status* health	Gesundheit* Gesundheitsstatus Gesundheitszustand
Untersuchungsgegenstand: geburtshilfliche Versorgung	obstetric* maternal* maternity* pregnan* prenatal* antenatal* birth* intrapartum* perinatal* postpartum* postnatal*	Geburtshilfe* perinatal* intrapartal* postpartum prenatal* Schwangerschaft* Geburt*

Tabelle 2: Beispielhafte Darstellung des Suchstrings anhand der Datenbank PubMed

Datum	Datenbank	Suchstring (Stichwörter/Schlagwörter)	Treffer
13.2.2017	PubMed (MED-LINE)	refugee*[Title/Abstract] OR asylum*[Title/Abstract] OR refugee[MeSH Terms] AND pregnant woman[Title/Abstract] OR pregnant women[Title/Abstract] OR expectant mother*[Title/Abstract] OR perpera*[Title/Abstract] OR pregnant woman[MeSH Terms] AND health status*[Title/Abstract] OR Health [MeSH Terms] OR Health Status[MeSH Terms]	16
		refugee*[Title/Abstract] OR asylum*[Title/Abstract] OR refugee[MeSH Terms] AND pregnant woman[Title/Abstract] OR pregnant women[Title/Abstract] OR pregnant woman[MeSH Terms] AND obstetric*[Title/Abstract] OR maternal*[Title/Abstract] OR maternity*[Title/Abstract] Or pregnan*[Title/Abstract] OR prenatal*[Title/Abstract] OR antenatal*[Title/Abstract] OR birth*[Title/Abstract] Or intrapartum*[Title/Abstract] Or perinatal* [Title/Abstract] OR postpartum*[Title/Abstract] OR postnatal*[Title/Abstract] OR delivery, obstetric[MeSH Terms] OR obstetric nursing[MeSH Terms] OR obstetrics[MeSH Terms] OR Maternal-Child Nursing[MeSH Terms] OR Maternal Health Services[MeSH Terms] OR Midwifery[MeSH Terms] OR Parturition[MeSH Terms] OR Perinatal Care[MeSH Terms] OR Prenatal Care[MeSH Terms] OR Postnatal Care[MeSH Terms]	116

views von Bozorgmehr et al. 2016 zeigen.[4] So kann auf der Basis nicht-empirischer Literatur eine grundlegende Beschreibung von Versorgungsstrukturen und -mechanismen im Kontext der geburtshilflichen Betreuung erfolgen.

Aus den eingeschlossenen Publikationen wurden Informationen und Angaben von Interesse extrahiert, thematisch sortiert und zusammengefasst.

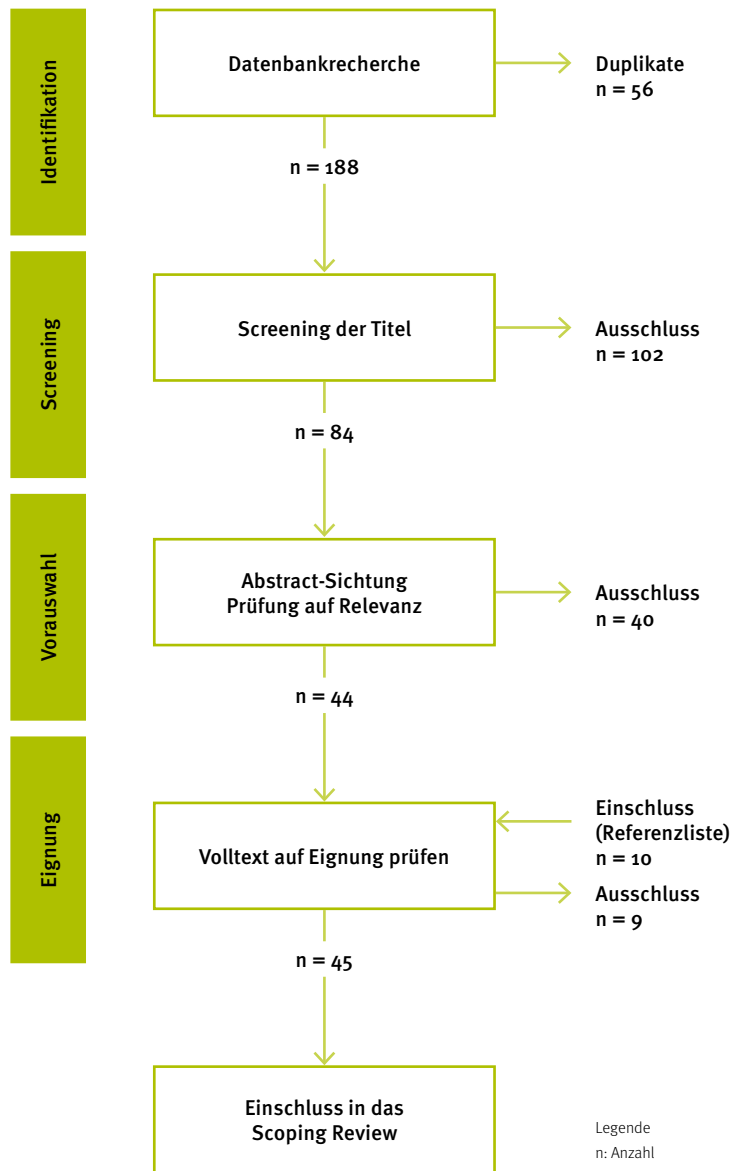
### Ergebnisse

Die Literaturrecherche in den Datenbanken ergab insgesamt 188 Treffer (ohne Duplikate). Das Screening der Titel identifizierte 84 Publikationen. Im Anschluss wurden die Abstracts auf ihre Relevanz hin gesichtet und überprüft. Diese Vorauswahl schließt aufgrund der Einschlusskriterien und der Ausschlusskriterien 40 Studien aus. Die 44 verbleibenden Publikationen wurden eingehender studiert und erneut im Hinblick auf die Einschlusskriterien bewertet. In der Folge wurden 9 weitere Studien wegen Nichtübereinstimmung mit den Einschlusskriterien ausgeschlossen. Die Volltext-Bewertung schloss 35 Publikationen in das Scoping Review ein. Zusätzlich konnten über die Referenzlisten 10 weitere Studien identifiziert werden, die im Scoping Review Berücksichtigung fanden, sodass die Erkenntnisse aus 45 Studien nachfolgend aufbereitet und zusammengefasst wurden. Das Flussdiagramm in Abbildung 2 stellt die Recherche und Auswahl der Publikationen dar.

Knapp die Hälfte der 45 Publikationen fokussiert in ihrem Projekt die Schwangerschaft, ein Viertel sammelt Erkenntnisse zur Geburt, nur zwei Studien betrachten lediglich die Phase des Wochenbetts, während 25 % der betrachteten Publikationen die gesamte Phase des Mutterwerdens (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) näher studieren (siehe Tabelle 3).

Die erhobenen Daten und Informationen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Frauen stammen zu 71 % aus Ländern des globalen Nordens. Die Erhebungen der Daten fanden vorwiegend in den vergangenen 17 Jahren statt. Die Herkunftsländer der geflüchteten Frauen werden nicht in allen Publikationen differenziert

**Abbildung 2:** Flussdiagramm zur Recherche und Auswahl der Publikationen (eigene Darstellung)



**Tabelle 3:** Übersicht zu den Inhalten der eingeschlossenen Publikationen

(Eine Übersicht der extrahierten Daten und detaillierte Informationen zu den eingeschlossenen Artikeln können bei der Autorin angefragt werden.)

Kategorie		Anzahl (45)	Anteil in %
Phase der Mutterschaft	Schwangerschaft	21	47 %
	Geburt	11	24,5 %
	Wochenbett/Stillzeit	2	4 %
	übergreifend	11	24,5 %
Setting (Aufnahmeland)	Globaler Norden/industrialisierte Welt	32	71 %
	davon Europa	16	50 %
	Globaler Süden	13	29 %
Studienpopulation (Herkunft) (missing 22)	Afrika	7	15 %
	Vorderer Orient	8	18 %
	Süd-Ost-Asien	8	18 %
Design/Methode	Qualitativ	15	33 %
	Quantitativ	18	40 %
	Mixed Method	5	11 %
	Übersichtsarbeit	2	4 %
	(Fall-/Berichte)	5	11 %
Outcomes (Mehrfache Berücksichtigung)	Gesundheit (physisch, psychisch, klinisch)	21	--
	perinatale Komplikationen	15	--
	Versorgung/Inanspruchnahme	36	--
	Sonstiges (z.B. Ernährung)	2	--
Betrachtungszeitraum	2010 bis aktuell	22	49 %
	2000 bis 2009	18	40 %
	1990 bis 1999	4	9 %
	vor 1990	1	2 %

betrachtet oder schließen eine heterogene Gruppe geflüchteter Frauen in die Studienpopulation ein (in 22 Fällen fehlen genaue Angaben). Einige Publikationen beschränken sich auf die Erkenntnisse zu geflüchteten Frauen aus Afrika, dem vorderen Orient oder Süd-Ost-Asien.

Das Erkenntnisinteresse sowie die Outcome-Parameter der eingeschlossenen Publikationen beziehen sich vor allem auf die Versorgung der geflüchteten Frauen, gefolgt vom maternalen und allgemeinen Gesundheitszustand beziehungsweise dem Schwangerschafts-/perinatalen Outcome.

83 % der eingeschlossenen Publikationen sind empirische Arbeiten, die sich etwa zu gleichen Teilen in quantitative und qualitative Designs aufteilen. 5 Studien bedienen sich des Mixed-Methods-Ansatzes. Außerdem konnten zwei Übersichtsarbeiten in das Scoping Review eingeschlossen werden.

### Gesundheitszustand der geflüchteten Frauen

Der allgemeine Gesundheitszustand geflüchteter Frauen in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist beeinträchtigt. Insbesondere der Gesundheitsstatus vor Eintreten der Schwangerschaft ist mangelhaft:[5,6] »Findings indicate that African refugee women are particularly vulnerable to poorer general health related to suboptimal preconceptional health [...]« [5, S. 408] Hinzu kommt, dass der Immunisierungsstatus geflüchteter Frauen unzureichend ist.[7] Außerdem leiden vorwiegend Frauen vom afrikanischen Kontinent unter den Folgen kultureller Rituale wie der weiblichen Genitalbeschneidung.[6,8] Darüber hinaus weisen geflüchtete Frauen häufig mehrere Krankheiten zeitgleich auf. Sie sind von Multimorbidität hinsichtlich

- sexuell übertragbarer Krankheiten,
- Infektionskrankheiten wie Malaria oder
- Magen-Darm-Krankheiten durch Parasiten, aber auch
- chronischer Krankheiten sowie
- Anämie oder
- Vitamin-D-Mangel betroffen.[5,7,9]

Geflüchtete Frauen sind psychisch besonders belastet:[5,7,10,11,12] »Many sub-Saharan refugees have endured situations of political unrest, displacement and famine prior to

resettlement.« [5, S. 410] Neben möglichen Gewalterfahrungen im Herkunftsland, auf der Flucht und im Aufnahmeland leiden Frauen vielfach auch unter den Folgen sexuellen Missbrauchs.[13] Durch diesen Umstand entstandene, ungewollte Schwangerschaften führen bei geflüchteten Frauen oftmals zu induzierten Schwangerschaftsabbrüchen, wie Goosen und Kollegen sowie Kurth et al. herausstellen:[14,15] »The overall abortion rate and ratio for asylum seekers were about one and a half times higher [...] than average [...]« [14, S. 527]

Zudem treten Depressionen, Angst- und Stress vermehrt auf:[7,16] »The few studies with immigrant subgroup analyses have found significantly higher rates of PPD in refugee and asylum-seeking women than in other types of newcomers.« [16, S. 320]

Geflüchtete Frauen sind neben der Beeinträchtigung ihrer mentalen Gesundheit außerdem sozialen Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirken können:[6,16,17,18,19,20] »General health appeared poorer and social disadvantage greater [...] in women from HSC (humanitarian source countries).« [6, S. 6]

### Perinatale Gesundheit und geburtshilfliche Outcomes

Geflüchtete Schwangere sind häufiger Mehrgebärende und weisen in vielen Fällen eine rasche Schwangerschaftsfolge auf:[5,8] »Overall, African-born women were significantly less likely to be primiparous (25,3 % vs. 44,2 %) [...]« [8, S. 15] Deshalb sind häufig der aktuellen Schwangerschaft vorausgegangene Komplikationen zu beobachten, wie zum Beispiel vermehrte Aborte/Fehlgeburten.[7] Des Weiteren sind im Schwangerschaftsverlauf häufiger eine erhöhte Anämie-Rate und ein hoher Anteil an hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen zu beobachten:[5,8,9] »Iron-deficiency anaemia is commonplace among sub-Saharan refugee arriving in host countries.« [5, S. 408]

Geflüchtete Schwangere gebären überwiegend spontan und haben eine niedrige Rate an Kaiserschnitten.[21,22] Wenn es zu einer operativen Schnittentbindung kommt, dann oft aufgrund einer kindlichen Indikation, etwa einer

abnormen fetalen Herzfrequenz.[22] Unter der Geburt wird ein erhöhtes Risiko für Komplikationen beobachtet (zum Beispiel vermehrte vaginale Blutungen), die unter anderem im Zusammenhang mit vorbestehenden Beeinträchtigungen stehen, wie zum Beispiel einer vorangegangenen Schnittentbindung oder der genitalen Beschneidung.[7,21]

Ein Unterschied in der Frühgeburtlichkeit zwischen Kindern geflüchteter und einheimischer Frauen kann durch die eingeschlossenen Publikationen nicht bestätigt werden: »[...] while there are some suggested links, there is insufficient evidence to support a strong association between preterm birth and African refugee women in host countries.« [5, S. 411] Ähnlich verhält es sich mit dem Geburtsgewicht: Auch hier können keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen geflüchteten und einheimischen Frauen beobachtet werden. Vielmehr ist ein geringes Geburtsgewicht mit der Ernährung der Mutter, Infektionskrankheiten (zum Beispiel Malaria) während der Schwangerschaft oder schwangerschaftsbedingten Erkrankungen assoziiert:[5,22] »LBW [low birthweight] is associated with a variety of maternal conditions among sub-Saharan women, such as malaria [...], HIV [...], STIs [...] and hypertensive disorders [...]« [5, S. 410]

Aufgrund der besonderen psychischen und sozialen Belastungen geflüchteter Frauen ist das Risiko für eine postpartale Depression im Wochenbett erhöht.[7,10,16] Fellmeth et al. erwogen in ihrer Studie den Aberglauben als Begründung für psychische Erkrankungen: »The idea that spirits can cause mental illness was raised only by a very small number of participants.« [10, S. 6]

### Geburtshilfliche Versorgung geflüchteter Frauen

Der formale Zugang zur geburtshilflichen Versorgung für geflüchtete Frauen ist von Staat zu Staat unterschiedlich geregelt. So ergeben sich mitunter Barrieren auf rechtlicher Ebene, wenn der Zugang zur geburtshilflichen Versorgung für geflüchtete Frauen nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist. Doch auch bei einem formalen Anspruch auf geburtshilfliche Versorgung begegnen geflüchtete Frauen Hürden bei der Inanspruchnahme der gesund-



heitlichen und geburtshilflichen Versorgung. Mögliche Zugangsbarrieren zur Versorgung während der Phase des Mutterwerdens sind:

- Sprachbarrieren, die keine adäquate Kommunikation zwischen der Frau und den professionellen Akteurinnen und Akteuren ermöglichen. Um die Verständigung zu ermöglichen, sind Sprachmittler und Dolmetscher erforderlich:[5,6,8,23,24] »Most women required an interpreter while attending healthcare services. According to the respondents, availability of interpreters was limited when visiting community general practitioners and in hospital after birth.« [8, S. 16]
- Die mangelnde Kultursensibilität im Gesundheitswesen sowie eine unzureichende interkulturelle Kompetenz der professionellen Akteurinnen und Akteure:[8,13,24] »[...] women complained about the [...], staff's lack of knowledge about female circumcision, limited communication about procedures, and hospital food not meeting their religious/cultural requirements [...].« [24, S. 18 f.]
- Die geringe Gesundheitskompetenz der geflüchteten Frauen, die sich aufgrund ihrer kurzen Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland in dem jeweiligen Gesundheitssystem (noch) nicht zurechtfinden:[5,8,24,25] »[...] a number of respondents found that the information provided was incomplete and this impacted on their ability to be well prepared for labour, birth and the postnatal period.« [8, S. 17 f.]
- Die Zunahme an Patientinnen mit besonderen Bedarfen allgemein sowie der Frauen mit Fluchthintergrund schränken die zeitlichen Ressourcen der professionellen Akteurinnen und Akteure ein. Infolgedessen kommt es zu langen Wartezeiten auf Termine sowie Zeitdruck und Stress bei der Konsultation. Aus der knapp bemessenen Zeit resultiert auch eine fehlende Flexibilität der Akteurinnen und Akteure in der geburtshilflichen Versorgung – sie können nicht angemessen auf individuelle und spezifische Bedürfnisse der Frauen eingehen:[8,21,24] »Contemporary midwifery practice frequently involves working in stressful environments with increasing staff

shortages and the threat of more efficiency savings.« [24, S. 408]

Die Versorgung geflüchteter Frauen während der Schwangerschaft ist unzufriedenstellend. [22,26] Insbesondere die inadäquate Nutzung der Schwangerenvorsorge im Hinblick auf die Quantität sowie der späte Kontakt zum Gesundheitssystem im Aufnahmeland können sich negativ auf die Gesundheit von Mutter und Kind auswirken.[7,11,25] Zudem fehlt es an Kontinuität in der Betreuung, die bei geflüchteten Frauen von besonderer Bedeutung ist: »Continuity of care was identified as an important factor for improving quality of care, trust and confidence, and overall satisfaction [...].« [8, S. 18]

## Diskussion

Dieses Scoping Review zeigt die Bedarfe geflüchteter Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Neben dem beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand sind geflüchtete Frauen psychisch sowie sozial stark belastet. Zudem zeigt das Scoping Review Defizite in der Versorgung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe: formale sowie strukturelle Zugangsbarrieren durch Probleme in der sprachlichen Verständigung, durch fehlende Kompetenzen aufseiten der professionellen Akteurinnen und Akteure (Kultursensibilität, frauenzentrierte Versorgung) und zugleich mangelnde Kenntnisse der geflüchteten Frauen (geringe Gesundheitskompetenz und Probleme beim Zurechtfinden im Gesundheitswesen).

Die Auswahl und das Auswerten der Publikationen erfolgten durch eine Reviewerin. Ein Austausch oder Abgleich mit anderen Forschenden war nicht gegeben. Infolgedessen besteht die Gefahr einer selektiven Auswahl. Die Ein- und Ausschlusskriterien dieses Scoping Reviews schließen Publikationen zu Migrantinnen in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus, obwohl die Migrantinnenpopulation geflüchtete Frauen (zu einem geringen Anteil) beinhaltet. Die Literatur zu Migrantinnen nimmt jedoch häufig keine Differenzierung jener Subpopulationen vor. In diesem Forschungsprojekt

werden explizit die Bedarfe und Besonderheiten geflüchteter Frauen – nach einer von außen erzwungenen Migration – betrachtet. Aus diesem Grund erschien es sinnvoll, auf Publikationen zu Migrantinnen allgemein zu verzichten.

Die in das Scoping Review eingeschlossenen Publikationen sind auf verschiedenen Ebenen sehr heterogen. So unterscheiden sie sich im Studiendesign, aber auch im Setting (Aufnahmeland). Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie der verschiedenartigen Gestaltung der Gesundheitssysteme innerhalb der einzelnen Aufnahmeländer ist ein Abgleich der Versorgungssituation schwierig. Zusätzlich unterscheiden sich die Studienpopulationen stark: unterschiedliche Herkunftsländer der geflüchteten Frauen, Unterschiede im rechtlichen Status der Frauen und damit verbundener Versorgungszugänge sowie ein ungleicher Fokus auf die Phasen der Mutterschaft. Die Definition beziehungsweise Operationalisierung von »geflüchtet« variiert zwischen den Publikationen, sodass auch hier ein Vergleich streng genommen nicht möglich ist. Erkenntnisse und Versorgungsmodelle anderer Settings sind nicht problemlos auf die Population der geflüchteten Frauen in Deutschland zu übertragen, da sich sowohl das Gesundheitssystem und die gesetzlichen Regelungen als auch die betrachteten Populationen unterscheiden.

## Fazit und Empfehlungen

Fortbildungen für professionelle Akteurinnen und Akteure sind eine gute Möglichkeit, die kulturelle Kompetenz und den Umgang mit geflüchteten Frauen zu schulen sowie sie auf den Kontakt und die Betreuung jener Population vorzubereiten.[8,23] Des Weiteren sind Kooperationen und Vernetzungen der professionellen Akteurinnen und Akteure im Sinn der Frauen sinnvoll und ratsam. Sie dienen nicht nur der Weiterleitung und Überweisung bei spezifischen Bedarfen, sondern auch dem Austausch und der Koordination von Aktivitäten.[19,23]

Die Betreuungskontinuität ist ein weiterer wichtiger Faktor bei der Versorgung von Frauen im geburtshilflichen Kontext und ins-

besondere von Frauen mit Fluchterfahrung. Eine fragmentierte Betreuung beziehungsweise ein Abbruch in der Betreuung begünstigt zusätzlichen Stress für die Frauen sowie höhere Kosten für das Gesundheitssystem (durch die wiederholte Anamnese und erneute Screening-Tests).[7,8]

Bei der Betreuung geflüchteter Frauen besteht die Gefahr, psychische sowie soziale Problemlagen zu medikalisieren. Angesichts der komplexen Versorgungssituation erscheint es leicht, die medizinischen Aspekte zu fokussieren und zu behandeln, ohne die sozialen und psychischen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Jedoch ist es insbesondere bei geflüchteten Schwangeren und geflüchteten Wöchnerinnen von besonderer Relevanz, einen ganzheitlichen Ansatz in der Betreuung und Versorgung zu wählen, um der komplexen Situation der Fluchterfahrungen in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gerecht zu werden.[13,16,17,18]

Ferner benötigen geflüchtete Frauen hinreichende Informationen zu den angebotenen Leistungen und Aufklärung zur geburtshilflichen Versorgung sowie zu ihren Ansprüchen hierzu.[5,8,24,23]

### Ethische Aspekte

Das Forschungsvorhaben wurde in Übereinstimmung mit vorherrschenden ethischen Prinzipien durchgeführt. Es liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Universität Bielefeld zum eingereichten Antrag des Forschungsvorhabens »Geburtshilfliche Versorgung geflüchteter Frauen« vom 23.8.2017 vor.

### Finanzierung/Sponsoren

Es handelt sich um ein Teilprojekt des NRW-Forschungskollegs »FlüGe – Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland«, das vom Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen finanziell gefördert wird.

### Interessenkonflikte

Die Autorin erklärt keine Interessenkonflikte.

### Literatur

- 1 BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Aktuelle Zahlen zu Asyl (12/2016). Dezember 2016. [www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff 27.3.2018)
- 2 United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR): Global Trends. Forced Displacement in 2015. Genf 2016
- 3 Arksey H, O'Malley L: Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005; 8: 19–32
- 4 Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D et al.: Systematische Übersicht und »Mapping« empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016; 59: 599–620
- 5 Carolan M: Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery* 2010; 26: 407–414
- 6 Gibson-Helm M, Teede H, Block A.: Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 392
- 7 Stewart D, Gagnon A, Merry L, Dennis CL: Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy. *J Womens Health* 2012; 21: 1100–1106
- 8 Correa-Velez I, Ryan J: Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women Birth* 2012; 25: 13–22
- 9 Alemayehu A, Gedefaw L, Yemane T, Asres Y: Prevalence, Severity, and Determinant Factors of Anemia among Pregnant Women in South Sudanese Refugees, Pugnido, Western Ethiopia. *Anemia* 2016; 2016: 9817358
- 10 Fellmeth G, Plugge E, Paw M, Charunwatthana P, Nosten F, McGready R: Pregnant migrant and refugee women's perceptions of mental illness on the Thai-Myanmar border: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 93
- 11 Khanlou N, Haque N, Skinner A, Mantini A, Kurtz Landy C: Scoping Review on Maternal Health among Immigrant and Refugee Women in Canada: Prenatal, Intrapartum, and Postnatal Care. *J Pregnancy* 2017; 8783294
- 12 Russo A, Lewis B, Joyce A, Crockett B, Luchters S: A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 197
- 13 Byrskog U, Olsson P, Essen B, Klingberg Allvin M: Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 1
- 14 Goosen S, Uitenbroek D, Wijsen C, Stronks K: Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 528–533
- 15 Kurth E, Jaeger F, Zemp E, Tschudin S, Bischoff A: Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2010; 10: 659

- 16 Brown-Bowers A, McShane K, Wilson-Mitchell K, Gurevich M: Postpartum depression in refugee and asylum-seeking women in Canada: A critical health psychology perspective. *Health* 2015; 19: 318–335
- 17 Haith-Cooper M, Bradshaw G: Meeting the health and social care needs of pregnant asylum seekers; midwifery students' perspectives: Part 3; »the pregnant woman within the global context«; an inclusive model for midwifery education to address the needs of asylum seeking women in the UK. *Nurse Educ Today* 2013; 33: 1045–1050
- 18 Haith-Cooper M, Bradshaw G: Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers: midwifery students' perspectives. Part 2: Dominant discourses and approaches to care. *Nurse Educ Today* 2013; 33: 772–777
- 19 Mantovani N, Thomas H: Choosing motherhood: the complexities of pregnancy decision-making among young black women »looked after« by the State. *Midwifery* 2014; 30: e72–e78
- 20 Yelland J, Riggs E, Wahidi S et al.: How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families? *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 348
- 21 Bouchghoul H, Hornez E, Duval-Arnould X, Philippe HJ, Nizard J: Humanitarian obstetric care for refugees of the Syrian war. The first 6 months of experience of Gynécologie Sans Frontières in Zaatarî Refugee Camp (Jordan). *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 755–759
- 22 Wilson-Mitchell K, Rummens J: Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 2198–2213
- 23 Kennedy P, Murphy-Lawless J: Maternity care needs of refugee and asylum-seeking women: a summary of research. Northern Area Health Board (NAHB) 2001. unter [www.lenus.ie/hse/handle/10147/42903](http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/42903) (Zugriff 28.3.2018)
- 24 McCarthy R, Haith-Cooper M: Evaluating the impact of befriending for pregnant asylum-seeking and refugee women. *B J Midwifery* 2013; 21: 404–409
- 25 Lephard E, Haith-Cooper M: Pregnant and seeking asylum; exploring experiences »from booking to baby«. *Br J Midwifery* 2010; 24: 130–136
- 26 Riggs E, Yelland J, Shankumar R, Kilpatrick N: »We are all scared for the baby«: promoting access to dental services for refugee background women during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16: 1

**Kontakt**

Anne Kasper, MSc, Hebamme  
 Universität Bielefeld  
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
 AG 4 – Prävention und Gesundheitsförderung  
 Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld  
[anne.kasper@uni-bielefeld.de](mailto:anne.kasper@uni-bielefeld.de)

**Kommentar**

Erschöpft, traumatisiert, verloren in der Fremde – und schwanger. So könnte man die Situation vieler geflüchteter Frauen beschreiben, zu denen Anne Kasper einen Studienüberblick zusammengestellt hat. Ihr Scoping Review beschäftigt sich mit der Situation Schwangerer, Gebärender und junger Mütter auf oder nach der Flucht – in mehrfacher Hinsicht besonders vulnerable Menschen.

Ein Scoping Review gibt einen ersten Überblick über die Literatur zu einer recht breiten Forschungsfrage. Die Studien, die Kasper fand, sind zudem heterogen; die Frauen stammen aus sehr verschiedenen Herkunftsländern und wurden in unterschiedlichen Aufnahmelandern untersucht, auch ihr rechtlicher Status und ihr Zugang zum Gesundheitssystem variieren. Die jüngste Fluchtwelle in Europa ist in diesen Studien noch nicht erfasst; auf die Lage dieser Flüchtlinge kann deshalb höchstens indirekt geschlossen werden.

Der Tenor ist trotzdem klar, und die Probleme in der Versorgung dürften ähnlich sein. Kasper beschreibt Zugangsbarrieren wie Sprachprobleme, mangelnde Information über Versorgungsmöglichkeiten und eine verbesserungswürdige kulturelle Kompetenz des Gesundheitspersonals. Diese Hindernisse kennen viele Hebammen, die in Deutschland geflüchtete Frauen versorgen, aus eigener Erfahrung.

Auf Basis der Studienlage empfiehlt Kasper Fortbildungen für das Personal und eine bessere Kooperation und Vernetzung der betroffenen Stellen. Ein weiterer Punkt ist ihr besonders wichtig: Betreuungskontinuität. Denn eine fragmentierte Betreuung begünstigt zusätzlichen Stress für die Frauen und höhere Kosten für das Gesundheitssystem.

Diese Empfehlungen könnten Basis für strukturelle Verbesserungen bei diesem wichtigen Thema sein. Sie sind aber auch für einzelne Hebammen brauchbare Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten: Sich fortzubilden und Netzwerke zu initiieren, ist ein guter Anfang für eine besser Versorgung junger (werdender) Mütter mit Fluchterfahrung.

Dr. Nina Drexelius

## Impressum

### Wissenschaftsforum

**Herausgeber:** Deutscher Hebammenverband, Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe | [www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)  
Sonderausgabe Hebammenforum, Juli 2019

**Infos und Call for Papers:** [www.hebammenforum.info](http://www.hebammenforum.info) → Wissenschaft | **Lektorat:** Redaktion Hebammenforum | **Beratung:** Prof. Dr. habil. Birgit Reime  
**Gestaltung:** Wilfried Gandras / Gesine Krüger

Texte und Abbildungen des Wissenschaftsforums sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung, das Recht zur Übersetzung in fremde Sprachen, sind vorbehalten.

Diese Ausgabe darf nicht, auch nicht auszugsweise, ohne schriftliche Genehmigung des DHV in irgendeiner Form – durch Fotokopie oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen, vervielfältigt, verbreitet oder im Internet veröffentlicht werden.

Entsprechende Anfragen richten Sie bitte an [redaktion@hebammenverband.de](mailto:redaktion@hebammenverband.de).