



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

In anderen Zuständen & unter anderen Umständen:
Schwangere Syrerinnen als Geflüchtete in Vorarlberg

verfasst von / submitted by

Camilla Mittelberger, BA BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 810

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Gebhard Fartacek

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich jenen Personen danken, die diese Arbeit erst ermöglicht und mich bis zum Schluss unterstützt haben.

Zu allererst möchte ich ein großes Dankeschön an alle TeilnehmerInnen meiner Forschung richten. Ich bedanke mich für eure Kommunikationsbereitschaft, eure Zeit, Ehrlichkeit und euer Vertrauen. Insbesondere möchte ich den Frauen danken, die mit mir ihre Geburtserfahrung(en) und persönlichen Geschichten teilten. Ohne eure Offenheit wäre diese Forschung nicht möglich gewesen.

Ich möchte meinen Eltern danken für ihre andauernde Unterstützung während des Studiums, ihr offenes Ohr, ihre Begeisterungsfähigkeit und ihr unablässiges Vertrauen in mich. Ein großes Dankeschön an Mama für den wertvollen Input als Hebamme und an Papa für die intensive Unterstützung im Schreibprozess und das wiederholte sonntägliche Korrekturlesen.

Meinem Freund, der mit seinem wissenschaftlichen Blickwinkel meine Arbeit bereicherte und mich nach langen Tagen in der Bibliothek erheiterte sowie meinen Schwestern, die mich während der intensiven Schreibphase bestärkten und motivierten.

Vielen Dank an alle FreundInnen und StudienkollegInnen, die sich wiederholt meine Überlegungen, Fragen und Unsicherheiten anhörten und durch ihre Beiträge Klarheit schafften.

Ein großes Dankeschön auch an Dr. Margot Pires von der regionalen Koordinationsstelle für Integration Vorderland-Feldkirch für die Zusammenarbeit und ihre Hilfe bei zahlreichen flucht- und vorarlbergbezogenen Fragen.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei Mag. Dr. Gebhard Fartacek für die ausgezeichnete Betreuung des Schreibprozesses bedanken, insbesondere für die zahlreichen Hilfestellungen, inhaltlichen Inputs, detaillierten Feedbackgespräche und das stetige Interesse. Eine wissenschaftliche Betreuung dieser Art kann sich jede Studentin / jeder Student nur wünschen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Forschungsstand	2
1.2 Forschungsfragen und Forschungsziel	6
2. Methodische Vorgehensweise	7
2.1 Forschungsfeld	7
2.2 Interviewpartnerinnen	8
2.3 Forschungsverlauf und methodische Überlegungen	13
3. In anderen Zuständen: Schwangerschaft und Geburt in der Kultur- und Sozialanthropologie	19
3.1 Historische Entwicklungen und ethnomedizinische Perspektiven	19
3.2 Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft als kulturelle Systeme	24
3.2.1 „Authoritative Knowledge“: Monopol und Hierarchisierung	26
3.2.2 Übergangsriten und personale Zustandsveränderungen	27
3.3 Stratifizierte Reproduktion	29
3.3.1 Who shapes the national body? Die Schnittstelle von „Refugeeness“ und Reproduktion	31
3.3.2 Strukturelle Diskriminierung als Folge stratifizierter Reproduktion	32
4. Unter anderen Umständen: Schwangerschaft und Geburt in einem Kriegsgebiet	36
4.1 „Wie hier in Österreich, aber ein bisschen anders“: Lokal-kulturelle Konzeptionen von Schwanger- und Mutterschaft in Syrien	36
4.1.1 Mutterschutz in Syrien	36
4.1.2 Geburtenrate	39
4.1.3 Die Frau als Trägerin des Kindes	40
4.1.4 Die soziale Bedeutung der Schmerzerfahrung	41
4.1.5 Geburt als Initiationsritus: Namensänderung der Eltern	43
4.1.6 Von Töchtern und Söhnen	45
4.1.7 Postnatale Traditionen	47
4.1.8 <i>Kabsa</i> , die Kindbettdämonin <i>Qarīna</i> und der Böse Blick	50
4.2 Das syrische Gesundheitssystem	54
4.2.1 Das medizinische Personal: Die Zuschreibung von „authoritative knowledge“	57
4.2.2 Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe in Syrien	58
4.2.3 Ökonomie der Medizin: Von der Patientin zur Klientin	61
4.3 Die Auswirkungen des Krieges auf die medizinische Infrastruktur in Syrien	68
4.3.1 Der Zweck heiligt die Mittel: Der Kaiserschnitt	72
4.4 MSF Klinik im Shatila Refugee Camp, Libanon	74
4.4.1 Der Kaiserschnitt und dessen Folgen in Kriegszeiten	76
5. Mütter auf der Flucht	78
5.1 Schwangere als besonders Schutzbedürftige	83

6. Schwangere Syrerinnen im Vorarlberger Gesundheitssystem	84
6.1 Das Vorarlberger Gesundheitssystem: medizinische und administrative Abläufe	84
6.1.1 Zugang zu gynäkologischer Betreuung	88
6.1.2 Geschlechterpräferenzen in der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe	89
6.1.3 Angebot und Bedarf an postnataler Betreuung	90
6.2 „Geburtskultur“: Pluralismus in der Geburtshilfe?	91
6.2.1 Die Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patientin	94
6.2.2 Geflüchtete Frauen als Risikopatientinnen	97
6.3 Die Geburtserfahrung syrischer Geflüchteter in Vorarlberg	98
6.4 It takes a village to raise a child: (Fehlende) soziale Netzwerke syrischer Mütter in Vorarlberg	101
6.5 „Sie ist nur ein Flüchtlingskind“: Die Frage der Staatenlosigkeit	104
7. Reproduktionsstrategien in Krisensituationen	107
7.1 Die arabische Frau als Mutter: Selbst- und Fremdzuschreibungen in Vorarlberg	107
7.2 Von der Großfamilie zur Kernfamilie: Was bleibt, sind die Kinder	110
7.3 Exkurs: Ungeplante Schwangerschaft	112
7.4 Gewonnene Freiheit?	113
7.5 Mutterschaft: transkulturelle Identitäten	117
8. Schlussfolgerungen und Ausblick	120
9. Literaturverzeichnis	123
10. Anhang	133
10.1 Rechtstexte und politische Anträge	133
10.2 Schriftverkehr	133
10.3 Verzeichnis der Interviews und Fachgespräche	134
10.4 Geburtshilfliche Fachbegriffe Deutsch-Arabisch (ÖHG)	135
10.5 Abstract Deutsch	139
10.6 Abstract Englisch	140

1. Einleitung

Kaum ein Tag vergeht ohne die Präsenz Syriens in der internationalen Medienlandschaft. Bilder von großen Menschengruppen auf der Flucht prägen die Öffentlichkeit, viel zu selten sehen wir die Darstellung flüchtender Menschen als Individuen. Schätzungen zufolge ist eine von zehn Frauen, die nach Europa gelangen, schwanger (McHugh 2016; Ramrayka 2016). Schwangere Frauen und stillende Mütter sind eine besonders verletzte Gruppe, die im Kriegsgebiet, auf der Flucht und im Aufnahmeland einer enormen Belastung ausgesetzt ist. Trotzdem wird ihnen in den Medien und auch der Wissenschaft wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Aus diesem Grund entschied ich mich dafür, im Rahmen meiner Masterarbeit die Auswirkungen von Krieg und Flucht auf Schwangerschaft und Geburt zu untersuchen und im Zuge dessen eine Fallstudie zu schwangeren Syrerinnen in Vorarlberg durchzuführen.

Bei der Geburt geht es um mehr, als einen Menschen in die Welt zu setzen. “[Gebären] ist im realsten Sinne gesellschaftskonstituierend und ein widersprüchlicher Kreuzungspunkt verschiedener gesellschaftlicher Kräfte. [...] Es ist sowohl soziales Konstrukt, als auch leiblich erfahrbar.“ (Kaufmann 2002:127) Der von Kaufmann angesprochene Kreuzungspunkt verändert sich im Kontext von Krieg und Flucht und genau an dieser Stelle setzen meine Überlegungen an. Schwangerschaft und Geburt, in den meisten Fällen ein freudiges Ereignis, scheinen Krieg und Zerstörung zu trotzen. Dennoch nehmen sowohl infrastrukturelle Umstände in einer Krisensituation als auch personale und kollektive Veränderungen Einfluss auf diese kulturell geprägten Phänomene. Darüber hinaus hat Reproduktion immer auch eine politische Seite und geht einher mit gesellschaftlicher Positionierung (Kanaaneh 2002:8).

Syrien ist aus offensichtlichen Gründen kein Ort, der derzeit Feldforschungen erlaubt. Empirische Untersuchungen mit schwangeren Syrerinnen in Vorarlberg ermöglichen mir auf der einen Seite einen Einblick in die Situation werdender Mütter in Syrien. Veränderungen aufgrund des Krieges und der Entscheidung zur Flucht werden sichtbar gemacht. Auf der anderen Seite können so die Lebenswelten Schwangerer mit Fluchthintergrund untersucht werden. Die Fallstudie soll anthropologisch relevante Erkenntnisse bringen, die in einem lokalen, nationalen und möglicherweise globalen Kontext Relevanz haben.

1.1 Forschungsstand

Die forschungsleitenden Fragestellungen dieser Untersuchung beziehen sich auf die Auswirkungen von Krieg und Flucht auf die Mutterschaftserfahrung geflüchteter Frauen. Die vorliegende Fallstudie syrischer Frauen in Vorarlberg bildet die Basis meiner Arbeit. „Refugeness“, auf Deutsch „Flüchtling-Sein“, wird überwiegend mit „victimhood“, „Opfer-Sein“, assoziiert. Diese kognitive Verknüpfung wird noch prävalenter, wenn es um weibliche Geflüchtete aus dem Nahen Osten geht. Wie Abu-Lughod in ihrem Buch „Do Muslim Women Need Saving?“ (2013) schreibt, werden muslimische Frauen in westlichen Diskursen oft als Opfer von Unterdrückung dargestellt, die kaum Handlungsmacht haben und im Namen der Gleichstellung „gerettet“ werden müssen. Sie spricht davon, dass Diskurse, die die Idee der „Westlichen Freiheit“ einer „Gefangenschaft im Islam“ gegenüberstellen, heute in vielen gesellschaftlichen Kontexten dominieren (2013:20). Mit der Absicht, von dieser Opferzuschreibung Abstand zu nehmen, fokussiert diese Arbeit unter anderem auf Strategien und Bewältigungsmechanismen schwangerer syrischer Frauen in Vorarlberg und darauf, wie sie sich in Beziehung zu Konzeptualisierungen weiblicher arabischer Geflüchteter positionieren.

Diese Forschung ist eingebettet in die sozialwissenschaftlichen Disziplinen der Flucht- und Migrationsforschung sowie der Medizinanthropologie mit Fokus auf Schwanger- und Mutterschaft. Des Weiteren besteht ein geografischer Bezug zur Anthropologie des Nahen und Mittleren Ostens, insbesondere der Arabischen Republik Syrien.

Fluchtforschung gewann in der Anthropologie in den 1980ern an Bedeutung. Die Zahl der Forschungen und Publikationen auf diesem Gebiet sowie das Interesse unterschiedlichster wissenschaftlicher Disziplinen nahmen seither stark zu. Die 80er verzeichnen eine erstmalige Institutionalisierung der Fluchtforschung mit der Gründung des „Refugee Studies Programme“ an der Universität Oxford 1982 und des „Journal of Refugee Studies“ 1988 (Malkki 1995:507). Nicht nur auf Grund der global hohen Zahl an vertriebenen Personen – derzeit 65,6 Millionen weltweit (UNHCR 2017a) – weckte Flucht das Forschungsinteresse der Sozialwissenschaften (Castles 2003). Kultur- und sozialanthropologische Studien fokussieren vielfach auf transnationale Verbindungen und soziale Netzwerke in der globalisierten Welt (Levitt und Glick Schiller 2004). Anthropologische Theoriebildung befasst sich beispielsweise mit Identitätsbildung und deren mögliche Veränderung durch die Erfahrung von Migration oder Flucht (Binder und Tošić 2003:453). Brettell und Hollifield sehen die Stärke der anthropologischen Migrationsforschung in deren Fokus auf die

Erfahrung von MigrantInnen sowie auf soziale und kulturelle Veränderungen durch den Migrationsprozess (2000:4). Eine Analyse sozialer und kultureller Veränderung in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft als Folge von Krieg und Flucht stellt einen großen Teil der vorliegenden Untersuchung dar. Dieser Wandel findet Ausdruck in den Leben von Individuen und kleinen Gemeinschaften, weshalb die Erfahrungen schwangerer syrischer Geflüchteter in Vorarlberg den Ausgangspunkt dieser Studie darstellen. "Ethnographic and cultural studies approaches may find that change is experienced at the local and personal levels, yet they need to be linked to broader analyses of institutions and structures. In other words: there can be no local studies without an understanding of the global context and no global theorization without a basis in local research." (Castles 2003:22) In Anlehnung an Castles Argumentation für eine Wechselbeziehung des Lokalen mit dem Globalen befasst sich diese Arbeit mit den Erfahrungen individueller Frauen in Verbindung mit rechtlichen, politischen und gesellschaftlichen Strukturen in Österreich und speziell in Vorarlberg sowie deren Einbettung in die Thematik der Fluchtbewegungen aus dem Nahen Osten nach Europa.

Malkki (1995:509) kritisiert die Vorstellung des Identitätsverlustes durch Migration oder Flucht und die Annahme, das Aufnahmeland sei unweigerlich „strange“. Dabei werde das Herkunftsland als „natürliches“ Umfeld konstruiert und idealisiert. So wird das Aufnahmeland ein Ort, der für Geflüchtete nie „Zuhause“ sein kann. Geflüchtete werden in einer Übergangsphase, einem „Dazwischen“ verortet (Binder und Tošić 2003:454; Harrell-Bond und Voutira 1992:7).

Diese Überlegungen finden Anwendung in dieser Studie. Wie sich zu Beginn meiner Forschung zeigt, trifft die Annahme, dass sich geflüchtete Frauen im österreichischen Gesundheitssystem fremd fühlen, nicht zwingend zu. Anstatt Schwierigkeiten oder gar Verunsicherung anzunehmen, konzentriere ich mich in weiterer Folge auf die Handlungsmacht der Frauen, deren Positionierungen und Bewältigungsstrategien in fordernden Situationen.

Castles (2003:28) fordert einen stärkeren Fokus auf geschlechterspezifische Dimensionen im Bereich der Fluchtforschung. Frauen machen einen erheblichen Anteil der vertriebenen Bevölkerung aus. Von derzeit 5,34 Millionen registrierten Geflüchteten aus Syrien schätzt die UNHCR den Anteil von Frauen und Mädchen auf 48,4% (UNHCR 2017b). Diese werden häufig als „Anhängsel“ ihrer Partner gesehen und nicht als aktiv Handelnde (DeSouza 2004:467, Hobsig 2004:245). Meine Forschung zeigt, dass es durchaus Frauen gibt, die ohne männliche Begleitung reisen, teilweise alleine mit ihren Kindern. In diesen Fällen folgt meist

der Partner zu einem späteren Zeitpunkt, was unterschiedliche Gründe hat. Unabhängig davon sind Frauen auf der Flucht wie auch im Aufnahmeland vermehrt geschlechterspezifischer Gewalt und Erschwernissen ausgesetzt. Auf Grund weitverbreiteter Außerachtlassung weiblicher Geflüchteter als aktiv Handelnde sowie der erhöhten Verletzlichkeit von Frauen in der Fluchterfahrung besteht Bedarf an geschlechterspezifischer Forschung in diesem Bereich.

Anhand des Konzeptes der „stratifizierten Reproduktion“ (Kapitel 3.3) von Shellee Colen (1995) untersucht diese Studie die Handlungsräume und Positionierungen schwangerer syrischer Geflüchteter in Vorarlberg. Colens Konzept beschreibt soziale, politische und ökonomische Strukturen und Diskurse, welche die Fortpflanzung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen im Vergleich zu anderen favorisieren. Die Anthropologinnen Sargent und Larchanché (2011) sehen das Konzept der stratifizierten Reproduktion als Ausgangspunkt ihrer Forschung zu transnationaler Migration und globaler Gesundheit und sprechen sich für mehr Forschung zu reproduktiver Gesundheit in der Migrationsforschung aus. Empirische Studien in diesem Bereich sind rar, besonders jene mit Fokus auf Fluchtbewegungen.

Eine große Bandbreite an anthropologisch relevanten Aspekten wird durch die Interviews mit syrischen Geflüchteten abgedeckt. Die Themenbereiche reichen vom Zugang zu medizinischer Versorgung über die Geburtserfahrung in Vorarlberg bis zu Verhütung und Abtreibung. Zahlreiche medizinanthropologische Studien zum Thema Geburt wurden seit den 60ern publiziert. Mead und Newton (1967), Kitzinger (1962), Newman (1965), Stoller Shaw (1974), Raphael (1975), McClain (1982), Cosminsky (1977) und Jordan (1993 [1978]) sind unter anderem führende Forscherinnen in der Anthropologie der Geburt, die ab den 60ern und 70ern mehr Aufmerksamkeit erlangte (Davis-Floyd und Sargent 1997:2). Des Weiteren beschäftigen sich WissenschaftlerInnen unterschiedlicher sozialwissenschaftlicher Disziplinen mit reproduktiver Gesundheit und Schwangerschaft sowie mit kulturübergreifenden Vergleichen im Bereich der Anthropologie der Geburt (siehe Kottwitz et al. 2011, Nadig 2011, Rose und Schmied-Knittel 2011, Villa et al. 2011, DeSouza 2004, Roudi-Fahimi 2003, Klassen 2001, Sargent und Bascope 1996, Schiefenhövel et al. 1995, Hadolt 1992). Diese Studien reichen von Analysen der reproduktiven Gesundheit im Nahen Osten und in Nordafrika (Roudi-Fahimi 2003) bis hin zu interkulturellen Vergleichen des Geburtsprozesses in Mexiko, Kuba und Texas (Sargent und Bascope 1996). Der Zugang zu medizinischer Versorgung, die Interaktion zwischen Patientin und medizinischem Personal

und die Geburtserfahrung von Migrantinnen sind weitere anthropologisch relevante Bereiche. Small et al. (2014), Schildberger (2011) und Stülb (2010) beschäftigten sich beispielsweise mit Migrantinnen in der Geburtshilfe. Dennoch gibt es eine begrenzte Zahl an Studien und Publikationen zu Schwanger- und Mutterschaft im Kontext von Vertreibung und Flucht und insbesondere zur Positionierung schwangerer Geflüchteter in dominanten Diskursen zu „Refugeeness“ und Mutterschaft. Hier ist diese Studie verortet.

Da sich diese Forschung mit geflüchteten Frauen aus Syrien befasst, kontextualisieren Literatur und Daten zu reproduktiver Gesundheit, Gesundheitssystemen und Obstetrik in Syrien die Erfahrung der Geflüchteten mit der Geburtshilfe in Vorarlberg. Zum Zweck der Kontextualisierung wird Literatur zu den Themen Geburt, Abtreibung, der prävalenten Kaiserschnitttrate sowie geburtshilflichen Systemen im Nahen Osten herangezogen. Hyam Bashour, Professorin am “Department of Family and Community Medicine” der Universität von Damaskus und Mitarbeiterin der Weltgesundheitsorganisation, führte zahlreiche Untersuchungen zu Schwangerschaft und Geburt in Syrien durch. In Zusammenarbeit mit anderen AutorInnen publizierte sie Studien über die Präferenzen syrischer Frauen bezüglich Geburtsort und Betreuung während der Geburt (2005), die Erfahrung mit Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft (2005), die Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung in Krankenhäusern (2008) und die steigende Kaiserschnitttrate (2015).

Mit derartigen Themenbereichen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit. Des Weiteren wird Literatur zur soziokulturellen Kontextualisierung herangezogen. Wissenschaftliche Ausführungen zur Rolle der Frau und Mutter im Islam (Akashe-Böhme 2006), zur Bedeutung des Bösen Blicks (Fartacek 2010, Strasser 1994) oder postnataler Traditionen, wie beispielsweise die Praktik elterlicher Namensänderung (Heine und Heine 1993), sind hier relevant. Abu-Lughod (2013) thematisiert die Frage der Handlungsmacht muslimischer Frauen und deren Charakterisierung als Opfer maskuliner Unterdrückung. Diese Konzepte von Handlungsmacht und Viktimisierung spielen im Rahmen meiner Forschung eine wichtige Rolle.

Studien zur Erfahrung schwangerer Geflüchteter im Aufnahmeland sind rar. Zwei Publikationen möchte ich an dieser Stelle erwähnen. Gibson-Helm (2014) erforschte den Schwangerschaftsausgang afrikanischer Geflüchteter in Australien im Vergleich zu Frauen mit Migrationserfahrung, aber ohne Fluchthintergrund. In Zusammenarbeit mit dem „Refugee Council“ publizierte die britische Organisation „Maternity Action“ 2013 einen Bericht, der die gesundheitlichen Auswirkungen der behördlichen Umsiedlung auf

schwängere Asylwerberinnen erforschte (Feldman 2013:3). Der Bericht fokussierte auf die Politik der Umsiedlung in Großbritannien sowie die gesundheitliche Versorgung in Bezug auf schwängere Asylwerberinnen und schwängere Frauen, deren Asylantrag abgelehnt wurde. Diese Studien sind Beispiele für wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen im Zusammenhang mit Flucht und Migration.

1.2 Forschungsfragen und Forschungsziel

Basierend auf einer Fallstudie geflüchteter syrischer Frauen in Vorarlberg liegt das Interesse dieser Forschung an der Schnittstelle von Flucht und Mutterschaft. Der Titel „In anderen Zuständen & unter anderen Umständen“ bezieht sich auf Schwangerschaft („in anderen Zuständen“) und auf die Bedingungen von Krieg und Flucht („unter anderen Umständen“). Schwanger- und Mutterschaft gehen einher mit einer personalen und sozialen Zustandsveränderung, weshalb besonders die Geburt und das Wochenbett als einschneidende Lebensphase von kulturell geprägten Übergangsriten begleitet werden (Leach 1978:98f). Krieg und Flucht stellen außergewöhnliche Umstände dar, die Einfluss auf diese besonderen Zustände nehmen. Bezugnehmend auf die genannten Zustände und Umstände steht die Mutterschaftserfahrung syrischer Geflüchteter in Vorarlberg im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung.

Im Zuge dieser Arbeit werden Schwangerschaft und Geburt als kulturell bedingte Phänomene behandelt und analysiert. Lokal-kulturelle Konzeptionen von Schwanger- und Mutterschaft in Syrien und die Positionierung der Frauen in dominanten Diskursen zu Reproduktion in Bezug auf Flucht in Vorarlberg sind hier von Interesse. Zudem liegt der Fokus auf damit einhergehende personale und kollektive Identitätskonstruktionen. Die empirischen Daten geben Aufschluss über die Strategien der Frauen bezüglich der Familienplanung in einer Krisensituation und einem neuen gesellschaftlichen Umfeld. In Anlehnung an Colens Konzept der „stratifizierten Reproduktion“ (Kapitel 3.3) spreche ich im Folgenden von „Reproduktionsstrategien“, womit ich mich auf den aktiven Entscheidungsfindungsprozess der Interviewpartnerinnen bezüglich (k)einer weiteren Schwangerschaft unter Berücksichtigung personaler Vorstellungen und gegebener gesellschaftspolitischer Umstände beziehe (Kapitel 7). Des Weiteren werden rechtliche und sozialpolitische Entwicklungen auf nationaler und lokaler Ebene sowie deren Auswirkungen auf syrische schwängere Geflüchtete skizziert. Dabei wird unter anderem der Frage nachgegangen, wie sich der Zugang zu medizinischer Versorgung und gesellschaftlicher Unterstützung vor und während

der Mutterschaft gestaltet. Aus diesen Überlegungen können folgende Forschungsfragen abgeleitet werden:

- Welche Auswirkungen haben Krieg und Flucht auf die Mutterschaftserfahrung geflüchteter syrischer Frauen?
- Welche rechtlichen und sozialpolitischen Strukturen nehmen Einfluss auf schwangere Syrerinnen in Vorarlberg? Wie gehen die betroffenen Frauen damit um?
- Wie gestaltet sich der Zugang der Frauen zu medizinischer und sozialer Versorgung / Betreuung? Wie finden lokal-kulturelle Konzeptionen von Schwangerschaft und Geburt Eingang in die Interaktion zwischen den syrischen Frauen und dem medizinischen Personal?
- Wie positionieren sich die Frauen in Beziehung zu dominanten Konzeptualisierungen arabischer Mütter? Wie verändern sich personale Identitäten in der österreichischen Gesellschaft?
- Welche Reproduktionsstrategien finden in Krisensituationen oder in einem neuen sozialen Umfeld Anwendung?

Ziel dieser Forschung ist es, personale und kollektive Veränderungen bezüglich Mutterschaft als Folge von Flucht zu erforschen und die Handlungsstrategien geflüchteter syrischer Frauen in Vorarlberg zu verstehen.

2. Methodische Vorgehensweise

2.1 Forschungsfeld

Zu Beginn dieses Kapitels möchte ich mein Forschungsfeld geografisch definieren. Diese Studie ist im österreichischen Bundesland Vorarlberg verortet. Nicht nur zwischen den Bundesländern gibt es große politische und demografische Unterschiede, auch von Gemeinde zu Gemeinde variieren die lokalpolitischen Maßnahmen und Angebote. Zunächst unterscheidet sich die Anzahl der Geflüchteten, die in den Bundesländern und den jeweiligen Gemeinden aufgenommen werden. Bis Januar 2017 nahm Vorarlberg proportional zur Bevölkerungsanzahl nach Wien die meisten AsylwerberInnen aus Syrien auf (Statistik Austria 2017a).

Vorarlberg, das westlichste Bundesland Österreichs, erstreckt sich über 2.600 km². Es verzeichnet eine Bevölkerung von knapp 390.000 EinwohnerInnen. Im Januar 2017 befanden sich 2.185 syrische Geflüchtete in Vorarlberg (Statistik Austria 2017a). Dem Amt der Vorarlberger Landesregierung zufolge wurden 2016 im Krankenhaus Dornbirn, einem von

vier Krankenhäusern mit Geburtsstation, 15 Kinder von einer syrischen Mutter geboren (E-Mail an die Autorin, 19. Mai 2017). Nach Auskunft des LKH Feldkirch kamen dort im selben Jahr 14 syrische Babys auf die Welt (E-Mail an die Autorin, 25. Oktober 2017). In ganz Vorarlberg wurden laut Angaben der Statistik Austria im Jahr 2015 18 Geburten syrischer Frauen verzeichnet, 2016 stieg die Zahl auf 78 an (E-Mail an die Autorin, 1. Dezember 2017).

Diese Studie basiert auf empirischer Forschung in den Städten Dornbirn und Bregenz sowie in den Gemeinden Lochau, Hard, Lustenau, Rankweil, Göfis, Klaus und Sulz. Diese Orte ergaben sich durch die hergestellten Kontakte mit syrischen Frauen. Die Interviews wurden auf deren Wunsch ausschließlich bei ihnen zuhause geführt. Im LKH Bregenz fanden ExpertInneninterviews und informelle Gespräche mit Hebammen statt. Zusätzlich besuchte ich die Hebammenpraxis Dornbirn und nahm an einem Geburtsvorbereitungskurs für geflüchtete Frauen zum Zweck der teilnehmenden Beobachtung in Lustenau teil.

Im übertragenen Sinne definiert sich mein Forschungsfeld als Handlungsraum geflüchteter syrischer Frauen, die in Vorarlberg ein Kind geboren haben. Dieser Raum bezieht sich weniger auf geografisch verortete Lokalitäten, als auf den möglicherweise transnationalen gesellschaftlichen Rahmen, in dem sich die Frauen bewegen.

2.2 Interviewpartnerinnen

Dieser Forschung liegen empirische Daten zugrunde, die ich durch Interviews und Gespräche mit zehn syrischen Frauen und ihren Familien sammeln konnte. Der Kontakt zu den Interviewpartnerinnen wurde hauptsächlich über Flüchtlingskoordinatorinnen unterschiedlicher Gemeinden vermittelt sowie über die Organisation Netzwerk Familie, die Familien mit besonderen Bedürfnissen betreut. Die verantwortlichen SozialarbeiterInnen informierten die von ihnen betreuten Frauen über das Forschungsvorhaben. Im Falle einer Zusage wurden die Kontaktdaten an mich übermittelt, woraufhin ich mit den Familien ein erstes Treffen vereinbarte. In diesem Kapitel möchte ich diese zehn Frauen kurz vorstellen, um die verwendeten Daten und Forschungsergebnisse biografisch zu verorten. In manchen Fällen waren der Ehemann und bei einem Interview zusätzlich eine Dolmetscherin anwesend, worauf in den folgenden Kurzbiografien verwiesen wird. Zudem werden ExpertInnen angeführt, die ihr Wissen im Rahmen dieser Forschung mit mir teilten.

Das Interview mit **Ola** markiert den Beginn der empirischen Datenerhebung. Ola ist eine Sunnitin aus Idlib, die vor der Flucht in Aleppo wohnte und arbeitete. Ende 2014, ein

knappes Jahr nachdem ihr Mann Syrien verlassen hatte, kam sie mit ihren zwei Söhnen, damals ein und drei Jahre alt, über den Familiennachzug nach Vorarlberg. Gemeinsam mit ihrer Familie wohnt sie in Hard am Bodensee. Ola wurde kurz nach ihrer Ankunft in Vorarlberg ungewollt schwanger und gebar im Sommer 2016 eine Tochter im LKH Bregenz. Alle drei Kinder wurden per Kaiserschnitt geboren. Die beiden Geburten in Syrien fanden in einem privaten Krankenhaus statt. Auch Olas Schwester wohnt mit ihrem Mann und vier Kindern in Vorarlberg, der Rest der Familie blieb in Syrien.

Bahia ist 21 Jahre alt, Kurdin, und wohnte im Norden von Syrien, in der mehrheitlich kurdischen Stadt Qamishli. Anfang Juli 2015 kam sie über den Familiennachzug nach Vorarlberg, ein halbes Jahr nachdem ihr Mann nach Österreich gekommen war. Kurz darauf wurde sie schwanger und gebar im Juli 2016 im Krankenhaus Dornbirn zwei Mädchen. Die Zwillinge wurden per Kaiserschnitt geboren. Mit ihrem Mann und den Kindern wohnt sie in Lustenau. Außerdem leben Bahias Eltern, fünf Schwestern und drei Brüder in Vorarlberg und Wien. Während des Interviews war ihr Mann anwesend, um Bahias Erzählungen, wenn nötig, zu übersetzen.

Die Sunnitin **Rana K.** ist 32 Jahre alt und kommt ursprünglich aus Aleppo. Im August 2015 kam sie über den Familiennachzug nach Vorarlberg, wo ihr Mann bereits wohnhaft war. Rana K. hat drei Söhne, einen Vierzehn- und einen Sechsjährigen sowie ein neun Monate altes Baby. Die zwei älteren Söhne wurden spontan beziehungsweise per Kaiserschnitt in Syrien in einem privaten Krankenhaus geboren. Zwei Monate nach der Ankunft in Vorarlberg wurde Rana K. schwanger. Abu, der Jüngste, kam per Kaiserschnitt im LKH Feldkirch in Vorarlberg auf die Welt. Die Familie hat keine weiteren Verwandte in Österreich. Zum Interview mit Rana K. wurde ich von der Dolmetscherin Mabrouka begleitet. Außerdem war Rana K.s Mann während der zweiten Hälfte des Interviews anwesend und beteiligte sich stellenweise am Gespräch.

Manar kommt aus Daraa und kam im Dezember 2015, fünf Monate nach ihrem Mann, mit ihren zwei Söhnen über die Türkei, Griechenland und die Balkanroute nach Österreich. Sie ist 27 Jahre alt und Sunnitin. Manars Vater flüchtete von Palästina nach Syrien, wo er Manars Mutter, eine Syrerin heiratete. Obwohl Manar in Syrien geboren wurde, ist sie staatenlos. Beim ersten Interview war Manar im achten Monat schwanger. Ein zweites Interview fand im Mai 2017, zwei Wochen nach der Geburt ihrer Tochter statt. Maria kam bei einer spontanen Geburt im LKH Feldkirch zur Welt. Manars Söhne sind acht und fünf Jahre alt und wurden beide spontan in einem staatlichen Krankenhaus in Daraa beziehungsweise einer

staatlichen Klinik in einem Dorf in der Nähe von Daraa geboren. Zwei von Manars Brüdern leben derzeit in Österreich, drei in Schweden, ihre Eltern und zwei Schwestern in Deutschland. Manars Ehemann Mohammed war während der Gespräche teilweise anwesend.

Zainab ist eine 22-jährige Kurdin aus Qamishli. Zwei Jahre lang studierte sie Geschichte an der Universität in Aleppo, musste die Stadt jedoch auf Grund des Krieges ohne Universitätsabschluss verlassen. Im Juni 2015 kam sie über den Familiennachzug ihres Mannes nach Österreich. Sie hat zwei kleine Kinder, ein Mädchen und einen Jungen. Das Mädchen wurde in einem privaten Krankenhaus in Qamishli per Kaiserschnitt geboren. Zur Zeit der Geburt war Zainabs Mann schon auf dem Weg nach Österreich. Acht Monate später verließ Zainab mit ihrer Tochter Syrien, um in der Türkei auf ihr Visum zu warten. Ein Jahr nach ihrer Ankunft in Österreich, im Juli 2016, wurde ihr zweites Kind, ein Sohn, per Kaiserschnitt im Krankenhaus Dornbirn geboren. Außer ihrem Mann und den Kindern hat Zainab keine Familie in Vorarlberg.

Marwa ist 25 Jahre alt und wohnte in Idlib, einer mehrheitlich sunnitischen Stadt in Syrien. Marwas Ehemann kam 2013 nach Österreich. Über den Familiennachzug folgte sie 2015 mit ihrer Tochter, nachdem sie einige Monate im Libanon verbracht hatte. Zur Zeit des Interviews war Marwa zum siebten Mal schwanger. Ihre älteste Tochter ist neun, die jüngste ein Jahr alt. Marwa verlor drei Kinder kurz nach der Geburt auf Grund einer nicht diagnostizierten Blutgruppenunverträglichkeit. Eine fünfjährige Tochter kam durch den Krieg ums Leben. Die Geburten in Syrien fanden in einem privaten Krankenhaus statt. Marwas einjährige Tochter wurde wegen der medizinischen Umstände im LKH Innsbruck geboren. Im Mai 2017 gebar Marwa eine weitere Tochter, ebenfalls im LKH Innsbruck. Alle Geburten waren spontan. Marwa wohnt mit ihrer Familie in Rankweil, wo auch ihre Cousine, deren Mann und deren Kinder leben. Aufgrund Marwas geringer Deutschkenntnisse übersetzte und ergänzte ihr Ehemann Ahmad die Ausführungen seiner Frau.

Jehan ist 38 Jahre alt, Kurdin und lebt mit ihrer Familie in Göfis, einem kleinen Dorf in Vorarlberg. Jehan kommt ursprünglich aus Aleppo, lebte jedoch vor der Flucht mit ihrem Mann und zwei Söhnen in Afrin. In Syrien arbeitete sie als Englischlehrerin und hofft, auch in Österreich in diesem Bereich arbeiten zu können. 2013 ging sie mit ihrer Familie in die Türkei, von dort versuchte sie mit dem Boot nach Griechenland zu gelangen. Drei Mal machte sie sich auf den Weg, während ihr Mann mit den Kindern in der Türkei wartete. Aus unterschiedlichen Gründen musste sie jedes Mal umkehren. Den vierten Versuch unternahm ihr Mann, während sie mit den damals fünf- und sechsjährigen Söhnen zurückblieb. Im

August 2014 erreichten Jehan und ihre Kinder Österreich, ein Jahr nachdem ihr Mann Asyl beantragt hatte. Im Mai 2016 wurde ihr dritter Sohn im LKH Feldkirch geboren. Die zwei Älteren kamen in Syrien in privaten Krankenhäusern auf die Welt. Alle drei Kinder wurden spontan entbunden. Jehans Schwager lebt mit seiner Familie ebenfalls in Vorarlberg. Ihr Mann Fahed beteiligte sich während seiner Anwesenheit zeitweise am Gespräch.

Nur ist 25 Jahre alt, Krankenschwester und lebte vor ihrer Flucht in die Türkei in Damaskus. Sie lernte ihren Mann Maher, ebenfalls ein sunnitische Syrer, 2013 in einem Flüchtlingslager in der Türkei kennen. Kurz darauf heirateten sie. Nur gebar in den kommenden zwei Jahren zwei Söhne. Beide kamen spontan in einem öffentlichen Krankenhaus in der Türkei auf die Welt. Im April 2015 verließ Maher die Türkei, um über Griechenland, Mazedonien, Serbien und Ungarn nach Österreich zu kommen. Knapp einen Monat nach der Abreise erreichte er Wien. Ein halbes Jahr später reiste Nur mit ihren zwei Söhnen ebenfalls über Griechenland und die Balkanroute nach Vorarlberg, wo Maher mittlerweile wohnte. Der ältere Sohn war damals ein Jahr und drei Monate, der jüngere drei Monate alt. Zu der Zeit hatte Maher noch keinen Asylbescheid. Im März 2017 gebar Nur einen dritten Sohn im LKH Feldkirch. Vier von Mahers acht Geschwistern leben ebenfalls in Vorarlberg. Maher übersetzte aufgrund ihrer geringen Deutschkenntnisse Nurs Erzählungen.

Andeira ist eine 35 Jahre alte Palästinenserin, die in Syrien geboren wurde. Schon ihre Eltern kamen in Syrien auf die Welt, nachdem ihre Großeltern Palästina verlassen mussten. Andeira ist Sunnitin und lebte mit einem Pass für palästinensische Geflüchtete in Syrien. Sie wuchs in Homs auf, wo sie an der Universität Pädagogik studierte. Sie arbeitete zwei Jahre lang für die „United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East“ (UNRWA) als Sozialarbeiterin. Nach der Hochzeit zog sie mit ihrem Mann nach Dubai, wo sie als Lehrerin arbeitete. Dort kamen ihre ersten zwei Kinder, ein Mädchen und ein Junge, per Kaiserschnitt auf die Welt. Nach acht Jahren wurde ihre Aufenthaltsbewilligung nicht mehr verlängert und sie kehrten nach Syrien zurück. Drei Monate später machte sie sich mit ihren zwei Kindern von der syrischen Stadt Latakia mit dem Boot auf den Weg nach Griechenland. Ende 2015 kam sie nach Österreich, ihr Mann ein paar Tage später. Kurz darauf wurde sie schwanger und im August 2015 wurde ihre jüngste Tochter per Kaiserschnitt im LKH Bregenz geboren. Andeiras Eltern sowie fünf Geschwister leben in Vorarlberg.

Medya ist 24 Jahre alt, hat zwei Kinder und wohnt in der Marktgemeinde Lustenau. Ihre Tochter ist vier, ihr Sohn fast zwei Jahre alt. Medya wuchs im syrischen Al-Hasaka auf, wo

sie vier Jahre Volksschulpädagogik studierte. Nach dem Studium zog sie mit ihrem Mann zu seiner Familie nach Erbil im Irak. Ihre Tochter wurde dort in einem öffentlichen Krankenhaus spontan geboren. Vier Monate nach der Geburt wurde sie erneut schwanger. Medya verbrachte ein paar Wochen bei ihren Eltern in Syrien, bevor sie sich mit ihrem Mann und ihrer Tochter auf den Weg nach Europa machte. Gemeinsam reisten sie über die Türkei und das Mittelmeer nach Griechenland. Über Mazedonien, Serbien und Slowenien kamen sie im Herbst 2015 nach Österreich. Dort wurde sie auf Grund der fortgeschrittenen Schwangerschaft ins Krankenhaus nach Graz gebracht. Nach der Entlassung fuhr sie mit ihrem Mann und ihrer Tochter nach Vorarlberg, wo bereits Verwandte wohnhaft waren. Als sie in Lustenau ankam, war sie bereits im 8. Monat schwanger. Ihr Sohn wurde spontan im Krankenhaus Dornbirn geboren.

Neben Interviews und informellen Gesprächen mit den angeführten Interviewpartnerinnen führte ich ein ExpertInneninterview mit Rana D., einer syrischen Hebamme aus Daraa, die in Damaskus arbeitete. Dort war sie zwei Jahre in einem privaten Krankenhaus und 12 Jahre bei der UNRWA beschäftigt. Ihr Aufgabenbereich bei der UNRWA lag in der Schwangerschaftsbetreuung und -beratung. 2015 kam sie nach Österreich.

Des Weiteren führte ich ExpertInneninterviews mit Samar, einer Gynäkologin aus Aleppo, die eine eigene Praxis in Damaskus hatte, und Louai, einem Gynäkologen, der außerhalb Aleppos eine private Klinik, und die gynäkologische Abteilung in einem privaten Krankenhaus leitete.

Mit Andrea, einer Vorarlberger Hebamme, die für Ärzte ohne Grenzen (MSF) von Januar bis September 2015 eine Geburtsklinik im „Shatila Refugee Camp“ im Libanon leitete, wurde ebenfalls ein ExpertInneninterview geführt. Da in der MSF Geburtsklinik im Libanon fast ausschließlich syrische Frauen betreut wurden, konnte Andrea einen weitreichenden Einblick in den Arbeitsalltag einer Hebamme bei der Betreuung und Erstversorgung schwangerer syrischer Geflüchteter geben.

Ein fünftes ExpertInneninterview führte ich mit Susanne, die als Hebamme im LKH Bregenz arbeitet. Susanne engagiert sich außerhalb und während der Arbeitszeit besonders für geflüchtete Frauen, weshalb sie eine wichtige Ansprechpartnerin für mein Forschungsvorhaben darstellte. Sie sprach über die Situation der Syrerinnen im Vorarlberger Gesundheitssystem aus Sicht des medizinischen Personals und erläuterte das derzeitige Angebot und den etwaigen Bedarf an Betreuung Schwangerer mit Fluchterfahrung.

Während meiner Anwesenheit im Kreissaal des LKH Bregenz führte ich informelle Gespräche mit den Hebammen Lisa und Judith, um Einblick in deren Arbeitsalltag sowie die Betreuungssituation geflüchteter Frauen aus Sicht des medizinischen Personals zu bekommen. Judith leitete zudem einen Geburtsvorbereitungskurs für schwangere Geflüchtete in der Marktgemeinde Lustenau, bei dem ich anwesend sein durfte. In der Hebammenpraxis Dornbirn sprach ich mit der freiberuflichen Hebamme Daniela, die mich in Fragen zu medizinischen sowie administrativen Abläufen in Bezug auf Schwanger- und Mutterschaft unterstützte.

Um Einblicke in die Vorarlberger Asyl- und Flüchtlingspolitik sowie in die administrativen und gesellschaftlichen Entwicklungen zu bekommen, sprach ich mit Koordinatorinnen der Marktgemeinde Lustenau und der Region Vorderland-Feldkirch.

Das Material der angeführten Interviews und Fachgespräche bildet die Grundlage dieser Studie. Für die anthropologische Forschung relevante Ergebnisse werden in weiterer Folge präsentiert und theoriengeleitet interpretiert.

2.3 Forschungsverlauf und methodische Überlegungen

Am Anfang jeder empirischen Forschung steht die Frage der Methodenwahl. Diese Wahl muss überlegt getroffen werden, da sich nicht jede sozialwissenschaftliche Methode für jedes Thema eignet. Mikkelsen (2005:139) versteht Forschungsmethoden als Mittel, um Antworten auf bestimmte Fragen und Lösungen für gewisse wissenschaftliche Probleme zu finden. Zudem ist sie der Meinung, das Thema und die Fragestellung müssten die Methodenwahl bestimmen, um den Fehler zu vermeiden, dass die Methode eine restriktive Wirkung erlangt: „It is the substance of the matter – the questions to be answered – that must guide the selection of methods, not vice versa. Methods should not become straitjackets.“ (2005:139) Die Methoden dieser Forschung setzen sich zusammen aus der Analyse relevanter Literatur, Policy-Dokumenten und Statistiken sowie narrativen und semi-strukturierten Interviews in Kombination mit teilnehmender Beobachtung über einen Zeitraum von sieben Monaten.

Die Analyse der Policy-Dokumente fokussiert auf politische Entscheidungen und rechtliche Bescheide auf (inter)nationaler und regionaler Ebene, die Geflüchtete und insbesondere geflüchtete Frauen und Kinder betreffen. Policies sind Instrumente, mit deren Hilfe Regierungen, aber auch staatliche sowie nichtstaatliche Institutionen und Organisationen ihre Subjekte definieren und regulieren (Shore und Wright 2011:2). Laut Shore und Wright wird

die Bedeutung der Policy-Analyse in der Kultur- und Sozialanthropologie damit begründet, dass Policy ein „organising principle“ (2011:2) darstellt, welches in den meisten Gesellschaften großen Einfluss auf die alltägliche Realität des Individuums nimmt. In diesem Sinne sind Policies “windows onto political processes in which actors, agents, concepts and technologies interact in different sites, creating or consolidating new rationalities of governance and regimes of knowledge and power.” (Shore und Wright 2011:2) Es gilt diese „regimes of knowledge and power“ zu erforschen, um die Positionierung der betroffenen Subjekte zu verstehen.

Teil der Policy-Analyse ist die Skizzierung der rechtlichen Lage auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene in Bezug auf geflüchtete (schwangere) Frauen und deren Kinder. Dabei spielen nicht nur juristische Texte an sich eine Rolle, sondern auch deren tatsächliche Anwendung. Beispiel hierfür wäre die „Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen“, die in Kapitel IV, Artikel 21 eine Schwangere als „schutzbedürftige Person“ definiert. Dadurch ergeben sich Kriterien für den Umgang mit schwangeren Asylwerberinnen und Geflüchteten. Eine politische Analyse im Rahmen dieser Forschung thematisiert die Frage, wie diese Richtlinie und deren Kriterien auf nationaler und regionaler Ebene umgesetzt werden. Ein weiteres Beispiel wäre das österreichische Staatsbürgerschaftsgesetz, wodurch in Österreich geborene Kinder von syrischen Frauen mindestens die ersten sechs Jahre ihres Lebens de-facto staatenlos sind. Diese Themen werden in den Kapiteln 5.1. sowie 6.5 weiter ausgeführt.

Die Feldforschung wurde im österreichischen Bundesland Vorarlberg zwischen März und September 2017 durchgeführt. Während dieser Zeit verbrachte ich mehrmals ein bis vier Wochen im Feld. Teilnehmende Beobachtung sowie qualitative Interviews fanden an Orten statt, die von den Frauen genutzt werden und im Kontext dieser Forschung relevant sind, wie beispielsweise ihr Zuhause, der Kreißsaal und Gemeinschaftsräume der Gemeinde.

Narrative und semi-strukturierte Interviews als Methode verfolgen das Ziel, mehr über einen bestimmten Themenbereich aus der Sicht der InterviewpartnerInnen zu erfahren, um in Folge die Erzählungen theoriengeleitet zu interpretieren (Flick 2014:5f). Häufig beginnt ein solches Interview mit einer Frage, die den thematischen Rahmen des Gesprächs skizziert. Im besten Fall beginnt der / die InterviewpartnerIn „frei assoziativ und detailreich“ (Sieder 2008:152, Hervorhebung im Original) zu erzählen. Es stellt sich die Frage, ob ein Interviewleitfaden das Gespräch strukturiert oder das Interview völlig frei geführt und ausschließlich den

Ausführungen und Gedankengängen des / der Befragten folgen soll. Thompson (2000:227) schreibt in seinem Buch „Oral History“: „The strongest argument for a completely free-flowing interview is when its main purpose is less to seek information than to record a 'narrative interview', a 'subjective' record of how one man or woman looks back on their life as a whole, or part of it.“ Diese Art von Interview hat den Nachteil, möglicherweise schwer vergleichbares Material zu liefern und so manche Frage offen zu lassen. Im Kontext meiner Forschung begannen ein paar der Frauen nach einer kurzen Skizzierung meines Forschungsthemas ausführlich von ihren Erfahrungen als Schwangere und Mutter in Syrien und Österreich zu sprechen. In diesen Fällen reduzierte ich meinen Input auf ein paar wenige Zwischenfragen. Der Großteil der Frauen verließ sich jedoch auf strukturierende Fragen meinerseits. Meiner Einschätzung nach lag das daran, dass es manchen der Interviewpartnerinnen besonders wichtig war, mir alle notwendigen Informationen für meine Studie zu geben, oder sie befürchteten, zu detaillierte Erzählungen würden mich langweilen. Diese Zurückhaltung versuchte ich durch gezieltes Nachfragen abzubauen. Ein weiterer Grund ist die teils unbegründete sprachliche Unsicherheit mancher Frauen. Diese Unsicherheit nahm aber zusehends ab, sobald ich spezifische Fragen stellte. Aus diesem Grund erachte ich Mikkelsens (2005:171) Herangehensweise an das semi-strukturierte Interview als passendere Methode zum Zweck dieser Studie: „Topics and issues to be covered are specified in advance, in outline form; interviewer decides sequence and wording of questions in the course of the interview“. Der Interviewleitfaden diente als Anhaltspunkt, ließ den Interviewpartnerinnen jedoch gleichzeitig genügend Freiraum, um für sie wichtige Themen einzubringen. Der Leitfaden wurde, wenn nötig und sinnvoll, während des Interviews leicht abgeändert oder mit zusätzlichen Fragen ergänzt.

Es fanden Interviews mit zehn Frauen aus Syrien statt, die zur Zeit des Interviews entweder schwanger waren oder bereits ein Baby in Vorarlberg geboren hatten. Wie in Kapitel 2.2 erwähnt, wurde der Kontakt zu den Frauen über SozialarbeiterInnen, sogenannte FlüchtlingskoordinatorInnen und Hebammen in den Gemeinden hergestellt. Viele der Frauen sprechen mittlerweile sehr gut Deutsch. In drei Fällen war der Ehemann der Interviewpartnerinnen auf Grund mangelnder Deutschkenntnisse der Frau anwesend. Für das Interview mit Rana K. organisierte ich nach einem Erstgespräch eine Dolmetscherin. Das zweite Treffen war sehr ergiebig, jedoch gehen durch eine Übersetzung häufig Feinheiten verloren. Die Dolmetscherin, Mabrouka, kommt aus Tunesien, lebt aber seit ca. 15 Jahren in Vorarlberg. Rana K. stellte während und nach dem Interview viele Fragen an Mabrouka, vor

allem zum Thema des Kopftuchtragens in der Arbeitswelt. Obwohl wir durch Rana K.s Fragen ab und zu vom Interviewthema abgekommen sind, war es für mich sehr spannend zu sehen, welche Alltagsthemen für Rana K. wichtig sind. Das Interview mit Medya wurde auf Englisch geführt. Zwar tauchten bei den meisten Interviews keine unüberwindbaren Sprachbarrieren auf, aber in der Analyse ist zu berücksichtigen, dass Missverständnisse oder sprachlich bedingte Lücken nicht ausgeschlossen werden können. Manche Frauen nahmen während des Gesprächs ein online Wörterbuch zur Hand.

Es ist mir bewusst, dass unterschiedliche Faktoren die Auswahl der Interviewpartnerinnen beeinflusste. Mir wurden eher die Kontakte zu Frauen vermittelt, die zumindest ein bisschen Deutsch sprechen oder deren Partner die Rolle des Dolmetschers übernehmen konnten. Zudem stimmten eher Frauen einem Gespräch zu, die bereit waren, mit einer anfangs fremden Person über persönliche und intime Themen zu sprechen. Die Anwesenheit der Ehepartner und / oder einer Dolmetscherin nimmt ebenfalls Einfluss auf die Gesprächssituation. Auch wenn ich den angeführten Einschränkungen in diesem Falle schwer entgegenwirken konnte, ist es wichtig, sich diese bei der Analyse und der Präsentation der Ergebnisse vor Augen zu halten. Es ist daher für die LeserInnen sinnvoll, die Interviewpartnerinnen biografisch einzubetten (siehe Kapitel 2.2). Die ökonomischen, sozialen und ethnisch-religiösen Hintergründe der Interviewpartnerinnen, die zweifellos Einfluss auf die Forschungsergebnisse nehmen, sind Teil dieser Studie.

Alle zehn Frauen gaben ihr Einverständnis zur auditiven Aufnahme des Interviews. Die Aufnahmen wurden im Phonogrammarchiv der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (www.phonogrammarchiv.at) archiviert. Die Länge der Aufzeichnungen variiert zwischen 30 und 90 Minuten. In allen Fällen fanden vor und nach der Aufnahme informelle Gespräche statt, deren Inhalt sowie relevante Beobachtungen anschließend in einem Feldtagebuch festgehalten wurden. Sämtliche Aufzeichnungen wurden transkribiert und dabei in ein leicht verständliches Schriftdeutsch übertragen (Mayring 2002:91), wobei fremdsprachliche oder grammatikalisch falsche Ausdrücke, wenn inhaltlich relevant, beibehalten wurden. Die Interview-Transkripte und Feldtagebucheinträge wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) aufgearbeitet. Innerhalb dieser Methode beziehe ich mich auf die themenbezogene, strukturierende Zusammenfassung, deren Ziel es ist, das Material auf dessen Inhalte zu reduzieren und ein „überschaubares Korpus“ (Mayring 2002:115, siehe auch Flick 2014:11) zu schaffen. „Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitetes, am Material entwickeltes Kategoriensystem; durch dieses

Kategoriensystem werden diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.“ (Mayring 2002:114) Das Kategoriensystem besteht aus Codes, die sich auf die in den Interviews und im Feldtagebuch vorkommenden, für diese Studie relevanten Themen beziehen. Die Codes wurden nach Abschluss der empirischen Forschung vorbereitet und auf die gesammelten Daten angewendet. Es folgte die Zuteilung ein oder mehrerer Codes pro Abschnitt einer Transkription oder eines Feldtagebucheintrages. Somit kann erhoben werden, welche Themen in welcher Textstelle vorkommen. Im Laufe der Analyse wurden, wenn nötig, Codes hinzugefügt, gestrichen oder adaptiert. Die Codes und die dazugehörigen Abschnitte aller Interviews trug ich in eine Tabelle ein, um einen besseren Überblick und Vergleich zu ermöglichen. Die Aufbereitung der Ergebnisse schließt den Prozess der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ab.

Teilnehmende Beobachtung (siehe Shalinsky 2006:1829, Bernard 1988:148f) ist die wohl bekannteste Methode der anthropologischen Feldforschung. Teilnehmend darum, weil der Forscher / die Forscherin eine soziale Situation nicht nur beobachtet, sondern selbst daran teilnimmt. Der Grad der Teilnahme hängt vom Forschungsvorhaben ab und soll der Situation angepasst sein. Während des und nach dem Geschehen werden die Beobachtungen in Form von Notizen in einem Feldtagebuch festgehalten. Im Laufe der empirischen Datenerhebung dieser Studie hatte ich die Möglichkeit, einen Geburtsvorbereitungskurs für geflüchtete Schwangere zu besuchen. Der Kurs wurde von der Flüchtlingskoordination der Gemeinde Lustenau organisiert. Die Leitung übernahm Judith, eine Hebamme des LKH Bregenz. Des Weiteren waren vier schwangere Syrerinnen und die Dolmetscherin Mabrouka anwesend. Da ich offensichtlich keine werdende Mutter und deshalb Teilnehmerin des Kurses war, wurde Mabrouka sofort nach meiner Rolle gefragt. Die Frauen wurden über mein Forschungsvorhaben informiert und zeigten sich interessiert. Vor Beginn des Kurses suchten manche das Gespräch mit mir und erzählten kurz von ihren Erfahrungen als Mutter und / oder Schwangere. Während des Kurses nahm ich die Position einer teilnehmenden Beobachterin ein. Bei manchen Themen wurde ich in die Diskussion miteinbezogen, ansonsten hörte ich zu und machte Notizen.

Meine Anwesenheit ermöglichte einen Einblick in die Situation der Frauen als werdende Mütter. Der Kurs diente dem Zweck, die Teilnehmerinnen über den medizinischen Ablauf einer Geburt in einem österreichischen Krankenhaus zu informieren. Zusätzlich wurde Raum für Fragen, Sorgen und das Teilen persönlicher Erfahrungen geschaffen. Durch teilnehmende Beobachtung konnten Daten zu kulturellen Besonderheiten der Schwanger- und Mutterschaft

sowie zu den Bewältigungsstrategien der Teilnehmerinnen bei etwaigen Schwierigkeiten in Vorarlberg gesammelt werden.

Das ExpertInneninterview ist laut Meuser und Nagel (2009) eine sozialwissenschaftliche Methode, die zwar häufig Anwendung, aber zu wenig Erklärung findet. Dabei geht der Anwendung dieser Methode die Definition eines Experten / einer Expertin voraus: „Eine Person wird im Rahmen eines Forschungszusammenhangs als Experte angesprochen, weil wir wie auch immer begründet annehmen, dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht notwendigerweise alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist.“ (Meuser und Nagel 2009:467) In diesem Sinne führte ich ExpertInneninterviews und einige informelle Gespräche mit Personen, die in Syrien und Österreich in der Gynäkologie oder Geburtshilfe tätig waren beziehungsweise sind. Informationen zum syrischen Gesundheitssystem sowie zu lokal-kulturellen Konzeptionen von Schwanger- und Mutterschaft konnten durch Interviews mit zwei GynäkologInnen und einer Hebamme aus Syrien gewonnen werden. Durch Fachgespräche mit Hebammen in Vorarlberg entstand Datenmaterial über die Geburtshilfe in Vorarlberg im Allgemeinen sowie über die Situation geflüchteter Frauen in der Geburtshilfe aus der Perspektive des medizinischen Personals im Speziellen. Das ExpertInneninterview mit einer Hebamme und ehemaligen Leiterin der Geburtsstation des „Shatila Refugee Camp“ im Libanon lieferte anthropologisch relevante Informationen über Schwanger- und Mutterschaft in einer Krisensituation. Die Interviews wurden teilweise auditiv aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Ansonsten machte ich während der Gespräche Notizen und übertrug die Informationen in detaillierter Form ins Feldtagebuch. Es folgte eine Textanalyse anhand der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). Das Kategoriensystem wurde für die ExpertInneninterviews angepasst. Die Daten wurden tabellarisch den jeweiligen Codes zugeordnet.

Gespräche mit FlüchtlingskoordinatorInnen zweier Vorarlberger Gemeinden zu Beginn des Forschungsprozesses skizzierten administrative Abläufe und die Arbeit der Koordinationsstelle für schwangere Geflüchtete. Ich führte persönliche sowie telefonische Gespräche mit VertreterInnen unterschiedlicher Organisationen, die im Bereich der Flüchtlingshilfe und / oder der Frauengesundheit tätig sind. Die dabei gesammelten Informationen wurden in den Kontext meiner Fallstudie eingebettet und werden im Laufe dieser Arbeit präsentiert.

3. In anderen Zuständen: Schwangerschaft und Geburt in der Kultur- und Sozialanthropologie

„In anderen Zuständen“ bezieht sich im Kontext dieser Arbeit auf die sozialen und medizinischen Gegebenheiten in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und während des Wochenbettes. Die folgenden Kapitel fokussieren auf eben diese Zeitspannen aus dem Blickwinkel der Kultur- und Sozialanthropologie. Zu Beginn möchte ich historische Entwicklungen einer Anthropologie der Geburt sowie ethnomedizinische Perspektiven zu Schwanger- und Mutterschaft skizzieren. Aus welchem Grund beschäftigt sich die Disziplin überhaupt mit augenscheinlich biologischen Vorgängen? Wann entwickelte sich die sozialwissenschaftliche Fachrichtung der medizinischen Kultur- und Sozialanthropologie? Und welche Rolle spielt dabei eine Anthropologie der Geburt?

Nicht selten hört man die Aussage, die Geburt wäre ein universaler Prozess. Individuelle Erlebnisse variieren unweigerlich, doch die Annahme, dass dieser scheinbar natürliche Vorgang in seinen Grundsätzen überall gleich abläuft, ist weit verbreitet. Diese Vorstellung wurde besonders in der Kultur- und Sozialanthropologie von einem Verständnis der Geburt als kulturell geprägtes Phänomen abgelöst. Damit möchte ich mich in Kapitel 3.2 im Detail auseinandersetzen. Kapitel 3.3 befasst sich mit dem sozialwissenschaftlichen Konzept der „Stratified Reproduction“ (Colen 1995), also mit der „stratifizierten Reproduktion“, einem Konzept, das breite Anwendung im Rahmen dieser Forschung findet. Die Schnittstelle zwischen „Refugeeness“ und Reproduktion sowie einhergehenden strukturellen Hindernissen werden anhand dieses Konzeptes analysiert. Zuvor möchte ich jedoch einen kurzen Abriss zur themenrelevanten Fachgeschichte geben.

3.1 Historische Entwicklungen und ethnomedizinische Perspektiven

Seit Ende des 2. Weltkriegs beschäftigen sich AnthropologInnen vermehrt mit der interkulturellen Erforschung medizinischer Systeme und soziokultureller Aspekte von Gesundheit und Krankheit (Foster und Anderson 1978:1). Seither diversifizierten sich die Forschungsschwerpunkte innerhalb der Medizinanthropologie (Sargent und Johnson 1996:xi). Forschungen, die sich in dieser Disziplin verorten lassen, schaffen Verbindungen zwischen biologischen Ansätzen und kulturellen Konzeptionen (Browner und Sargent 1996:219). Diese Verbindung findet laut Browner und Sargent besonders in Studien der menschlichen Fortpflanzung Eingang. Reproduktion und insbesondere der Prozess der

Geburt waren lange Zeit ein blinder Fleck in der Kultur- und Sozialanthropologie. Hadolt (1992:18) verortet die Anfänge der ethnologischen Geburtsforschung am Beginn des 20. Jahrhunderts: „Die erste Phase dauerte vom Beginn der ethnologischen Geburtsforschung etwa um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert bis Anfang der 70er Jahre. In dieser Phase wurden kaum ethnologische Arbeiten geschrieben, die das Thema Geburt ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt hätten. Geburt kam meist nur als kurze Randbemerkung in anderen Zusammenhängen [...] vor.“ Rapp (1997:xi) sieht die Ursache dafür in einem anfänglichen Verständnis von Geburt als „women’s subject“, weshalb diese lange Zeit kaum Aufmerksamkeit in der Anthropologie erhielt. In Anlehnung an McClain (1982) führen Davis-Floyd und Sargent (1997:1) das geringe Forschungsausmaß darauf zurück, dass der Großteil anthropologischer Forschung in den Anfängen der Disziplin von Männern durchgeführt wurde. Mangelndes Interesse unter männlichen Wissenschaftlern und der beschränkte Zugang in den erforschten Gesellschaften erklären die damals marginalisierte Position der Schwangerschaft und des Geburtsprozesses (Davis-Floyd und Sargent 1997:1). Lange Zeit fand die menschliche Reproduktion aus Sicht der Kultur- und Sozialanthropologie zwar Eingang in ausführliche Ethnografien, jedoch wurden kaum Arbeiten spezifisch dazu verfasst (Browner und Sargent 1996:221). Browner und Sargent nennen zwei Ausnahmen dazu: Montagus Analyse von Empfängniskonzepten australischer Aborigines (1974 [1937]) und Malinowskis Ausführungen zu Reproduktionsverständnissen und Praktiken bei den TrobrianderInnen (1948 [1929]). Malinowski beispielsweise konzentrierte sich in seinen Ausführungen auf die Bräuche der TrobrianderInnen rund um Schwangerschaft und Geburt, gab jedoch keinen Einblick in den tatsächlichen Geburtsvorgang (Hadolt 1992:20), entweder aufgrund mangelnden Zugangs oder fehlendes Interesses. Erste exklusive Forschungen zu Schwangerschaft und Geburt in der Kultur- und Sozialanthropologie gehen mit Mead und Newtons Publikation „The Cultural Patterning of Perinatal Behaviour“ (1967) in die 1960er zurück. Beide setzten sich erstmals mit Schwangerschaft und Geburt als eigenständige gesellschaftliche und kulturelle Phänomene auseinander.

Villa et al. (2011) identifizieren bis heute einen Mangel an Forschung zum Thema Geburt in der Soziologie. Eine Ausnahme stellt der Soziologe Marcel Mauss dar, dessen Theorien und Erkenntnisse auch in der Kultur- und Sozialanthropologie Respekt genießen. Mauss war mit seiner Publikation „Die Techniken des Körpers“ (2014 [1934]) einer der ersten SoziologInnen, die sich mit dem Thema der Geburt auseinandersetzten (Villa et al. 2011:8). Mauss sprach in dieser Abhandlung allgemein davon, dass jegliches körperliches Verhalten

gesellschaftlich geprägt sei (2014[1934]:155). Er thematisierte jedoch auch spezifisch die soziale Prägung des Geburtsprozesses: „Die Methoden der Geburtshilfe sind sehr unterschiedlich. [...] Dinge, die wir für normal halten, das heißt die Niederkunft in der Rückenlage, sind nicht normaler als andere, zum Beispiel die Stellung auf allen vieren. Es gibt Techniken der Geburt, sei es auf Seiten der Mutter, sei es auf Seiten der Helfer, die das Ergreifen des Kindes betreffen; Abbinden und Durchschneiden der Nabelschnur; Pflege der Mutter; Pflege des Kindes.“ (2014 [1934]:163) Mauss setzte sich also schon 1934 theoretisch mit der gesellschaftlichen Prägung des menschlichen Körpers und dessen Habitus auseinander. Im Rahmen der theoretischen Abhandlung schenkte er als einer der ersten SoziologInnen dem Geburtsprozess als kulturelles Phänomen Beachtung.

Davis-Floyd und Sargent (1997:2) zufolge gab es noch bis in die 70er Jahre nur vereinzelte Beschreibungen des tatsächlichen Geburtsprozesses bei indigenen Gesellschaften, obwohl bis dahin zahlreiche ausführliche Ethnografien zu den unterschiedlichsten ethnischen Gruppen verfasst worden waren. Mit dem vermehrten Einzug weiblicher Forscherinnen in die Anthropologie rückten Fragen rund um Reproduktion und Mutterschaft in den Fokus der Disziplin. Anthropologinnen wie beispielsweise Lucille Newman begannen Themen wie Geburt und Abtreibung in den 70ern aufzugreifen (Rapp 1997:xi). Als Pionierin einer Anthropologie der Geburt wird oft Brigitte Jordan genannt, eine deutsch-amerikanische Anthropologin, deren richtungsweisende Ethnografie „Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States“ 1978 veröffentlicht wurde. Jordan (1995:25) definiert die Anthropologie der Geburt als eine Unterdisziplin der medizinischen Anthropologie, die sich mit „den Arten und Weisen, mit denen dieser natürliche, menschliche physiologische Prozeß der Geburt kulturell geformt und in unterschiedlichen Gesellschaften unterschiedlich organisiert wird“. Basierend auf dieser Annahme erforschte Jordan (1993 [1978]) den Geburtsprozess in vier Ländern, um sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede aufzuzeigen. Ihre Forschung diene nicht nur dem Zweck herauszufinden, „welche Prozeduren in den einzelnen Ländern während der Geburt ablaufen, sondern auch welche Bedeutung die Beteiligten dem Geburtsvorgang beimessen, wie sie darüber reden, dabei selektiv einige Aspekte vernachlässigen, andere betonen, wieder andere ritualisieren, dafür Verhaltenskriterien aufstellen und auf andere Art und Weise jeweils unterschiedlich damit fertig werden.“ (1995:26) Jordans vergleichende Studie ist federführend in der Anthropologie der Geburt und prägt bis heute das anthropologische Verständnis des Geburtsprozesses. Meads Beispiel folgend ist Jordan nicht

ausschließlich am Vergleich einzelner Geburtspraktiken interessiert, sondern an der Erforschung gesamter „Geburtssysteme“ (Jordan 1995:27, 1993 [1978]:xi). Die Regeln und Normen rund um eine Geburt „stimmen überein mit der jeweiligen Weltsicht der Menschen, mit ihrer Geschichte, Ökologie, mit ihren sozialen Beziehungen, ihrer technologischen Entwicklung, mit Vorstellungen über das Übernatürliche, den Rollen von Männern und Frauen“ (Jordan 1995:27). Geburtspraktiken finden in einem Raum statt, der durch all diese gesellschaftlichen Bedingungen geprägt ist. Der Begriff „Geburtssystem“ beschreibt diesen sozialen Raum, der von Gesellschaft zu Gesellschaft variieren kann, in dem Geburtspraktiken jedoch „relativ systematisch, standardisiert, ritualisiert, ja sogar als moralisch geforderte Routine erscheinen“ (Jordan 1995:27). Um einzelne Aspekte eines Geburtssystems verstehen zu können, muss es in seiner Gesamtheit betrachtet werden. Mehr dazu in Kapitel 3.2. Der Begriff „Geburtssystem“ wird von Stülb (2010) mit dem Konzept der „Geburtskultur“ ersetzt. Eine Diskussion beider Konzepte, insbesondere deren Relevanz in der Praxis, findet sich in Kapitel 6.2.

In den 80ern und 90ern entstand aufgrund eines erhöhten internationalen Bewusstseins für die Frauengesundheit und die weitreichenden Konsequenzen einer Vernachlässigung ein gesteigertes Interesse an traditionellen Geburtspraktiken, unter deren Anwendung zu dieser Zeit 80% aller Babys weltweit geboren wurden (Jordan 1995:25). Dieses neue Interesse richtete sich folglich auch auf die Arbeit der Hebammen, die besonders in ruralen Gebieten eine gute Position innehatten, um Einfluss auf Frauengesundheit und Familienplanung zu nehmen (Jordan 1995:26). Doch auch in den meisten industrialisierten Gesellschaften kommt dem Hebammenberuf große Bedeutung zu. Seit 1925 ist der Arbeitsbereich der Hebammen in Österreich im Bundesgesetz für den Hebammenberuf festgelegt. In einer neuern Fassung von 1994 legt Abschnitt 1, § 3. (1) fest, dass „zur Geburt und zur Versorgung des Kindes eine Hebamme beizuziehen“ ist. Dieser Paragraph konstatiert, dass Hebammen in Österreich für die Leitung der Geburt verantwortlich sind, mit Ausnahme von Fällen medizinischer Komplikationen (Fachgespräch mit der Hebamme Daniela, 19. Oktober 2017). Dieses rechtlich verankerte Zugeständnis wird von den österreichischen Hebammen bis heute geschätzt. Jedoch wird in Österreich, im Gegensatz zu beispielsweise Deutschland, die Betreuung der Frauen während der Schwangerschaft größtenteils von ÄrztInnen übernommen. Pränatale Betreuung durch Hebammen ist in Österreich minimal und beschränkt sich auf eine Mutter-Kind-Pass-Untersuchung zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche. Jegliche weitere Betreuung durch eine Hebamme zählt in Österreich als Privatleistung. Diese

Regelung führt zu einem Mangel an Unterstützung für geflüchtete Frauen, die aufgrund der Flucht- oder Kriegserfahrung in vielen Fällen intensivere prä- und postnatale Betreuung benötigen würden.

Nicht nur der Hebammenberuf und dessen gesellschaftliche Bedeutung, sondern auch die Verortung der Geburt in der klinisch-medizinischen Sphäre sind Themen, die anthropologisches Interesse wecken. Das zunehmend medizinische Verständnis der Geburt in vielen Ländern führt zum Trend, Frauen im Wochenbett zur Beobachtung in den Krankenhäusern zu behalten, obwohl sich Mutter und Kind im Normalfall zuhause physisch und psychisch schneller von der Geburt erholen (Fachgespräch mit der Hebamme Daniela, 19. Oktober 2017). Die Rolle der Gebärenden verändert sich folglich in zwei Richtungen: Zum einen wird die Frau durch den Prozess der Medikalisierung vom handelnden Subjekt zum zu behandelten Objekt (DeSouza 2004:466, Jordan 1995:27). Zum anderen kann eine Verschiebung von der Gebärenden als Patientin zur gewinnbringenden Klientin eintreten, wenn die Medikalisierung mit der Entwicklung einer Zwei-Klassen-Medizin einhergeht (Villa et al. 2011:15), wie in Syrien beobachtet werden kann (siehe Kapitel 4.2.3). In beiden Fällen entfernt sich der Fokus vom Wohlbefinden der gebärenden Frau. Solche Entwicklungen eröffnen neue relevante Forschungsthemen innerhalb der Anthropologie der Geburt.

Nicht nur theoretische Perspektiven einer Anthropologie der Geburt sind für diese Fallstudie relevant. Als logische Konsequenz einer Studie zu schwangeren Frauen findet sich das Thema der Mutterschaftserfahrung in den Ergebnissen wieder. Nach dem 2. Weltkrieg und mit der zweiten Welle des westlichen Feminismus in den 60er Jahren rückte das Thema Mutterschaft wie auch die reproduktive Gesundheit von Frauen in das Interesse wissenschaftlicher Forschung (Browner und Sargent 1996:222). Zu dieser Zeit zeigten Kitzinger (1978) und Oakley (1980) auf, dass auch die Mutterschaftserfahrung von soziokulturellen Dynamiken beeinflusst wird. Es besteht ein Zusammenhang zwischen lokalen, nationalen und globalen Prozessen und der Reproduktions- beziehungsweise Mutterschaftserfahrung (Ginsburg und Rapp 1995). Die Verbindung von personalen Erfahrungen im Wechselspiel mit soziokulturellen Dynamiken zeigt sich deutlich in der Fallstudie geflüchteter syrischer Frauen, worauf ich in den Kapiteln 4, 6 und 7 näher eingehen werde.

3.2 Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft als kulturelle Systeme

Jährlich werden weltweit mehr als 100 Millionen Kinder geboren (Münz 2013). Und obwohl ich während meiner Feldforschung den Ausdruck „Frauen gebären überall gleich auf der Welt“ hörte, nehmen WissenschaftlerInnen quer durch die Disziplinen Abstand von einem Verständnis der Geburt als einen rein physiologischen Prozess, denn der scheinbar universale, biologische Vorgang der Entbindung ist vom Geburtssystem abhängig, in dem er stattfindet: „Yet these species-wide physiological processes are not invariant but rather are experienced through cultural filters. Biological reproduction is inevitably a social activity, determined by changing material conditions and social relations” (Browner und Sargent 1996:220) Ein Beispiel hierfür ist der Dammschnitt (Episiotomie), der in der USA in den 90ern routinemäßig und prophylaktisch bei 95 bis 98% aller gebärenden Frauen durchgeführt wurde (Jordan 1995:27, Newton 1975). Ein scheinbar rein medizinischer Eingriff, der jedoch nirgendwo so häufig vorgenommen wurde wie in den USA. Jordan (1995) und Newton (1975) argumentieren, dass der Dammschnitt einen Teil des amerikanischen Geburtssystems darstellt. Die Popularität dieser umstrittenen Praktik werde nur abnehmen, wenn sich anderweitige Veränderungen innerhalb des Systems vollziehen. Diese Theorie argumentiert Jordan wie folgt: „Zu diesem Geburtssystem gehört die Erwartung, daß sich Komplikationen einstellen werden und die Notwendigkeit, daß der Gynäkologe ein übersichtliches Gesichtsfeld und einen ungehinderten Zugang zum sterilen Geburtsgebiet hat. Deshalb liegt die Frau in der Rückenlage, die Beine breit auseinandergespreizt.“ (1995:27) Der Dammschnitt ist häufig ein Nebeneffekt dieser Gebärhaltung, in der ein starker Druck auf den Damm entsteht. Deshalb wird der Dammschnitt präventiv durchgeführt. Nur eine Veränderung der Ursache, in diesem Falle der strikten Gebärhaltung, kann innerhalb des Systems zu einem Rückgang der kontroversen Praktik und einer situativen, durch Notwendigkeit bedingten Anwendung führen.

Ähnlich verhält es sich mit der Schmerzerfahrung während der Geburt. Es ist unumstritten, dass manche Geburtserlebnisse schmerzvoller sind als andere. Unabhängig davon ist es interessant zu untersuchen, welche Rolle der Schmerz innerhalb eines Geburtssystems einnimmt. Die Organisation Ärzte ohne Grenzen (MSF) vertritt beispielsweise die Richtlinie, unabhängig vom Einsatzort während einer Geburt möglichst keine Schmerztherapie anzuwenden (Interview mit Andrea 2017). Die Anwendungsrate der Peridural- und Spinalanästhesie (PDA), des sogenannten „Kreuzstichs“, unterscheidet sich auch in industrialisierten Ländern drastisch: Während sich in Österreich 2012 13% für eine

Regionalanästhesie entschieden (Heim 2014:55), lag die Zahl im Jahre 2008 in den USA bei über 50% (Osterman und Martin 2011:1). Grund für die hohe PDA-Rate in den USA ist laut Jordan (1995:29) die Verortung der Geburt in der Domäne der Biomedizin: „Eine medizinische Definition der Geburt ist nur die konsequente Folge der Tatsache, daß in vielen westlichen Ländern der physiologische Prozeß generell als rein medizinisches Problem betrachtet wird.“ Schmerz wird dadurch zu einem zentralen Aspekt der Geburtserfahrung, der möglichst verringert werden sollte. Differenzen in der Konzeption des Schmerzes wurden während eines Interviews deutlich, in dem sich der Ehemann der Interviewpartnerin wie folgt äußerte: „Als Jehan in Syrien im Krankenhaus war, bekam sie eine Spritze gegen die Schmerzen. Hier, nein, man muss es natürlich machen oder Geduld haben.“ (Interview mit Jehan 2017:14) Daraus folgt, dass unterschiedliche Auffassungen und Bedeutungszuschreibungen des Schmerzes innerhalb eines Geburtssystems und in ihrer soziokulturellen Einbettung untersucht werden müssen. Mehr dazu in Kapitel 4.1.4.

Die Aussage von Jehans Ehemann greift die Idee der „natürlichen“ Geburt auf. Wie Jordan (1995:26) aus ihrer langjährigen Forschung schließt: „Die Geburt ist nirgendwo nur ‚natürlich‘“. „Natürlich“ meint in diesem Zusammenhang, auf den physiologischen Vorgang reduziert. Trotz heutiger Bestrebungen vieler Frauen, „natürlich“, also ohne grobe äußere Einflüsse zu gebären, hat Geburt immer eine „genuin gesellschaftliche Dimension“ (Villa et al. 2011:7). Es variiert beispielsweise von Gesellschaft zu Gesellschaft, welche Personen einer Geburt beiwohnen dürfen. Strasser (1994) untersuchte im Zuge ihrer Feldforschung unter anderem Konzeptionen des weiblichen Körpers in einem türkischen Dorf am Schwarzen Meer. Sie spricht davon, dass Geburt dort wie in den meisten Gesellschaften „eine reine Frauenangelegenheit bzw. eine Angelegenheit der Mütter“ (1994:207) sei. Nur Frauen, die mindestens ein Kind geboren haben, dürfen gemeinsam mit der Hebamme die Geburt betreuen. Auch Jordan vermerkt in ihren Beobachtungen zu Geburt in Mexiko, dass nur Frauen, die bereits selbst Mütter sind, einer Geburt beiwohnen dürfen (Jordan 1993 [1978]:32f). Die von beiden Forscherinnen beschriebenen sozialen Rollen, einhergehend mit bestimmten Wissenssystemen, werden innerhalb eines Geburtssystems verhandelt und festgelegt. Abhängig vom Geburtssystem wird unterschiedlichen Personen „authoritative knowledge“ (Jordan 1997) zugesprochen.

3.2.1 „Authoritative Knowledge“: Monopol und Hierarchisierung

Das Konzept des „authoritative knowledge“ also des „autoritativen Wissens(systems)“ bezieht sich auf die Hierarchie von Wissenssystemen innerhalb eines gesellschaftlichen Bereichs, in diesem Fall eines Geburtssystems. Ich beziehe mich hierbei auf das von Jordan (1997:56) innerhalb der Geburtsanthropologie geprägte Konzept, das sie wie folgt definiert: „The central observation is that for any particular domain several knowledge systems exist, some of which, by consensus, come to carry more weight than others, either because they explain the state of the world better for the purpose at hand (efficacy) or because they are associated with a stronger power base (structural superiority), and usually both.“ Situationsbedingt können durchaus verschiedene und eventuell sogar konträre Wissenssysteme parallel bestehen und wechselweise Anwendung finden. Dabei dienen diese der Legitimierung bestimmter Handlungsweisen. In den meisten Fällen entsteht eine Hierarchie dieser Wissenssysteme, wodurch ein System verbindlich (autoritativ) wird und so die anderen abwertet oder sogar verdrängt (Jordan 1997:56). Dieser Prozess trifft auch auf Geburtssysteme zu, innerhalb derer sich eine Hierarchie des Wissens bildet. Anhand des Beispiels der Geburtshilfe in den USA zeigt sich, dass die sogenannte westliche Biomedizin die traditionelle Hebammenkunst zusehends verdrängte, was das schrittweise Ersetzen der Hebammen durch ÄrztInnen in der Geburtshilfe zur Folge hatte. Der Prozess der Monopolisierung eines Wissenssystems definiert zugleich die Position der beteiligten AkteurInnen und deren Beziehung zueinander. „The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice [...]. It does this in such a way that all participants come to see the current social order as a natural order, that is, the way things (obviously) are.“ (Jordan 1997:56) Das autoritative Wissenssystem wird als „natürlich gegeben“ verstanden, was eine (unbewusste) Beteiligung und in Folge dessen die Reproduktion des Systems bewirkt. Diese Legitimierung innerhalb des Systems geht einher mit der Annahme der Überlegenheit gegenüber anderer Systeme (Jordan 1995:28).

Das Konzept des „authoritative knowledge“ findet breite Anwendung in Rahmen dieser Studie. Zuerst möchte ich die hierarchische Positionierung des medizinischen Personals innerhalb eines Geburtssystems aufgreifen, die Jordan (1997:59f) anhand Hebammen in den USA beschreibt. Im Laufe meiner Forschung wurde die umstrittene Rolle der Hebamme im syrischen Gesundheitssystem thematisiert. Einerseits genießen Hebammen in manchen Teilen Syriens, wie beispielsweise in ländlicheren Gegenden oder auch in Aleppo, großes Ansehen

innerhalb der Bevölkerung: „Insbesondere in Aleppo spielen die Hebammen eine große Rolle. Die haben eigene Ordinationen, sie haben Ultraschalle und sie untersuchen die Patientinnen, als ob sie Ärztinnen wären. Und die Leute nennen sie ‚Doktor‘. [...] Es gibt viele Leute, wirklich viele Leute in Aleppo, die immer zuerst zur Hebamme gehen, und dann zu einem Arzt.“ (Interview mit Louai 2017:3) Andererseits werden ihnen innerhalb des biomedizinischen Systems des Krankenhauses äußerst limitierte Kompetenzen zugeschrieben. Rana D., die Hebamme aus Daraa, erzählte, dass Hebammen nicht bei der ersten Geburt einer Frau zuständig seien, sondern erst ab der zweiten. Des Weiteren sind bei der Geburt von Zwillingen, bei Risikofällen oder nach dem zweiten Kaiserschnitt nur ÄrztInnen anwesend und verantwortlich (Interview mit Rana D. 2017). Dieses Beispiel verdeutlicht Jordans Ausführungen zu parallelen Wissenssystemen, die den AkteurInnen unterschiedliche Positionen zuschreiben (siehe Kapitel 4.2.1).

Ähnlich verhält es sich mit Praktiken, die spezifisch für ein Geburtssystem sind. Die hohe Kaiserschnitttrate Syriens wurde vor dem Krieg und vor allem in privaten Krankenhäusern mit medizintechnischem Fortschritt und der Autonomie der Frau als Klientin legitimiert. Im Laufe meiner Forschung stellte sich die Frage, inwieweit syrische Gebärende „ihre“ dominanten Wissenssysteme „mitbringen“ und diese Eingang in den Geburtsprozess im Aufnahmeland finden. Diese Überlegung wird im Laufe dieser Arbeit aufgegriffen.

3.2.2 Übergangsriten und personale Zustandsveränderungen

Das Konzept der Übergangsriten und insbesondere der Begriff „rites de passage“ wurden erstmals vom französischen Ethnologen Arnold van Gennep in seinem gleichnamigen Werk 1909 geprägt. Zahlreiche Ethnologen nach ihm wandten das Konzept der „rites de passage“ und die damit verbundene Idee eines sich verändernden personalen Zustandes in den unterschiedlichsten Forschungskontexten an. Auch im Zusammenhang mit Geburt haben van Genneps theoretische Ausführungen Relevanz. Bevor ich mich mit Übergangsriten und personalen Zustandsveränderungen in der Zeit vor, bei und nach der Geburt beschäftige, möchte ich auf die theoretischen Konzepte im Allgemeinen eingehen.

Zustandsveränderungen, die in den meisten, wenn nicht allen Gesellschaften von Übergangsritualen, Tabus und Verhaltensregeln begleitet werden, können in unterschiedliche Phasen eingeteilt werden. Ich beziehe mich an dieser Stelle auf Leachs Modell (1961:134), der von vier Phase der personalen Zustandsveränderung ausgeht:

- A. Die Trennungsphase, auch Phase der Sakralisierung genannt: Loslösung von der profanen Welt, vom normalen Alltag der betroffenen Person.
- B. Die Grenzphase: eine Zeit des suspendierten Zustandes, in dem die alltägliche Zeiterfassung unterbrochen wird.
- C. Die Phase der (Wieder)Vereinigung oder auch Wiedergeburt: Rückführung in den Alltag.
- D. Die Phase des Alltagszustandes: ein Intervall zwischen ritualisierten Instanzen.

Mit zwei Aspekten der personalen Zustandsveränderung möchte ich mich hier im Detail auseinandersetzen. Besonders interessant an Leachs Modell ist die Grenzphase, ein Zustand der Suspension. Diese kann anhand eines Alltagsbeispiels verdeutlicht werden: Die Einheiten „Tag“ und „Nacht“ werden von uns als kategorische Gegensätze verstanden, die neben anderen Einheiten (wie beispielsweise den Jahreszeiten) zusammen die Kategorie „Zeit“ ergeben (Leach 1961:126). Die Intervalle zwischen Tag und Nacht und vice versa, im Deutschen als Dämmerung bezeichnet, stellen ein Art Nicht-Zeit dar, die eine Grenze, ein Dazwischen beschreibt (Leach 1978:46). Nicht zufällig ist die Dämmerung in Film und Literatur häufig eine Zeit der Magie, der Gefahr und des Ungewissen.

Während laut Leach (1978:47) Zustandsveränderungen in einer „Niemandszeit“ stattfinden, spricht Douglas (1988 [1966]:126) von einer Phase des Undefinierbaren. Diese Intervalle des Undefinierbaren oder der Zeitlosigkeit sind im Gegensatz zum normalen und profanen Alltag abnormal und heilig (Leach 1978:48), was mich zum zweiten Aspekt der personalen Zustandsveränderung bringt, mit dem ich mich in diesem Kapitel befassen möchte. Douglas (1988 [1966]) argumentiert in ihrer Publikation „Reinheit und Gefährdung“, dass das Menschliche, Alltägliche und Profane üblicherweise als konträr zum Göttlichen, Verbotenen und Heiligen verstanden wird. Verhaltensregeln und Tabus sind eine Maßnahme, um einer Verunreinigung durch den unerwünschten Kontakt zwischen dem Profanen und dem Heiligen entgegenzuwirken (Douglas 1988 [1966]:20). Die Furcht vor Verunreinigung durch den Kontakt mit dem Heiligen stellt einen Erklärungsansatz für den beinahe sakralisierten und dennoch in manchen Gesellschaften als unrein wahrgenommenen Zustand der Frau im Wochenbett dar.

Nun komme ich zu den Übergangsriten („rites de passage“), die eine personale Zustandsveränderung begleiten. Laut Leach nehmen besagte Rituale eine Doppelfunktion ein: Sie bringen die Veränderung zustande und sind gleichzeitig Ausdruck dieser Veränderung. Zudem würden sie eine „Intervallmarkierung im Ablauf der sozialen Zeit“

(1978:98) darstellen. So wird beispielsweise der gesellschaftliche Akt der Eheschließung von kulturell bedingten Ritualen begleitet, die den (zeitlichen) Raum zwischen dem personalen Status „unverheiratet“ und „verheiratet“ markieren: „So handelt es sich z.B. begrifflich beim Übergang von ‚unverheiratet‘ zu ‚verheiratet‘ einfach um einen Austausch der Kategorien, aber auf dem Niveau des sozialen Handelns erfordert dieser Übergang ein Ritual, ein Überschreiten sozialer Grenzen, das sich in einer ‚Niemandszeit‘ abspielt.“ (Leach 1978:46f) Das Ritual begleitet die Person bei diesem Übergang und schafft Ordnung in dieser Phase des Undefinierbaren. „Rites de passage“ strukturieren das „potentielle Moment der Unordnung“ (Douglas 1988 [1966]:124).

Wie bereits angeführt, identifiziert Leach vier Phasen der personalen Zustandsveränderung (1961:134). Drei dieser Phasen werden von Übergangsritualen begleitet. Den Beginn stellen sogenannte Trennungsriten dar, die der Loslösung vom bisherigen, alltäglichen Zustand dienen. „Auf den Trennungsritus folgt ein Intervall sozialer Zeitlosigkeit“ (Leach 1978:99), der von unterschiedlicher Dauer sein kann. Dieser Zustand wird von sogenannten Marginalitätsriten begleitet, die sich insbesondere in Verhaltensregeln und Interaktionsgeboten ausdrücken. Abschließend wird die betroffene Person durch Angliederungsriten (van Gennep (2005 [1909])) oder Aggregationsriten (Leach 1978) zurück in die Gesellschaft geführt.

Im Kontext von Geburt begleiten unterschiedliche rituelle Traditionen den Übergang von der Frau zur Mutter. Diese Zustandsveränderung wird von Leach (1978:97) wie folgt beschrieben:

Frau / Mutter = sexuell / asexuell = unrein / rein = sündig / sündenfrei

Schwangerschaft und Geburt stellen den Beginn dieser Veränderung dar, während das Wochenbett als Phase der sozialen Zeitlosigkeit verstanden werden kann. Diese Phase ist meist stark ritualisiert und von unterschiedlicher Dauer (siehe Kapitel 4.1.7). Der Übergang vom Wochenbett zurück in den gesellschaftlichen Alltag schließt die Zustandsveränderung von der Frau zur Mutter ab.

3.3 Stratifizierte Reproduktion

Bevor in Kapitel 4 erste Forschungsergebnisse präsentiert werden, möchte ich ein weiteres theoretisches Konzept aufgreifen. Der Begriff „Stratified Reproduction“ stammt von Shellee Colen (1995) und fand in einer Vielzahl anthropologischer Literatur zu Reproduktion und Mutterschaft Anwendung (Kaufmann 2002, Ginsburg und Rapp 1995, Mullings 1995). „By

stratified reproduction I mean that physical and social reproductive tasks are accomplished differently according to inequalities that are based on hierarchies of class, race, ethnicity, gender, place in a global economy, and migration status and that are structured by social, economic, and political forces.“ (Colen 1995:78, Hervorhebung im Original) Colen wandte das Konzept erstmals 1995 in ihrer Studie über Kindermädchen aus den West Indies in New York an. Darin beschreibt sie nicht nur die Stratifizierung der Reproduktion aufgrund ökonomischer, ethnischer und gesellschaftlicher Merkmale, sondern auch die Reproduktion dieser Stratifizierung (1995:98), der nur durch Forschung und daraus resultierender „policy changes“ entgegengewirkt werden kann.

Das Konzept der stratifizierten Reproduktion, einer Beschreibung von „power relations by which some categories of people are empowered to nurture and reproduce, while others are disempowered“ (Ginsburg and Rapp 1995:3), findet in der Analyse der Bewältigungsstrategien geflüchteter (werdender) Mütter Anwendung. Die Idee einer Hierarchie der Reproduktion, in der bestimmte gesellschaftliche Gruppen zur Fortpflanzung ermutigt werden, während Reproduktion anderswo unerwünscht ist, wird in der diskursiven Repräsentation und der öffentlichen Ordnung sichtbar, wie McCormack (2005:661) anhand ihrer Forschung zu ökonomisch benachteiligten Müttern verdeutlicht. Ihre Erhebungen zeigen, dass die marginalisierten Frauen, die im öffentlichen Diskurs als schlechte Mütter dargestellt wurden, aktiv versuchen, diese Annahme zu widerlegen. Dabei beziehen sie sich auf gesellschaftlich traditionelle Vorstellungen von Frauen- und Mutterrollen, welche die Möglichkeit einer ökonomisch benachteiligten, aber trotzdem „guten“ Mutter grundlegend ausschließen: “By conforming to a middle-class definition of motherhood (coded as white), these women protect their identities but reinforce a system that by virtue of their class and race, is used to limit their power.” (McCormack 2005:676)

Im Kontext meiner Erhebungen dreht sich der Diskurs um die (geflüchtete) arabische Frau als Mutter nicht wie in McCormacks Studie vorwiegend um die Qualität des „Mutter-Seins“, sondern vielmehr um die Anzahl der Kinder. Der öffentliche Diskurs über Geflüchtete in Österreich, der in der Politik und den einschlägigen Medien ausgetragen wird, bezieht sich derzeit vor allem auf die angeblich ökonomische Belastung und den von manchen Bevölkerungsgruppen als bedrohlich empfundenen kulturellen Einfluss auf die Mehrheitsgesellschaft. Diese prominenten „Sorgen“ beruhen auf einer Wahrnehmung, die sich auf Quantität konzentriert. Der politische Diskurs rund um den Familiennachzug fällt gleichermaßen in diese Kategorie. Im Kontext der Reproduktion sind es ebendiese

diskursiven Repräsentationen, die zu einer gesellschaftlichen Stratifizierung beitragen. Wie aus der vorliegenden Arbeit deutlich wird, bedingt diese Stratifizierung verschiedene Faktoren, die Einfluss auf die Reproduktionsentscheidungen der betroffenen Frauen nehmen (siehe Kapitel 7).

3.3.1 Who shapes the national body? Die Schnittstelle von „Refugeeness“ und Reproduktion

Trotz rückläufiger Geburtenrate in Österreich ist in der öffentlichen Meinung die Reproduktion bestimmter gesellschaftlicher Gruppen wenig erwünscht. Diese Tatsache äußert sich nicht nur diskursiv, sondern auch in politischen und rechtlichen Maßnahmen, wie beispielsweise dem Prinzip des *ius sanguinis*. Auf diesem Prinzip basiert das Staatsbürgerschaftsgesetz Österreichs, wodurch Kindern nicht-österreichischer Eltern die Verleihung der österreichischen Staatsbürgerschaft bei der Geburt verwehrt bleibt. Somit reguliert der Staat, welche gesellschaftlichen Gruppen „österreichische“ StaatsbürgerInnen produzieren darf / kann, also wer den „national body“ prägt. Dieses Gesetz ist Ausdruck der Stratifizierung von Reproduktion und trägt im Falle der Kinder Geflüchteter SyrerInnen zur Reproduktion der Stratifizierung bei.

Ginsburg und Rapp (1995:3) stellen zu Beginn ihres Buches „Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction“ folgende Frage: „Who is normatively entitled to refuse childbearing, to be a parent, to be a caretaker, to have other caretakers for their children, to give nurture or to give culture (or both)?“ Die Autorinnen illustrieren diese Frage mit einem Beispiel aus den USA, wo ökonomisch benachteiligte afro-amerikanische Mütter oft als „undisciplined 'breeders““ (1995:3) dargestellt werden, die den Staat durch die Inanspruchnahme von Sozialleistungen belasten würden. Diese stereotype Darstellung findet sich auch in Bezug auf geflüchtete arabische Frauen in Österreich. Rana D., die ich als Expertin des Hebammenberufes in Syrien befragte, erzählte mir von einer Unterhaltung mit einer Angestellten des Arbeitsamtes in Rana D.s Wohnort, einem kleinen Dorf außerhalb von Wien. Rana D. würde gerne arbeiten, wie sie es trotz Familie auch in Syrien getan hat. Auf Anfrage beim Arbeitsamt meinte die Beamtin, sie solle doch besser bei den Kindern zuhause bleiben und sich um sie kümmern. Ihre vier Kinder sind zwischen sieben und vierzehn Jahre alt. Diese primäre Identifikation als Hausfrau und Mutter schockierte Rana D., besonders weil sie sich selbst nicht so sieht: „Es ist nicht mein Stil, Hausfrau zu sein“ (Interview mit Rana D. 2017:1). Dieses Beispiel zeigt, wie die Stereotypisierung arabischer Frauen strukturell reproduziert und gleichzeitig politisch gegen sie verwendet wird.

Inhorn und Sargent (2006:3) greifen die westliche Repräsentation von muslimischen Frauen als „hyperfertile“ auf. Politische Anspannung und teils irrationale Ängste im Westen seit 9/11 seien der Grund dafür, dass die Fertilität muslimischer Frauen als Bedrohung erachtet werde. Das „Jahrbuch für Migration und Integration 2017“, veröffentlicht von Statistik Austria (2017c), beginnt die Darstellung der Geburten und Sterbefälle in Österreich mit dem Titel „Geburtenbilanz sorgt für Anstieg der Zahl ausländischer Staatsangehöriger“ (2017c:30). Darunter wird angeführt, dass Österreicherinnen 2016 im Durchschnitt rund 1,41 Kinder bekamen, Frauen ohne österreichische Staatsbürgerschaft rund 2,00 (2017c:31). Die Geburtenbilanz österreichischer Staatsangehöriger ist demnach rückläufig, die Zahl der Personen ohne österreichischen Pass bleibt bei einer Geburtenrate von 2,00 gleich. Es ist zudem zu beachten, dass beispielsweise das Durchschnittsalter syrischer Personen in Österreich bei 24,1 Jahren liegt, was mit Sargent und Larchanchés (2011:348) Beobachtung einhergeht, dass sich ein Großteil der MigrantInnen (und Geflüchteten) weltweit im reproduktiven Alter befindet. 2016 wurden laut Auskunft der Statistik Austria in Österreich 1.464 Babys syrischer Mütter geboren (E-Mail an die Autorin, 1. Dezember 2017). Syrische StaatsbürgerInnen haben mit Beginn des Jahres 2017 einen Anteil von 0,47% an der österreichischen Gesamtbevölkerung (Statistik Austria 2017b). Gleichzeitig haben 1,66% der 2016 geborenen Kinder eine syrische Mutter. Die überdurchschnittliche Geburtenzahl wird jedoch durch das geringe Durchschnittsalter der hier wohnhaften SyrerInnen relativiert. Im folgenden Kapitel möchte ich strukturelle Hindernisse aufzeigen, mit denen viele geflüchtete Frauen als einkommensschwache Personen konfrontiert sind.

3.3.2 Strukturelle Diskriminierung als Folge stratifizierter Reproduktion

Verhütung und der Zugang dazu sind Themen, die in die Debatte rund um „Refugeeness“ und Reproduktion Eingang finden, wenn auch nur am Rande. Das Bevölkerungswachstum verringerte sich in den letzten Jahrzehnten in vielen muslimischen Ländern durch die zunehmende Verwendung und Akzeptanz von Verhütungsmitteln (Inhorn und Sargent 2006:4). Es stellte sich während meiner Forschung heraus, dass Verhütung für die meisten meiner Interviewpartnerinnen ein Thema ist, über das offen gesprochen wird. Oft ist der Wunsch zur Verhütung da, der Zugang in Vorarlberg jedoch erschwert. Ola erzählt mir von ihrer Schwester, die in Vorarlberg wie zuvor in Syrien versuchte, in der Apotheke die Anti-Baby-Pille zu kaufen. Ihr wurde gesagt, sie brauche ein ärztliches Rezept. GynäkologInnen,

die in Vorarlberg Kassenleistungen anbieten, sind jedoch meist völlig ausgelastet, wodurch es bei der Terminvereinbarung zu monatelangen Wartezeiten kommen kann.

[Meine Schwester] wohnt in Lochau und sie hat auch lange eine Frauenärztin gesucht. Und wenn man zum Beispiel keine Kinder will, dann kann man Tabletten nehmen. In Syrien kann man die einfach in der Apotheke holen. Aber hier braucht man ein Rezept. Sie hat keine Ärztin gefunden und als sie dann eine Frauenärztin gefunden hatte, war sie schon schwanger. (Interview mit Ola 2017:10)

Stratifizierte Reproduktion bedeutet auch, dass bestimmte Gruppen im Zugang zum medizinischen Angebot strukturelle Diskriminierung erfahren. Einige Interviewpartnerinnen wünschen sich eine Spirale zur Verhütung, wurden aber vom Preis, der bei einigen Hundert Euro liegt, abgeschreckt. Es zeigt sich, dass gerade an dieser Stelle der politische Diskurs und das medizinische Angebot auseinanderklaffen. Der Jahresbericht zu Migration und Integration der Statistik Austria (2017c) hält wie gesagt fest, dass nicht-österreichische Frauen deutlich mehr Kinder bekommen als österreichische Staatsangehörige. Das ist eine Tatsache, die von VertreterInnen der rechtskonservativen Politik instrumentalisiert wird. Gleichzeitig fehlt besonders in Vorarlberg eine strukturelle Unterstützung in den Bereichen Frauengesundheit und Familienplanung, was sich besonders auf ökonomisch und gesellschaftlich benachteiligte Frauen negativ auswirkt. Viele europäische Länder bieten finanzielle Hilfestellung für Verhütungen an (Fiala 2012:34), Österreich fällt nicht in diese Kategorie. In Deutschland forderte beispielsweise die Organisation pro familia in einem Presseausschreiben 2015:

Darüber hinaus sind auch die Kosten für Verhütung für Flüchtlinge ein Problem. Wie alle Menschen mit geringem Einkommen können sich Flüchtlinge oft keine Verhütungsmittel leisten. Hier muss schnell und unbürokratisch gehandelt werden. pro familia fordert eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel für alle Menschen mit wenig Geld – Flüchtlinge eingeschlossen.

In Wien bietet beispielsweise die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) das „Setzen einer Kupferspirale um 75 Euro für finanziell einkommensschwache Frauen“ an (ÖGF 2013). Dieses Angebot kann von geflüchteten Frauen in Anspruch genommen werden. Trotz extensiver Recherche konnte ich keine vergleichbaren Angebote in Vorarlberg finden. Dieses Ergebnis wurde in einem E-Mail des Amtes der Vorarlberger Landesregierung bestätigt:

Auf Ihre Anfrage, ob in Vorarlberg Kosten für eine Spirale zur Schwangerschaftsverhütung bei Flüchtlingsfrauen übernommen werden, teile ich Ihnen [...] mit, dass in der Grundversorgung keine Kosten übernommen werden. Auch generell werden Kosten für Verhütungsmittel weder bei einheimischen Frauen noch bei Flüchtlingsfrauen übernommen. In extremen Einzelfällen und auf Basis einer fachlichen Empfehlung haben Förderungen im Ausnahmefall stattgefunden (max. fünf Fälle im Jahr). Nicht aber bei Flüchtlingsfrauen. (E-Mail an die Autorin, 20. November 2017)

Weitere strukturelle Nachteile einkommensschwacher Frauen finden sich im Bereich des Schwangerschaftsabbruches. Zudem wird hier die gesellschaftliche Doppelmoral deutlich, die besonders an der Schnittstelle von Flucht und Reproduktion beobachtet werden kann. Der Leiter des Ambulatoriums für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung in Wien schreibt in einem Artikel zu Abtreibung in Europa: „[T]he ancient double standard prevails in reproductive health. Women are still burdened with all the consequences if they go against societal expectations and decide they don't want to get pregnant or stay pregnant. For example, women often have to pay out of pocket for basic preventive measures and for the medical treatment of unwanted pregnancy.” (Fiala 2012:35)

Die Kosten eines Abbruchs müssen in Österreich von der Patientin getragen werden. Diese belaufen sich im Wiener GynMed Ambulatorium auf 530 bis 570€. Die finanzielle Belastung für ökonomisch benachteiligte Frauen kann dazu führen, dass ein Abbruch nicht vorgenommen werden kann. In einem persönlichen Gespräch mit einer Mitarbeiterin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der Magistratsabteilung 24 konnte ich erfahren, dass die MA 40 in Wien Bezieherinnen der Mindestsicherung bei einem Schwangerschaftsabbruch gegebenenfalls finanziell unterstützt. Dies gilt auch für anerkannte Flüchtlinge und subsidiär Schutzberechtigte, nicht aber für Asylwerberinnen. Eine Recherche der Website der MA 40 ergibt, dass um Unterstützung im Falle einer „Notlage auf Grund besonderer persönlicher, familiärer oder wirtschaftlicher Verhältnisse oder infolge außergewöhnlicher Ereignisse, die trotz des Einsatzes eigener Mittel und Kräfte nicht überwunden werden kann“, angesucht werden kann (MA 40, Hilfe in besonderen Lebenslagen). Hilfeleistungen im Falle eines Abbruchs fallen in diese Kategorie, sind jedoch nicht explizit angegeben. In Vorarlberg gestaltet sich die Lage um einiges schwieriger, da es nur eine private Anlaufstelle für Schwangerschaftsabbrüche gibt. Diese ist nur 14-tägig geöffnet und bietet chirurgische, nicht aber medikamentöse Abbrüche an. Die eingeschränkten Öffnungszeiten stellten beispielsweise für die Syrerin Ola ein Problem dar, die einen Abbruch in Erwägung zog, als sie in Vorarlberg schwanger wurde.

Was auch schwierig ist, ich weiß nicht, ob es ein Problem ist oder nicht, aber zum Beispiel wollte ich Maria am Anfang nicht. Und ich habe den Arzt gefragt, kann ich Maria weg. Aber Muslime dürfen das nur für 40 Tage und dann ist es verboten. [...] Und hier habe ich einen Arzt gefragt und er hat gesagt, ich muss zu einem anderen Arzt gehen, der das macht. In Syrien macht einer alles. Aber hier ist es verschieden. [...] Es war zu spät. Ich habe mit einem Arzt geredet, und er hat gesagt, er macht das nicht, da muss ich nach Bregenz. Und der war im Urlaub und als er zurückkam, war Maria zwei Monate im Bauch, dann ist es verboten. (Interview mit Ola 2013:7f)

Zum einen war es Olas persönliche religiöse Überzeugung, die sie an einem Abbruch nach dem ersten Schwangerschaftsmonat hinderte, zum anderen der mangelnde Zugang zu medizinischer Beratung und Betreuung in einer Zeit, in der sie Ola gebraucht hätte. Laut Barbara Jochum, Leiterin der Organisation schwanger.li, können geflüchtete Frauen die Organisation für Beratung und Begleitung bei Abbruchwunsch und zur Unterstützung während und nach einer Schwangerschaft aufsuchen. Finanzielle Unterstützung wird nicht geleistet (telefonische Auskunft, 9. November 2017). Keine der interviewten Frauen erwähnte die Organisation als mögliche Anlaufstelle während oder nach einer Schwangerschaft. Dies deutet möglicherweise auf den mangelnden Zugang zu Informationen dieser Art hin, der von Flüchtlingskoordinatorinnen sowie der Mitarbeiterin der MA 24 als Problem angesprochen wurde. Um diesen fehlenden Informationsfluss zu vermeiden, startete die Organisation pro familia am 19. Juli 2017 die Online-Wissens- und Vernetzungsplattform „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“, die sich an Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich richtet. Ziel ist es, „einen Überblick über die Angebote zu behalten, vorhandene Kompetenzen zu bündeln – und so letzten Endes die sexuellen und reproduktiven Rechte der schwangeren, geflüchteten Frauen zu stärken.“ (Fachdialognetz 2017).

In diesem Kapitel verfolge ich das Ziel, mit Hilfe des Konzeptes der stratifizierten Reproduktion strukturelle Hindernisse in Bezug auf Schwanger- und Mutterschaft geflüchteter Frauen aufzuzeigen. Gebären ist neben einem physiologischen und soziokulturellen immer auch ein politisches Ereignis, da sich durch das Gebären eine Gesellschaft reproduziert (Kaufmann 2002:127). Reproduktion wird zwar als gesellschaftlicher Beitrag verstanden, ist aber nicht überall gleichermaßen erwünscht. Die politische Instrumentalisierung der Elternschaft geflüchteter Paare, besonders im Zusammenhang mit dem Anspruch auf Sozialleistungen, wird legitimiert durch stereotype Repräsentationen arabischer Frauen als „hyperfertile“ (Inhorn und Sargent 2006:3). Strukturelle Ungleichheiten, wie etwa die Zugangsverweigerung einer arbeitswilligen arabischen Frau zum Arbeitsmarkt und deren primäre Identifizierung als Hausfrau und Mutter sowie die Reproduktion der Stratifizierung im Falle staatenloser Kinder geflüchteter Eltern sind Phänomene, die durch die Linse des Konzeptes der stratifizierten Reproduktion analysiert und verstanden werden können. Gleichzeitig werden Widersprüche, wie beispielsweise die diskursive Stigmatisierung der Reproduktion geflüchteter Frauen und der parallel bestehende Mangel an finanzieller und informativer Unterstützung, aufgezeigt.

4. Unter anderen Umständen: Schwangerschaft und Geburt in einem Kriegsgebiet

Beinahe sieben Jahre dauert der Krieg in Syrien bisher, Millionen von Menschen haben das Land verlassen. So auch zehn Frauen, die in Vorarlberg eine neue Heimat gefunden haben. Die meisten von ihnen verbrachten die ersten Kriegsjahre in Syrien und nicht wenige gebären in dieser Zeit ein Kind. „Unter anderen Umständen“ bezieht sich neben der Situation im Aufnahmeland auch auf die Schwangerschaft- und Geburtserfahrungen der Interviewpartnerinnen im Kriegsgebiet Syrien. Immer wieder wurde in den Medien von zerstörten Krankenhäusern und fehlender medizinischer Infrastruktur in vielen syrischen Städten und Dörfern berichtet. Es ist schwer vorstellbar, unter diesen Umständen ein Kind zu gebären. Sechs der zehn Frauen, die mir ihre Geschichte erzählt haben, brachten entweder im kriegszerrütteten Syrien, in einem Flüchtlingslager oder in einer temporären Unterkunft in einem Nachbarland ein Baby zur Welt. Ihre Geschichten geben Einblick in ein Thema, dem weder in der Wissenschaft noch in den Medien besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt wird: Der Beginn eines neuen Lebens inmitten von Krieg und Zerstörung. Um die Erfahrungen der Betroffenen kontextualisieren zu können, gehe ich an dieser Stelle auch auf lokal-kulturelle Konzeptionen von Schwangerschaft und Geburt in Syrien und auf das syrische Gesundheitssystem vor und nach Kriegsbeginn ein.

4.1 „Wie hier in Österreich, aber ein bisschen anders“: Lokal-kulturelle Konzeptionen von Schwanger- und Mutterschaft in Syrien

Wie bereits erwähnt wurde, spreche ich im Kontext der Geburt von Geburtssystemen, die aus zahlreichen politischen, ökonomischen, physiologischen, kulturellen und sozialen Bausteinen bestehen. Zu Beginn meiner Forschung bestand die Annahme, dass sich das österreichische Geburtssystem stark vom syrischen unterscheidet. Schnell stellte sich heraus, dass es ebenso viele Gemeinsamkeiten gibt. Manar antwortete auf eine Frage nach dem Ablauf einer Schwangerschaft in Syrien: „Wie hier in Österreich, aber ein bisschen anders.“ (2017:2) In diesem Kapitel möchte ich trotz vieler Parallelen zu Österreich einige Aspekte genauer betrachten, die einem arabischen / syrischen / islamischen Geburtssystem eigen sind.

4.1.1 Mutterschutz in Syrien

Nicht nur der Geburtsvorgang ist soziokulturell geprägt, sondern auch die Konzeptionen der Frau während der Schwangerschaft. Davon hängt unter anderem ab, wie mit Schwangeren in

einer Gesellschaft umgegangen wird. Beispiel dafür ist der arbeitsrechtliche Mutterschutz, der sich von Land zu Land unterscheidet. Der Mutterschutz für berufstätige Frauen in Syrien ist zumindest für Angestellte im öffentlichen Dienst arbeitsrechtlich geregelt. Jehan, in Syrien als Englischlehrerin tätig, erzählt von der Handhabung des Mutterschutzes in Syrien: „Und bei uns ist es nicht wie hier, hier ist es super, hier gibt es Mutterschaft, zwei Jahre lang. Bei uns bei dem ersten Kind viereinhalb Monate und dann muss man arbeiten. Und beim zweiten drei Monate und beim dritten Kind eineinhalb Monate, glaube ich. Und nach dem vierten Kind, kein Mutterschaftsurlaub.“ (Interview mit Jehan 2017:4) Auf spätere Nachfrage nach einem Grund für diese Regelung antwortete Jehans Mann Fahed: „Jehan arbeitete in Syrien als Lehrerin und bekommt nur vier oder fünf Monate Urlaub [nach der Geburt], weil die Regierung nicht will, dass man mehrere Kinder bekommt, und sie sagen langsam, stopp, stopp, stopp.“ (Interview mit Jehan 2017:16)

Die Recherche bezüglich der rechtlichen Lage in Syrien ergab, dass der Mutterschaftsurlaub im „Labour Law No.17“ der Arabischen Republik Syrien von 2010 festgeschrieben ist. Laut Website der „International Labour Organisation“ wurde eine Gesetzesverordnung zum Mutterschutz schon im Mai 2002 verabschiedet (ILO 2014). Artikel 121(a) der Verordnung No.17 von 2010 regelt den Mutterschaftsurlaub angestellter Frauen wie folgt: „After six consecutive months of service for the same employer, female workers shall be entitled to maternity leave with full pay of:

- 1- 120 days for the first childbirth.
- 2- 90 days for the second childbirth.
- 3- 75 days for the third childbirth.” (Labour Law No.17/2010:44)

Artikel 121(b) erlaubt die Möglichkeit, den Mutterschaftsurlaub ab zwei Monate vor dem Geburtstermin anzutreten. Darüber hinaus spricht Artikel 123 den Frauen nach dem Mutterschaftsurlaub bezahlte Stillpausen während der Arbeitszeit zu: „During 24 months following confinement, nursing female workers shall be entitled, in addition to the prescribed breaks, to two additional daily nursing breaks of no less than half an hour each, which may be combined together. Nursing breaks shall be considered part of the working hours and shall not entail any wage reduction.” (Labour Law No.17/2010:44) Zusätzlicher unbezahlter Mutterschaftsurlaub von maximal einem Jahr steht Frauen laut Artikel 124(a) dann zu, wenn der Arbeitgeber mindestens 15 Angestellte beschäftigt. Diese Rechte stehen allerdings nur syrischen Beamtinnen zu, in der Privatwirtschaft ist eine Sozialversicherung nötig, was die Zahl der Frauen mit Anspruch auf bezahlten Mutterschaftsurlaub verringert (von Welser 2016).

Faheds Schlussfolgerung, dass die Regierung anhand dieser Gesetzeslage Familien darin bestärken will, nur drei Kinder zu bekommen, scheint einleuchtend. Jehan nennt diese Regelung mit als Grund, kein drittes Kind in Syrien bekommen zu haben: „Ich habe dir erzählt, es gibt keine Mutterschaft [Mutterschaftsurlaub], nur zwei oder drei Monate für das dritte Kind. Wir haben gesagt, zwei Kinder sind genug. Ich hatte eine Arbeit und mein Mann hat auch immer gearbeitet und ich hatte keine Zeit.“ (Interview mit Jehan 2017:8). Auf die Frage, wie berufstätige Frauen die Zeit nach der Geburt des dritten oder vierten Kindes handhaben, antwortet Jehan: „Ich weiß es nicht. Als Lehrerin kann man zum Beispiel alle zwei Wochen ein Papier vom Arzt bekommen, das sagt, dass man nach der Geburt nicht arbeiten kann, und der Schule geben.“ (2017:4) Es ist bekannt, dass Korruption in Syrien ein Problem ist, das sich bis in zahlreiche gesellschaftlichen Bereiche erstreckt. Es können demnach mit Hilfe ökonomischer Mittel die Einschränkungen des Mutterschaftsurlaubs bei fortschreitender Kinderzahl teilweise umgangen werden. An dieser Stelle muss auch bedacht werden, dass ein Großteil der Frauen nie Teil des öffentlichen Arbeitsmarktes wird oder diesen nach der Geburt des ersten Kindes verlässt. Die Zahlen zur Beschäftigungsquote von Frauen in der Arabischen Republik Syrien variieren je nach Erfassungsjahr zwischen 12,3% und 19,2%. Statistiken der Weltbank, basierend auf ILO Schätzungen, sprechen von 19,2% in 2003 und 13,3% in 2010 (World Bank Data 2017a). 2016 lag die Beschäftigungsquote nur noch bei 12,3%. Die rückläufigen Zahlen gehen mit dem generellen Rückgang der Beschäftigung durch den Krieg einher. Die angeführte Beschäftigungsrate der weiblichen Bevölkerung Syriens hängt zudem stark von der Definition der Beschäftigung ab. Unbezahlte, häusliche Arbeit, die in Syrien zum Großteil von Frauen verrichtet wird, erschwert den Einstieg in die Arbeitswelt (Bellafronto 2005). Auch die syrische Gynäkologin Samar erzählt von der geringen Vertretung der Frauen am öffentlichen Arbeitsmarkt: „Das ist wie ein Urteil in der Gesellschaft. Die meisten [Frauen] müssen zuhause bleiben und haben Kinder, und viele Frauen die arbeiten, bevor sie heiraten, hören danach mit der Arbeit auf.“ (2017:11) Samar sprach zudem vom gesellschaftlichen Druck auf Frauen, Kinder zu bekommen. Van Eijk (2013) sieht einen Zusammenhang zwischen ebendiesem gesellschaftlichen Druck und dem geringen Anteil von Frauen am Arbeitsmarkt. In den 80ern ging die Nachfrage nach gebildeten Frauen am öffentlichen Arbeitsmarkt zurück, was van Eijk zufolge an der hohen Arbeitslosenrate und der steigenden Inflation lag. „For that reason the state encouraged women to take on the role of wives and mothers at home.“ (van Eijk 2013:87) Durch die primäre Identifikation der Frau als Mutter kommt Kindern eine besondere identitätsstiftende Rolle zu.

4.1.2 Geburtenrate

Das Hervorbringen von Nachfahren spielt wohl in jeder Gesellschaft eine zentrale Rolle. werdenden Müttern wird demnach meist eine besondere gesellschaftliche Bedeutung zugesprochen. „Durch die Geburt von Kindern, vor allem von Söhnen, verstärkt sich die Position der jungen Frau in der Familienhierarchie“, schreiben Heine und Heine (1993:117) über mehrheitlich muslimische Gesellschaften. Trotz der etwas veralteten und teils exotisierenden Ausführungen von Heine und Heine bestätigt sich dieser Eindruck im Laufe meiner Forschung. Obwohl Kinder in der syrischen Gesellschaft eine stark identitätsstiftende Rolle einnehmen, verringerte sich die Geburtenrate in Syrien laut meiner Interviewpartnerinnen in den letzten zehn Jahren deutlich:

Früher hatten alle Eltern fünf, sechs, sieben Kinder, kein Problem. Aber jetzt zum Beispiel, in Syrien, bei uns, wir sind kurdisch und in unsere Stadt oder unserem Bundesland maximal vier [Kinder] oder so. Jetzt sind viele Leute gebildet. [...] Zwei oder drei Kinder, dann fertig. Aber früher, wir sind zum Beispiel sechs Geschwister, und mein Großvater hatte zum Beispiel vierzehn Kinder, ja früher war es egal, vierzehn, fünfzehn, zehn, aber jetzt, nein. (Interview mit Jehan 2017:16)

Während eine syrische Frau Anfang der 90er Jahre durchschnittlich 5,3 Kinder gebar, lag die Geburtenrate 2010 in Syrien bei 3,2 und 2015 bei 3,0 (World Bank Data 2017a). Heute variiert die Kinderzahl immer noch stark und ist wie in allen Ländern abhängig von ökonomischen und kulturellen Strukturen, wie die unterschiedlichen Aussagen meiner Interviewpartnerinnen zeigen:

Eine Mutter in Syrien hat nicht ein oder zwei Kinder, vielleicht neun oder zehn oder elf. (Interview mit Manar 2017:9)

Bei uns ist es normal vier, fünf oder sechs Kinder zu haben. Wir sind vierzehn Kinder, ich habe fünf Brüder und sieben Schwestern. (Interview mit Marwa 2017:8)

Ja, die arabischen Leute ... sie mögen schwanger sein. Sie haben mindestens zwei Kinder. (Interview mit Samar 2017:11)

Der syrische Gynäkologe Louai fasste die Geburtenrate in Syrien wie folgt zusammen:

[Es ist] wirklich unterschiedlich. In Syrien gibt es, es ist ein bisschen kompliziert, wir haben verschiedene Kulturen, wir sind nicht so gleich. Durchschnittlich kann ich nicht sagen, aber am Land zum Beispiel haben die Leute viele Kinder. Und in der Stadt weniger. Aber man kann sagen, für mich persönlich, ich habe nur einen Bruder. Und manche haben zehn Kinder. Unterschiedlich. Aber die, die mehr als fünf haben, sind mehr als die, die weniger haben. (Interview mit Louai 2017:7)

Die Anzahl der Kinder pro Familie unterscheidet sich nicht nur zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung, sondern ist auch abhängig von der ethnisch-religiösen Zugehörigkeit. Balanche (2015:92) befasst sich beispielsweise mit der Geburtenrate der alawitischen Minderheit Syriens. Der alawitische Präsident Hafez al-Asad setzte sich während seiner Amtszeit in den 80ern und 90ern für Bildungsmaßnahmen in den Küstenregionen ein, der Gegend mit dem höchsten Alawi-Anteil des Landes (Balanche 2015:94). Der folglich steigende Prozentsatz der UniversitätsabgängerInnen in der Region ist einer der Hauptgründe für die rückläufige Geburtenrate von acht auf zwei Kinder pro Familie im Zeitraum von zwei Generationen. Der Bevölkerungszensus von 1994 bis 2004 verzeichnete in alawitischen Gebieten trotz einer positiven Zuwanderungsrate eine Wachstumsrate von weniger als 2%, während diese in Regionen mit mehrheitlich sunnitischen SyrerInnen und einer sinkenden Zuwanderungsrate bei über 3% lag (Balanche 2015:93f). Dieses Beispiel illustriert die Heterogenität der syrischen Bevölkerung und die Relevanz der ethnisch-religiösen Verortung der Interviewpartnerinnen.

4.1.3 Die Frau als Trägerin des Kindes

Unabhängig vom ökonomischen und kulturellen Hintergrund wurde jede der Forschungsteilnehmerinnen innerhalb weniger Monate nach der Hochzeit schwanger. Gespräche über deren Befindlichkeit während der Schwangerschaft deuten darauf hin, dass großen Wert auf die Schonung werdender Mütter gelegt wird. Es scheint, als nehme die Frau die Rolle der Trägerin des Kindes ein. Mit dieser Konzeption wurde ich erstmals im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses für schwangere Geflüchtete konfrontiert. Judith, die leitende Hebamme, sprach das Thema der Bewegung während der Schwangerschaft an, worauf die Teilnehmerinnen erwiderten, dass Schwangere vorsichtig sein müssen und sich nicht zu viel bewegen sollten, um das Kind zu schützen. Dabei war keinesfalls von schweren körperlichen Aktivitäten die Rede, sondern von Spaziergängen und einfachen Turnübungen, die dabei helfen, Schmerzen im Rücken und Unterleib zu lindern. Als Judith erzählt, Sport kann sechs bis acht Wochen nach einer spontanen Geburt und 12 Wochen nach einem Kaiserschnitt gemacht werden, zeigen sich die Frauen überaus skeptisch. Diese kulturell bedingte körperliche Schonung findet sich zudem im Interview mit Rana K. wieder: „Natürlich ist es was ganz anderes hier, das habe ich natürlich auch gesehen im Spital, dass die Frauen gleich aufstehen, und die machen ja alles.“ (2017:8, übersetzt von Mabrouka) Auch die Hebamme Susanne, die den Großteil der in Bregenz gebärenden geflüchteten Frauen im Krankenhaus

betreut, diagnostiziert fehlende Bewegung als ein wiederkehrendes Problem. Diese Tatsache kann auf soziokulturelle Konzeption der schwangeren Frau zurückgeführt werden, in der Schonung dem Schutz des ungeborenen Kindes dient und somit Priorität hat.

Schwangere Frauen werden wohl in jeder Gesellschaft besonders behandelt. Samar erzählt von einem Volksglauben, der den Frauen während der Schwangerschaft besondere Privilegien zuspricht: „Sie denken, wenn sie etwas zu essen wollen, dann muss der Mann das kaufen, sonst sieht man das auf der Haut der Kinder. Zum Beispiel, wenn die Frau Erdbeeren will und der Mann das nicht gekauft hat, und wenn das Kind dann mit ein bisschen Rot auf der Haut kommt, dann sagen sie, ah, das ist deswegen.“ (Interview mit Samar 2017:17) Weitere Privilegien bestehen für Schwangere im Zusammenhang mit dem Fastengebot im Ramadan, von dem werdende Mütter und stillende Frauen ausgenommen sind. Beim Geburtsvorbereitungskurs wurde dieses Thema auf Nachfrage einer Teilnehmerin besprochen, die sich während ihrer bisherigen Schwangerschaften am Fasten im Ramadan beteiligt hatte. Als Reaktion auf die Beteuerungen der Hebamme, während der Schwangerschaft zumindest Wasser zu trinken, erwiderten die Teilnehmerinnen zwar, dass Ramadan für schwangere und stillende Frauen nicht verpflichtend sei, besprachen aber kurz darauf mit der Dolmetscherin die Möglichkeit des Fastens während der Schwangerschaft. Manar, die ich kurz nach der Geburt ihres dritten Kindes besuchte, verzichtete aufgrund des Stillens auf die Fastenzeit: „Für die ersten 30 Tage nach der Geburt mache ich nicht Ramadan, aber danach.“ (Interview mit Manar 2017:13)

Die Konzeption der Frau als Trägerin des Kindes scheint auf den ersten Blick das Wohl des Kindes in den Vordergrund zu rücken, weshalb beispielsweise Bewegung und körperliche Anstrengung weitgehend vermieden werden. Auf der anderen Seite spricht die Verordnung besonderer Schonung während der Schwangerschaft der Frau in dieser Zeit besondere Privilegien zu. Sie sind von mutmaßlich körperlich belastenden kulturell-religiösen Traditionen wie den Wochen des Ramadans ausgenommen. Die Auffassung, ein Geburtsmal wäre das Zeichen eines unerfüllten Wunsches während der Schwangerschaft, verdeutlicht die gesellschaftlich veränderte Position einer werdenden Mutter. Wie die Frauen mit dieser Sonderstellung umgehen, ist eine interessante, andernorts zu erforschende Frage.

4.1.4 Die soziale Bedeutung der Schmerzerfahrung

Die Flüchtlingskoordinatorin der Marktgemeinde Lustenau erzählte mir zu Beginn der Forschung von einer Beschwerde, die sie im Krankenhaus Dornbirn im Namen einer

syrischen Patientin eingereicht hatte. Der Frau wurde angeblich während des Krankenhausaufenthalts vorgeworfen, zu schmerzempfindlich zu sein. Das Personal ging wohl deshalb nicht sehr freundlich mit ihr um, was Andrea zur Beschwerde veranlasste. Welche Bedeutung Schmerzen in der Schwangerschaft und dem Geburtsprozess zugeschrieben wird, variiert zwar von Frau zu Frau, jedoch auch von Geburtssystem zu Geburtssystem (Jordan 1995:28f). Dieser kulturelle Unterschied könnte eine Erklärung für den Konflikt zwischen Patientin und Krankenhauspersonal sein, von dem die Flüchtlingskoordinatorin erzählte. Die Ergebnisse Jordans empirischer Studie des amerikanischen Geburtssystems unterstützen diese Vermutung. Die Anthropologin beobachtete in ihrer vergleichenden Untersuchung, dass die amerikanischen Patientinnen trotz extensiver Maßnahmen der Schmerzverringering stärkere Schmerzreaktionen zeigen als Gebärende in nicht medizinisch behandelnden Systemen (1995:29). Sie erklärt dieses Phänomen dadurch, dass die Schmerzlinderung im amerikanischen Medizinsystem bei den ÄrztInnen liegt und die Frau das Personal von der Notwendigkeit der Schmerzerleichterung überzeugen muss. So richtet sich der Fokus schon vor Eintritt der Schmerzen auf die Möglichkeit, diesen zu empfinden. In Geburtssystemen, in denen möglichst von einer Schmerztherapie abgesehen wird, rechnen die Patientinnen mit der Schmerzerfahrung, wodurch sie sich besser auf das Durchstehen der Wehen konzentrieren können. Jordan (1995:29) nennt ein Beispiel ihrer Forschung in Yukatan, wo Frauen davon sprechen, dass „das Baby ‚genau im Zentrum des Schmerzes‘ geboren wird“. Es ist also nicht notwendigerweise der Schmerz, der sich unterscheidet, sondern die Bedeutung, die ihm zugeschrieben wird.

Während meiner Feldforschung wurde das Thema Schmerz oft von den Interviewpartnerinnen angesprochen. Im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses für geflüchtete Frauen waren Schmerz und körperliches Unbehagen die ersten angesprochenen Themen. Die Teilnehmerinnen beklagten Schmerzen im Rücken und Unterleib, worauf die Leiterin des Kurses ihnen Haltungs- und Rückenübungen zeigte. Diese wurden von den Frauen eher belächelt. Es wurde mir erst zu einem späteren Zeitpunkt, besonders nach dem Interview mit der syrischen Hebamme Rana D., klar, dass eben dieser wiederholt erwähnte Schmerz unter anderem eine soziale Funktion erfüllt. Rana D. zufolge können Schmerz und Müdigkeit der Legitimierung der besonderen gesellschaftlichen Position einer schwangeren Frau dienen. Es mag anfangs der Eindruck entstehen, eine Schwangerschaft würde als

extreme körperliche Belastung empfunden werden. Meine Untersuchungen deuten jedoch eher darauf hin, dass die Schmerzäußerungen die pränatale Schonung der Frau rechtfertigen.

Die Theorie zur sozialen Funktion der Schmerzäußerung soll keineswegs die physiologische Erfahrung damit verleugnen. Im Kontext von Krieg und Flucht ist zu berücksichtigen, dass viele der Frauen traumatische Erlebnisse hinter sich haben. Die Hebamme Susanne spricht davon, dass die Fluchtgeschichte in die Schwangerschaft mitgebracht wird, was unweigerlich Einfluss auf das Wohlbefinden der Patientin hat. Betroffene Frauen leiden dadurch vermehrt an körperlichen Beschwerden, psychischer Stress verursacht in vielen Fällen physische Symptome (Interview mit Susanne 2017:2). Körperlicher Schmerz wird zum Ausdruck psychischer Belastungen. Tauchen traumatische Erlebnisse in der Anamnese einer Frau auf, wird intensivere pränatale Betreuung notwendig, die aufgrund der rechtlichen Situation in Österreich (siehe Kapitel 3.1) bezüglich Schwangerschaftsbetreuung durch Hebammen oft nicht möglich ist.

4.1.5 Geburt als Initiationsritus: Namensänderung der Eltern

Die Namensänderung der Eltern, die auch heute in Syrien üblicherweise mit der Geburt des ersten Kindes einhergeht, markiert den Eintritt in die Elternschaft. Diese Tradition stellt ein „rite de passage“ dar, welches die Veränderung des personalen und sozialen Zustandes verdeutlicht. Die Tradition der Namensänderung begleitet zum einen den Übergang von der Kinderlosigkeit in die Elternschaft und fungiert zum anderen als Kennzeichen eines neuen personalen und sozialen Status (siehe Kapitel 3.2.2). Bezugnehmend auf vorsokratische griechische Vorstellungen von Leben und Tod spricht Leach (1961:127) davon, dass der Akt des Gebärens eine Art Tod der Frau darstelle. Im Zusammenhang mit der personalen Zustandsveränderung, die mit einer Geburt einhergeht, scheint diese Analogie durchaus passend. Wenn also eine Geburt den Tod, also das Ende eines personalen und sozialen Status, nämlich dem der Frau darstellt, begleiten postnatale Riten im übertragenen Sinne die Wiedergeburt der Frau als Mutter. Im Kontext Syriens wird dieser Prozess durch die Namensänderung der Eltern sichtbar gemacht.

Meine erste Interviewpartnerin Ola erzählt von dieser syrischen Tradition, wobei sie mit der Begründung, ihren Geburtsnamen nicht aufgeben zu wollen, diese Praktik nicht anwendet:

Wir machen das nicht, ich und mein Mann. Ich finde das ist ein Problem. Ich habe jetzt drei Kinder, der erste war Kinan. Und Kinan muss später, nicht möchte, muss, wenn er groß ist und ein Kind bekommt, sagen, dass er Adnan, wie sein Vater heißt. Also wenn er später ein Kind

bekommt, müsste er sich normalerweise in Syrien Adnan nennen. Also den Namen seines Vaters annehmen. Nur das erste Kind. [...] Also zum Beispiel ich bekomme Kinan, dann bin ich *Umm* Kinan. Mutter von Kinan. Ich sage nicht Ola, sondern *Umm* Kinan. [...] das sagt man wenn man Kinder hat. [...] Nicht Ola, sondern *Umm* Kinan. Aber ich mag das nicht. Ich mag Ola. (Interview mit Ola 2017:6f)

Interessanterweise verändert sich laut Ola der Name einer neuen Mutter auf eine andere Art als die des Vaters. Nach Geburt des ersten Kindes wird die Mutter folglich mit „*Umm* xx“, übersetzt „Mutter der / des xx“, angesprochen. Ist das Erstgeborene eine Tochter, ändert sich der Rufname der Mutter mit Geburt eines ersten Sohnes. Folgt beispielsweise auf die erstgeborene Maria ein Sohn Kinan, so ändert sich damit der Name der Mutter von „*Umm* Maria“ auf „*Umm* Kinan“ (Heine und Heine 1993:86). Unabhängig von der Geburt weiterer Kinder bleibt der Name des erstgeborenen Sohns. Laut Ola aus Idlib nimmt ein frischgebackener Vater, vorausgesetzt er ist der Erstgeborene seiner Eltern, nicht den Namen seines Kindes an, sondern den seines Vaters. Ihr zweitgeborener Sohn würde seinen Namen bei der Geburt des ersten Kindes auf „*Abu* xx“ (Vater von xx) ändern. Wie Ola sagt, wird diese Tradition jedoch keineswegs flächendeckend und von allen ethnisch-religiösen Gruppen gepflegt. Eine Literaturrecherche ergab keine Ergebnisse zur Annahme des väterlichen Namens bei der Geburt eines Kindes, wie von Ola angesprochen. Abhängig von der Interviewpartnerin wurde mir von unterschiedliche Regelungen bezüglich der Namensänderung erzählt. Laut Manar und zu ihrem Ärger – „Wieso nicht den Namen von Mädchen?“ (2018:1) – folgt den Präfixen *Umm* und *Abu* nur der Name eines Sohnes. Vor der Geburt oder beim Ausbleiben eines Sohnes können die Eltern einen beliebigen Namen wählen. Die Anrede hat in Syrien gesellschaftliche Bedeutung und auch in Österreich pflegen Manar und ihr Ehemann diese Praktik in der Interaktion mit anderen SyrerInnen. Als ich während eines Telefonats mit Manar von Osama (ihrem Sohn) spreche, fragt mich Manar, ob ich Osama, ihren Mann, oder Osama, ihren Sohn, meine. Diese Frage deutet darauf hin, dass die Anrede „*Abu* Osama“ für Manars Mann Mohammed häufig verwendet wird. „*Abu* and *umm* are employed in polite phrases as forms of address (*kunyah*): a man or a woman is addressed or referred to by a phrase consisting of *abu* or *umm* followed by the name of the eldest son or by the eldest daughter if he/she has no sons.“ (Masliyah 1998:115) Unabhängig von der genauen Handhabung zeugen die Präfixe *Umm* und *Abu* in der syrischen Gesellschaft von Respekt, was die Bedeutung von Nachkommen und deren identitätsstiftende Rolle verdeutlicht.

4.1.6 Von Töchtern und Söhnen

Wie die Geburt definiert auch die Eheschließung eine Veränderung des gesellschaftlichen und personalen Zustands. Diese geht jedoch in Syrien nicht mit einer Namensänderung einher. Syrische Frauen nehmen bei der Hochzeit nicht den Nachnamen des Mannes an, sondern behalten den ihres Vaters und ihrer Geschwister. Darauf wurde ich zu Beginn meiner Forschung von einer Vorarlberger Dolmetscherin aufmerksam gemacht. Heidi berichtete von anfänglichen Verwirrungen der österreichischen Behörden aufgrund unterschiedlicher Nachnamen syrischer EhepartnerInnen. Andeira spricht diesen Unterschied zur weitverbreiteten österreichischen Praktik, als Frau bei der Eheschließung den Nachnamen des Mannes anzunehmen, während des Interviews an: „Meine Freundin ist nach Kanada gegangen und als sie dort war wegen dem Pass, hat man sie gefragt, ob sie ihren Familiennamen oder den ihres Mannes will. Und sie hat gesagt, nein, meinen Familiennamen! Warum den meines Mannes!?“ (2017:16) Der Familienname wird immer über die väterliche Seite weitergegeben, was ein Erklärungsansatz für die Bedeutung der Geburt eines Sohnes ist.

Arabische Familiennamen werden über den Sohn weitergegeben. Mein Familienname ist Idrees, mein Bruder heißt Bashar Idrees, in dieser Familie muss ein Sohn geboren werden, damit die Familie bleibt und nicht stirbt. [...] Ich heiße Idrees, aber meine Familie heißt Hanouti, von meinem Mann. [...] Und die Familie möchte bleiben, nicht sterben. Die Kinder meines Bruders sind die Idrees Familie, aber meine Kinder sind Hanouti, wie die Familie von meinem Mann. (Interview mit Andeira 2017:16)

Die Formulierung „die Familie möchte bleiben“ bezieht sich auf den Wunsch, die Familie und deren Namen weiterzuführen, was im Kontext der syrischen Gesellschaft zu einem Fokus auf männliche Nachkommen führt. Die besondere Bedeutung der Geburt eines Sohnes wurde von mehreren Interviewpartnerinnen angesprochen. Die Hebamme Rana D. erzählt von Patientinnen, die so lange Kinder bekamen, bis sie einen Sohn gebären. Samar spricht den gesellschaftlichen Druck auf Frauen an, einen männlichen Nachkommen auf die Welt zu bringen: „Manche Frauen denken, wenn sie keinen Sohn bekommen, dann will ihr Mann vielleicht eine andere Frau heiraten. Sie haben dieses Denken auch. Sie denken, die Frau ist der Grund dafür, ob sie eine Tochter oder einen Sohn bekommen.“ (2017:12) Bis auf zwei Frauen hatten alle Interviewpartnerinnen mindestens einen Sohn. Keine der beiden Syrerinnen mit ausschließlich weiblichen Nachkommen sprach diesen Druck direkt an, wobei eine der beiden, eine 25-jährige Sunnitin, zum Zeitpunkt des Interviews zum siebten Mal schwanger war.

Bis heute finden sich postnatalen Praktiken, die von einem gesellschaftlich relevanten Unterschied der Geschlechter zeugen. Die Sunnitin Manar erzählt mir beim ersten Gespräch, dass Eltern bei der Geburt eines Sohnes reicher beschenkt werden als bei der einer Tochter. Auch scheint die Geburt eines Sohnes ein größeres gesellschaftliches Ereignis zu sein. Andeira bestätigt das mit einer Erzählung über die Geburt ihres Bruders:

In Syrien, meine Mutter bekam zuerst vier Töchter. Immer wenn sie schwanger war und nach dem dritten Kind haben Menschen immer gesagt, Allah gibt dir einen Sohn. Sie haben für einen Sohn gebetet, aber die vierte Tochter ist gekommen. Das war im März, und im März war es wolkig und regnerisch, das Wetter war nicht gut, und niemand kam, um Geschenke zu bringen, nur unsere Verwandte. Dann kam mein Bruder, und es sind viele Menschen gekommen. Und wir haben diese Menschen nicht gekannt, fremde Menschen sind gekommen. Weil vier Töchter, und kein Sohn, und als ein Sohn kam, sehr gut. (2017:16)

Neben der Weiterführung des Familiennamens durch männliche Nachkommen sind Erbpraktiken möglicherweise ein weiterer Grund, wieso die Geburt eines Sohnes von der Familie erwünscht ist. Im Detail auf die historische Entwicklung und praktische Anwendung des syrischen Erbrechts einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. In Kürze kann jedoch gesagt werden, dass das in Syrien von der muslimischen Bevölkerung praktizierte Erbrecht auf der *Shari'ah* basiert und im „Syrian Law of Personal Status, Legislative Decree No.59/1953“ festgehalten ist (Ekman 2017:52). Erklärungen zum Erbrecht in nahöstlichen Ländern gehen bis ins vorislamische Arabien zurück (siehe Coulson 1971:29). Im Kontext Syriens kann kaum von einem einheitlichen „Erbrecht“ gesprochen werden. Abhängig vom geografischen und kulturellreligiösen Kontext finden sich unterschiedliche und äußerst komplexe (gewohnheitsrechtliche) Erbschaftsregelungen und -praktiken.

Ich denke, das hat mit dem Erbe zu tun, ich denke, das ist der Grund, dass sie einen Sohn wollen. In unserer Religion, wenn es keinen Sohn gibt, dann bekommt der Onkel, die Tante und andere ein bisschen was vom Erbe. Aber wenn es einen Sohn gibt, dann bekommen es nur die Kinder, [...] alle Kinder gemeinsam. Aber wenn es nur Töchter gibt, dann bekommen es vielleicht die Brüder [der Eltern] oder Verwandte. Ich denke, das ist der wichtigste Grund. (Interview mit Samar 2017:12)

Es geht folglich nicht ausschließlich um die symbolische Erhaltung der Familie durch die Weiterführung des Nachnamens, sondern auch um deren ökonomische Absicherung. Gesellschaften, in der männliche Nachkommen die Familie „weiterführen“, sind zudem in ihrer postnuptialen Residenzform oft patrilokal, was bedeutet, Frauen werden Teil der Familie ihres Mannes und wohnen nach der Hochzeit bei oder in der Nähe der neuen Familie. Tatsächlich erzählen einige meiner Interviewpartnerinnen davon, dass sie nach der

Eheschließung in das Dorf oder die Stadt des Mannes zogen. Somit kann die Geburt eines Sohnes zu einer Art Altersvorsorge werden und die Distanz zwischen Eltern und Kind nach der Eheschließung verkürzen. Andere Paare suchten sich unabhängig von der Familie ein neues gemeinsames Zuhause (neolokale Residenzform), wobei sich unterschiedliche Formen der neolokalen Residenz identifizieren lassen: unabhängig vom Wohnort der beiden Familien, näher bei den Eltern des Ehemannes / der Ehefrau oder genau dazwischen, um einige Möglichkeiten zu nennen. Postnuptiale Residenzformen und insbesondere die Faktoren, die diese Entscheidung beeinflussen, stellen ein äußerst spannendes Forschungsfeld der Kultur- und Sozialanthropologie dar.

Die angeführten gesellschaftlichen Aspekte sind Gründe für den scheinbar weitverbreiteten Wunsch nach einem Sohn, der sich in den Erzählungen meiner Interviewpartnerinnen wiederfindet. Es wird zwar von der Geburt eines Sohnes als gesellschaftlich größeres Ereignis berichtet, die elterliche Freude scheint jedoch keineswegs zwischen Tochter und Sohn zu unterscheiden. Väter sprachen stolz von ihren Töchtern, Mütter vom Wunsch nach einer Tochter. Manar formuliert es pointiert:

Bei meinem ersten Sohn ging ich zum Arzt und im vierten Monat habe ich mir gewünscht, dass der Arzt sagt, es wird ein Mädchen. Und ich habe gefragt, was ich habe und er hat gesagt, Sohn. Und ich, okay. Und der Arzt hat gefragt, bist du nicht glücklich? Ich habe gesagt, ja, aber ich liebe Mädchen. Und er hat gesagt, vielleicht nächstes Mal. [...] Und beim zweiten Mal ging ich zu diesem Arzt und frage, was wird es. Und er hat gesagt, tut mir leid, es ist auch ein Sohn. Und ich sage okay. [...] Ich habe zu meinem Mann gesagt, wenn ich gewusst hätte, dass ich in Österreich ein Mädchen bekomme, wäre ich vor vier Jahren gekommen. (Interview mit Manar 2017:16)

Zudem bestehen unterschiedliche soziokulturelle Narrative nebeneinander, wie dieses Beispiel zeigt: „Meine Mutter hat gesagt, Allah liebt dich. Wenn das erste Kind eine Tochter ist, das ist besser für die ganze Familie. Weil Töchter sind leiser als Söhne. Und alle Kinder machen es wie das erste Kind.“ (Interview mit Andeira 2017:16)

Jenseits des Geschlechts verändert die Geburt eines Kindes den sozialen Status der Eltern. Im folgenden Kapitel werde ich auf weitere Übergangsrituale und Praktiken eingehen, die in der postnatalen Phase verortet werden können.

4.1.7 Postnatale Traditionen

Die Zeit nach der Geburt ist eine besondere Phase für Mutter und Kind, die wohl in den meisten Gesellschaften von soziokulturellen Traditionen begleitet wird. Genauso wie

Konzeptionen schwangerer Frauen oder der Geburtsprozess kulturell geprägt sind, finden sich weltweit unterschiedliche postnatale Praktiken. Von Leach (1978:99) in Anlehnung an van Gennep (2005 [1909]) als „Marginalitätsriten“ bezeichnet, begleiten postnatale Traditionen den Übergang von der Trennungsphase der Geburt bis zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Das Wochenbett kann als „Intervall sozialer Zeitlosigkeit“ (Leach 1978:99) verstanden werden (siehe Kapitel 3.2.2), das mit besonderen Verhaltensregeln und Interaktionsgeboten einhergeht. Das deutsche Wörterbuch definiert den Begriff „Wochenbett“ als „Zeitraum von 6 bis 8 Wochen nach der Entbindung, in dem es zur Rückbildung der durch Schwangerschaft und Geburt am weiblichen Körper hervorgerufenen Veränderungen kommt“ (duden.de). Doch auch die Dauer des Wochenbetts, des Intervalls sozialer Zeitlosigkeit, ist kulturell bedingt. Von den syrischen Frauen wurde mir wiederholt von den ersten 40 Tagen nach der Geburt berichtet:

Nach der Geburt sind viele verschiedene Sachen verboten, bis 40 Tage nach der Geburt. Danach ist es kein Problem, dann kann man alles Essen. Aber normal sagt man, in dieser Zeit darf die Frau nicht barfuß gehen und muss warm angezogen sein. Und in Syrien darf die Frau 40 Tage lang nicht rausgehen. Weil sie vielleicht krank wird, und alles neu ist. Das ist nicht gut für Kind und Mutter. 40 Tage muss die Frau im Haus bleiben. Dann kommen immer die Mutter und Schwiegermutter zum Helfen, weil die Frau darf 40 Tage keine schwierige Arbeit machen. Und nicht rausgehen. Und nichts Saures essen. Scharf ist auch nicht gut. Und sie bekommt Massagen. (Interview mit Ola 2017:4)

Ola beschreibt die postnatale Phase als eine Zeit, in der die Frau vor äußeren Einflüssen geschützt und von anderen Frauen versorgt werden soll. Nahrungstabus sowie Kontakt- und Arbeitsverbote zählen zu häufigen postnatalen Praktiken, die dem Schutz der Mutter und des Kindes in dieser zeitweiligen Schwellenphase dienen. So erzählt auch Manar von der postnatalen Zeit: „Das ist die Kultur in Syrien, nach der Geburt bleibe ich zuhause für 40 Tage mit meinem Kind. Und meine Mutter, die Mutter meines Mannes oder die Schwester meines Mannes helfen mir, mit Kochen, Putzen und allem. Und nach 40 Tagen kann ich das erste Mal meine Familie besuchen und auch die Familie meines Mannes.“ (Interview mit Manar 2017:8)

Übergangsrituale gehen meist mit einer Außerkraftsetzung alltäglicher Normen einher (Nadig 2011:45). Die Frau darf entgegen alltäglicher Erwartungen keinen häuslichen Pflichten nachgehen, welche von anderen Frauen der Familie, meist Mutter, Schwiegermutter, Schwester oder Schwägerin, übernommen werden. Der körperliche Schutz der Frau findet darin Ausdruck, dass warme Kleidung und Fußbekleidung getragen werden. „Man soll nicht ohne Socken laufen, und es soll nicht kalt sein in der Wohnung.“ (Interview mit Marwa

2017:6) Nurs Ehemann spricht zudem das Verbot des Geschlechtsverkehrs in dieser Phase an: „40 Tage nach der Geburt dürfen meine Frau und ich nicht Sex haben.“ (Nur 2017:10) Eine Erklärung dafür wäre die bereits erwähnte Verortung des weiblichen Körpers nach der Geburt in einer Schwellen- oder Liminalphase, in der er besonders verletzlich ist und in manchen Gesellschaften als unrein wahrgenommen wird (Leach 1978, Turner 1969, siehe Kapitel 3.2.2). Auch Strasser (1994) und Akashe-Böhme (2006) erklären den Rückzug der Frau in dieser Zeit mit der gesellschaftlichen Vorstellung von der Unreinheit durch den Wochenfluss einer gebärenden Frau. Erst nach 40 Tagen gilt sie als rein und darf in das gesellschaftliche Leben zurückkehren. Strasser (1994:210) beschäftigte sich in ihrer Forschung in einem türkischen Dorf am Schwarzen Meer ebenfalls mit der postnatalen Phase, in der Frau und Kind das Haus nicht beziehungsweise nur zu Gebetszeiten verlassen sollten. Ähnlich dem syrischen Verständnis werden dort junge Mütter, die 40 Tage lang als unrein gesehen werden und denen besondere Gefahr durch Dämonen droht, bezüglich körperlicher Arbeit geschont. Zudem werden Maßnahmen gesetzt, um die Frau und ihr Kind vor übernatürlichen Gefahren zu bewahren, mehr dazu in Kapitel 4.1.8.

Wiederholtes Nachfragen meinerseits zeigte, dass sich die Ausgestaltung des Wochenbettes in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat. Die Gründe dafür liegen in demografischen und wirtschaftlichen Veränderungen, wie der folgende Gesprächsausschnitt zeigt: „In Syrien habe ich das [40-tätige Ruhephase nach der Geburt] auch nicht gemacht. Aber früher haben das alle gemacht. Ich habe in Syrien gearbeitet und ich wohnte in Aleppo, aber meine Eltern waren in einer anderen Stadt.“ (Interview mit Ola 2017:5) Die postnatale Schwellenphase ist abhängig von verwandtschaftlicher Unterstützung und der Möglichkeit, sich 40 Tage zurückzuziehen. Fehlende familiäre Netzwerke als Folge zunehmender räumlicher Mobilität junger Menschen sowie berufliche Tätigkeit der Frau in Verbindung mit begrenztem Mutterschutz führen zur Veränderung besagter postnataler Praktik. Folglich wurde diese Tradition oft als veraltet gesehen: „Das mit den 40 Tagen nach der Geburt, das ist sehr alt. Meine Oma hat das so gemacht, aber ich und meine Mama und meine Schwester nicht.“ (Interview mit Zainab 2017:3), oder mit ländlichen Gebieten assoziiert: „Das machen manche vielleicht in den Dörfern, nicht in der Stadt. Aber das ist nicht vom Islam, vielleicht kulturell. Zwischen Stadt und Dorf gibt es einen Unterschied.“ (Interview mit Andeira 2017:18) Eine Veränderung postnataler Praktiken scheint oftmals pragmatische Gründe zu haben. So sprechen alle Interviewpartnerinnen davon, dass die neue Lebenssituation in Vorarlberg gewisse Traditionen erschwert oder nicht ermöglicht:

Nein, hier ist es anders. Weil ich ja Kinder habe und sie haben Schule und Kindergarten und mein Mann muss arbeiten. Ich kann das nicht machen. Wenn es mir gut geht, muss ich mich auch um die Kinder kümmern. In Syrien ist es anders, weil in Syrien sind viele Schulen in der Nähe und es gibt viele Kinder in der Nachbarschaft. Aber hier muss mein Sohn alleine in die Schule, es gibt hier nicht so viele Kinder. (Manar 2017:9)

Eine weitere Tradition, die in manchen Teilen Syriens der Geburt eines Kindes folgt, ist die des *Adhān* (Gebetsruf). Dieser Brauch kann wohl mit der Taufe in christlichen Gesellschaften verglichen werden. „Wenn das Baby kommt, wir sind Muslime und wir machen *Adhān*. Wir sagen einen Spruch ins Ohr. In Syrien gehen die Christen aber in die Kirche [...] aber wir machen was anderes. Wir sagen einen *Adhān* ins Ohr. Zum Beispiel *Allahu Akbar, Allahu Akbar* und dann ist es fertig.“ (Interview mit Ola 2017:6) Überlieferungen zufolge soll der *Adhān* ins rechte Ohr und die *Iqāmah* ins linke Ohr eines Neugeborenen gesprochen werden (Akashe-Böhme 2003:90). Während der Begriff *Adhān* den Aufruf zum Gebet bezeichnet, bezieht sich *Iqāmah* auf einen Ausruf unmittelbar vor dem Gebet (Hussain 2012:51f). Auch im türkischen Kontext berichtet Strasser (1994:210) von einem Gebetsruf, der am siebten Tag nach der Geburt gelesen wird. Ola und Manar zufolge wird der *Adhān* jedoch gleich anschließend an die Geburt vom Vater ins Ohr des Kindes gesprochen. Laut Khademi et al. (2016) geht dieser Brauch auf den Propheten Mohammed zurück und soll das Neugeborene vor dem Bösen schützen. Eine weitere Überlieferung verknüpft den *Iqāmah* mit dem Schutz vor den *Ĝinn* (Khademi et al. 2016:1300), mehr dazu in Kapitel 4.1.8.

Im Unterschied zur Taufe geht dieser Brauch nicht notwendigerweise mit der Namensgebung einher. „Das ist auch anders in Syrien, man muss nicht so schnell einen Namen geben. Das ist kein Problem, das kann man später machen. Aber hier muss man gleich sagen, wie das Kind heißt. In Syrien bleibt das Kind manchmal einen Monat ohne Namen. Wie heißt dieses Kind? Bis jetzt weiß ich es nicht.“ (Interview mit Ola 2017:6) Durch den Angliederungsritus des *Adhān* und die Namensgebung wird das Neugeborene Teil der sozialen Gemeinschaft (van Gennep 2005 [1909]:67).

4.1.8 *Kabsa*, die Kindbettdämonin *Qarīna* und der Böse Blick

Lokalkulturelle Konzeptionen übernatürlicher Kräfte stellen einen Teil der sozialen Realität Syriens dar (Fartacek 2010). Die Vorstellung personalisierter Dämonen – auch *Ĝinn* genannt, findet sich laut Fartacek vor allem in sunnitisch geprägten Gebieten. In der anthropologischen Forschung zu übernatürlichen Phänomenen geht es darum, die soziale Bedeutung dieser Phänomene zu untersuchen und zu verstehen: „Dort wo die *Ĝinn* in ein bestehendes

lokalkulturelles Weltbild eingebettet sind, dort gibt es sie, dort sind sie soziale Realität.“ (Fartacek 2010:184) In diesem Kapitel möchte ich auf das Phänomen der *Kabsa*, die Dämonin *Qarīna* sowie die Vorstellung des Bösen Blicks eingehen. Alle drei lokalkulturellen Konzeptionen stehen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und der postnatalen Phase.

Das Phänomen der *Kabsa* beschreibt ähnlich wie der Böse Blick eine „schädigende Kraft, die dann wirksam wird, wenn bestimmte Tabus nicht beachtet werden bzw. wenn etwas ‚Verbotenes‘ getan wird“ (Fartacek 2010:99). Inhorn, die das Thema (Un)Fruchtbarkeit in Ägypten untersuchte, beschreibt die Bedeutung von *Kabsa* im Kontext ihrer Forschung wie folgt:

[K]absa represents the unwitting and unexpected entrance of a symbolically polluted individual into the room occupied by a sacredly vulnerable female ritual initiate, whose bodily ‘boundaries’ (and, more specifically, her reproductively significant genitalia) have been recently violated through circumcision, defloration, or childbirth. As a result of the symbolic ‘penetration’ of these boundaries by a polluting substance, the polluter who has mistakenly ‘entered’ upon the vulnerable, ‘open’ female causes the latter to enter a state of liminal suspension [...], rendering her infertile or incapable of providing the breast milk necessary to sustain the life of the newborn child. (1994:115)

Bei einem Verstoß gegen Interaktionsgebote kommt es zu einer Störung in der Schwellenphase nach der Geburt, in der die Wöchnerin als losgelöst von der „normal‘ female world“ (Inhorn 1995:115) verstanden wird und in der eine Transition stattfindet, die von postnatalen „rites of passage“ begleitet wird. In diesem Zustand des Übergangs, jedoch auch in Krankheits- und Menstruationsphasen sowie in der Zeit der Eheschließung hat *Kabsa* Relevanz (Fartacek 2010:101). In der liminalen Phase des Wochenbetts ist die Frau besonders gefährdet, stellt jedoch aufgrund der Assoziation zu Unreinheit und Heiligkeit gleichzeitig eine Gefahr für andere dar (Douglas 1988 [1966]:126). In Syrien wird eine Frau während dieser Zeitspanne *nafsā’* genannt, während ihr tabuisierter Zustand als *nifās* bezeichnet wird (Fartacek 2010:100). Im Rahmen dieser Arbeit ist das Brechen folgender Tabus relevant:

- Das Zusammentreffen zweier Wöchnerinnen: Dieses Tabu ist unter anderem ein Beweggrund für den Ausschluss einer Wöchnerin aus dem alltäglichen gesellschaftlichen Leben während der ersten 40 Tage nach der Geburt.
- Der Besuch einer Wöchnerin von einer menstruierenden Frau: Dieser würde die *Kabsa* bei der Mutter und / oder ihrem Kind verursachen.

- Interaktionen zwischen einer *Wöchnerin* und einer *kranken Frau*
- Das Steigen über das *Kind* oder dessen Kleidung: Dabei kann die *Kabsa* für das Neugeborene ausgelöst werden. (Fartacek 2010:100)

Die Wirkung der *Kabsa* zeigt sich darin, dass die Muttermilch einer betroffenen *nafsā'* versiegt oder sich das Wachstum des Kindes einstellt (Fartacek 2010:99). Zudem besteht die Vorstellung, durch die übernatürliche Kraft könne es zu Unfruchtbarkeit kommen. *Kabsa* bedroht folglich die reproduktiven Fähigkeiten der Frau, insbesondere während des Wochenbetts (Inhorn 1994:115).

Forschungen zur sogenannten Kindbettdämonin *Qarīna* bei Schwangeren oder neuen Müttern durchzuführen, gestaltet sich äußerst schwierig. Das liegt hauptsächlich daran, dass es Unglück bringen soll, in Anwesenheit einer Schwangeren oder neuen Mutter den Namen der Kindbettdämonin zu erwähnen (Fartacek 2010:79). Der Begriff *Qarīna* beziehungsweise in der männlichen Form *Qarīn* bedeutet übersetzt so viel wie „Genossin“ / „Genosse“ (Fartacek 2010:60). Fartacek spricht in seinen detaillierten Ausführungen zu Diskursen über das Wirken der *Ĝinn* in Syrien über die Vorstellung, dass die Welt der *Ĝinn* ein „Spiegelbild der menschlichen Gesellschaft“ darstelle. Folglich findet sich für jeden Menschen einen *Qarīn* / eine *Qarīna* in der Welt der *Ĝinn*, wobei im Kontext syrischer Konzeptionen einer Frau ein männlicher *Ĝinn*, einem Mann das weibliche Äquivalent zugesprochen wird. Im Alltag eine weit größere Bedeutung haben personalisierte Dämonen, die eine Unterart der *Ĝinn* darstellen (Fartacek 2010:65). Dazu zählt die gleichnamige Dämonin *Qarīna*. Laut Kriss und Kriss-Heinrich (1962:22) finden sich Erzählungen zu dieser Dämonin im gesamten arabisch sprechenden Raum. Ihr wird die Fähigkeit zugesprochen, Unfruchtbarkeit, Fehlgeburten und Kinderkrankheiten zu verursachen. Auch soll sie Kindern nachts in Form von Albträumen begegnen (Fartacek 2010:68, Kriss und Kriss-Heinrich 1962:22).

Wie bereits ausführlich diskutiert, sind Schwangere und Wöchnerinnen im Kontext des traditionellen Volksglaubens besonders gefährdet. Volkstraditionelle Konzeptionen wie beispielsweise die Dämonin *Qarīna* und der Böse Blick verdeutlichen die verletzte Position der Frau und des Kindes in dieser Zeit(losigkeit). Diese Verletzlichkeit wurde auch von der Sunnitin Ola angesprochen: „In Syrien darf die Frau 40 Tage lang nicht rausgehen. Weil sie vielleicht krank wird, und alles neu ist. Das ist nicht gut für Kind und Mutter.“ (Ola 2017:4) Deshalb gibt es in den meisten Gesellschaften kulturelle Riten und Praktiken, die

dem Schutz der Mutter und des Kindes dienen, bis sie vom Wochenbett in die soziale Gemeinschaft zurückkehrt (van Gennep 2005 [1909]:56).

Weitaus verbreiteter als die Konzeptionen der Dämonin *Qarīna* ist in Syrien die Vorstellung des Bösen Blicks. Durch den Bösen Blick, ein im gesamten Nahen und Mittleren Osten weitverbreitetes Konzept, wird Schadenszauber ausgelöst (Fartacek 2010:89, Strasser 1994:136, Kriss und Kriss-Heinrich 1962:17). Kriss und Kriss-Heinrich (1962:17) führen die Herkunft dieser Vorstellung auf die vorislamische Zeit der Babylonier und Assyrer zurück. Der Volksglaube des Bösen Blick wird als „gefürchtete übernatürliche Ursache von Krankheit und Mißgeschick“ (1962:17) beschrieben. Dabei wird dem Menschen, von dem der Böse Blick ausgeht, nicht zwingend die Schuld daran zugesprochen. Böswilligen Personen wird zwar zugetraut, Schaden mithilfe des Bösen Blicks zu verursachen (Kriss und Kriss-Heinrich 1962:17), die Wirkung kann aber auch unbewusst hervorgerufen werden (Fartacek 2010:89). Da der Böse Blick in engem Zusammenhang mit Neid und Ungunst steht, ist das „Auge“ dann besonders gefährlich, „wenn sich der Neider verstellt und seine Mißgunst in die freundschaftliche oder vertrauliche Äußerung der Bewunderung kleidet.“ (Kriss und Kriss-Heinrich 1962:17) Fartacek (2010:89) spricht im syrischen Kontext davon, dass der Böse Blick dann ausgelöst wird, wenn einem Ausdruck der Bewunderung nicht Phrasen wie beispielsweise *ma-sha-llah* oder *bi-smi-llah* folgen. Diese vorbeugenden Redewendungen bedeuten auf Deutsch so viel wie „was Gott will“ und „im Namen Gottes“, und schützen wie auch das dreimalige Klopfen auf Holz oder bestimmte Amulette vor der Wirkung des Bösen Blicks (Fartacek 2010:89).

Während meiner empirischen Forschung erzählte mir die syrische Hebamme Rana D. vom Bösen Blick, der vor allem in ländlicheren Gegenden eine Rolle spiele. Besonders Schwangere und Wöchnerinnen seien dem Bösen Blick und seiner Wirkung ausgesetzt. Dieser würde bei Frauen nach der Geburt beispielsweise Schwäche, Krankheit oder frühzeitiger Milchverlust auslösen, und kann ihr zufolge durch BesucherInnen oder übermäßige Bewegung nach der Geburt verursacht werden (Interview mit Rana D. 2017:2). Manar und ihr Mann sprechen von der Möglichkeit des Schlafmangels beim Neugeborenen als Folge des Bösen Blicks. Die übernatürliche Kraft ist vor allem dann zu fürchten, „wenn ein Besuch stattfindet, der im Zusammenhang mit einem identitätsrelevanten Großereignis steht“ (Fartacek 2010:95). So auch bei Besuchen nach der Geburt eines Kindes. Die postnatale 40-tägige Ruhephase inklusive Arbeits- und Interaktionsverbote stellt somit eine Schutzmaßnahme für Frau und Kind dar.

4.2 Das syrische Gesundheitssystem

In Syrien, einem Land, in dem die Einwohnerzahl bis 2010 konstant auf 21 Millionen gestiegen und seit 2011 auf fast 18 Millionen gesunken ist (World Bank Data 2017b), investiert die Regierung jährlich 3,2% der Staatsausgaben ins nationale Gesundheitssystem. Es ist zu bedenken, dass sich diese Zahl seit Kriegsbeginn mit Sicherheit laufend verändert hat. Im Folgenden widme ich mich dem syrischen Gesundheitssystem im Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt, wobei sich dieses Kapitel auf das Gesundheitssystem vor Kriegsbeginn bezieht. Durch den Krieg verursachte Veränderungen der medizinischen Infrastruktur werden in Kapitel 4.3 behandelt.

Um auf die Geburtshilfe vor Kriegsbeginn zurückzukommen: 24,5% der syrischen Gesellschaft waren 2005 Frauen im gebärfähigen Alter (Bashour und Abdulsalam 2005:21). Gesundheitsversorgung wurde vom Staat flächendeckend und kostenfrei angeboten, was Bashour und Abdulsalam zufolge eine Herausforderung für den Standard der Versorgung darstellt. Niedrige Standards in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen mögen ein Grund für das stetige Wachstum des privaten Sektors in Syrien sein. Nichtsdestotrotz sind staatliche Krankenhäuser und Kliniken Anlaufstellen für Familienplanung und Geburtshilfe. Kostenfreie Schwangerschaftsbetreuung wird in mehr als 1.400 Gesundheitszentren im ganzen Land angeboten (Bashour und Abdulsalam 2005:21). Ungeachtet dieses breiten Angebots ergab die „Syrian Family Survey“ von 2001, dass 80% der pränatalen Untersuchungen von privaten AnbieterInnen durchgeführt wurden. Durchschnittlich besuchten die Studienteilnehmerinnen vor der Geburt 4,4 Untersuchungstermine (Bashour und Abdulsalam 2005:21). Generell verbesserte sich die Situation der Geburtshilfe in Syrien in den Jahren vor Kriegsbeginn. „In 2002–2006, 70% of deliveries were facility-based, and 93% were attended by a doctor or midwife; between 1989 and 1993, 35% were facility-based and 77% attended by a doctor or midwife“ (Bashour et al. 2009:1122). Die Versorgung Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen ist trotzdem wenig systematisiert (Bashour und Abdulsalam 2005:21), was sich im Laufe meiner Forschung bestätigte. Pränatale Untersuchungen der von mir interviewten Frauen variierten von ein paar wenigen Terminen während der Schwangerschaft zu monatlichen oder sogar zweiwöchigen Kontrollen. Die Geburt selbst fand bei allen Interviewpartnerinnen in einem Krankenhaus beziehungsweise im ländlichen Raum in einer Klinik statt. Die „Syrian Family Survey“ verortet 49% aller ambulanten Geburten in Syrien im privaten Sektor (Bashour und Abdulsalam 2005:21). Von den 14 Kindern, die von meinem Interviewpartnerinnen in Syrien geboren wurden, kamen 12

in privaten Krankenhäusern zur Welt. Manar nahm als einzige das medizinische Angebot des syrischen Staates an. Mehr dazu in Kapitel 4.2.3.

Der Anteil an Hausgeburten in Syrien ging in den letzten Jahren stark zurück (Bashour und Abdulsalam 2005). Die Interviewpartnerinnen erzählen zwar von Hausgeburten ihrer Eltern, aber keine der Befragten gebar selbst ein Kind zuhause.

Vor zehn Jahren ist vielleicht eine Hebamme nach Hause gekommen und dann, zum Beispiel meine Schwester wurde zuhause geboren. Aber es gibt viele Probleme mit den Kindern, vielleicht gibt es Probleme beim Kinder bekommen und dann braucht man ein Krankenhaus, vielleicht sofort, und wenn man dann mit dem Baby ins Spital fahren muss, dann stirbt es vielleicht. Heute gehen alle Frauen ins Spital, sie gebären nicht mehr zuhause. (Interview mit Zainab 2017:8)

Der „Syrian Family Survey“ zufolge, fanden 2001 noch 44,6% aller Geburten zuhause statt (Bashour und Abdulsalam 2005:21). In den folgenden Jahren stieg der prozentuelle Anteil der Entbindungen in einer medizinischen Institution. UNICEF (2013) verortete die Zahl der klinischen Geburten in Syrien zwischen 2008 und 2012 bei 78,2%. Folglich fanden in dieser Zeit 21,8% der Geburten im häuslichen Rahmen statt. Es kann angenommen werden, dass sich diese Zahlen in den Kriegsjahren abermals veränderten, doch aktuelle Zahlen sind nicht vorhanden. Jehans – „Niemand macht das zuhause.“ (2017:5), Nurs – „Das war vor zehn Jahren, aber jetzt alle im Krankenhaus.“ (2017:13) oder Zainabs Eindruck, Hausgeburten wären eine Sache der Vergangenheit, entstanden eventuell durch den doch starken Rückgang der Hausgeburt in den letzten 20 Jahren. Unabhängig von den örtlichen Rahmenbedingungen der Geburt wurden vor Kriegsbeginn 96,2% aller Geburten von einer qualifizierten Fachkraft begleitet (UNICEF 2013).

Ein weiteres relevantes Thema im Kontext meiner Studie ist der Schwangerschaftsabbruch. Abtreibung ist außer in der Türkei und in Tunesien in allen Ländern der MENA-Region („Middle East and North Africa“) verboten (Dabash und Roudi-Fahimi 2008:2). Es ist unumstritten, dass die Legalisierung der Abtreibung die Sterberate durch illegale und folglich oft unsichere Eingriffe drastisch senkt. Zwar ist ein Schwangerschaftsabbruch in Syrien gesetzlich verboten, außer es handelt sich um einen lebensrettenden Eingriff, dennoch wird er in klinischen Settings von privaten Ärzten vorgenommen: „Bei einem Arzt, einem Spezialarzt. Im staatlichen Spital machen sie es nicht. Nur wenn es Probleme mit dem Baby gibt, wenn ich es machen muss, dann machen sie es. Aber selber, wenn ich sage, bitte mach das Baby weg, dann nicht.“ (Interview mit Zainab 2017:10) Diese Privatleistung wird von der Regierung zweckmäßig ignoriert, wohl um eine Kriminalisierung und damit verbundene

unsichere Eingriffe zu verhindern. Eine Studie der syrischen Regierung im Jahr 2006 zeigt, dass 4% aller verheirateter Frauen im Alter von 15 bis 49 mindestens einen Abbruch hinter sich hatten (Dabash und Roudi-Fahimi 2008:2), wobei die Dunkelziffer mit Sicherheit um einiges höher ist. Zainab erzählt mir beispielsweise von ihrer Tante und einer Freundin, die eine beziehungsweise mehrere Abbrüche vornahm:

Es gibt viele Frauen, zum Beispiel Asma, sie ist da [in Vorarlberg], sie hat [in Syrien] zwei Babys wegmachen lassen. Sie hat das gemacht, ist normal. [...] Meine Tante hat das auch so gemacht, sie hatte drei Kinder, und dann kam das Baby, sie hat nicht aufgepasst. Und im dritten Monat ging sie zum Spezialarzt und hat gesagt, ich will diese Baby nicht, und er hat es weggemacht. Ich habe ihr gesagt, bitte, es ist ein Baby, das darfst du nicht, und er ist schon groß, er ist 16 Wochen alt, aber sie hat nein gesagt. Sie hat gesagt, sie kann es nicht haben. (Interview mit Zainab 2017:10)

Wie aus dieser und folgender Aussage hervorgeht, kommt für Zainab eine Abtreibung nicht in Frage: „Ich kann das nicht machen, ein Baby töten. Wenn ich kein Baby möchte, dann muss ich aufpassen. Aber wenn es da ist, dann kann ich es nicht töten. [...] Ich hätte das in Syrien auch nicht gemacht.“ (2017:10) Auch die Sunnitin Rana K. erklärt mir, „*Haram*. Im Islam, *haram*.“ (2017:6) Trotzdem sind sie sich einig, dass ein Abbruch im Falle einer Fehlbildung des Babys in gesellschaftlicher und religiöser Hinsicht erlaubt ist.

Sie hat mir gesagt, vielleicht hat dein Baby Down-Syndrom, und wir haben diesen Test gemacht, weil ich sehr Angst vor dem habe, dass ein Baby von mir auf die Welt kommt und Down-Syndrom hat oder andere Probleme. Ich habe gesagt, bitte machen wir den Test, wenn das Baby Probleme hat, dann kann ich das nicht. [...] Ich würde [eine Abtreibung machen], es gibt viele Frauen, die sagen nein, das mache ich nicht, aber ich würde das machen. Weil das Baby kann dann auch nicht wie alle Kinder in die Schule gehen, schwimmen, spielen. Und ich müsste immer beim Kind bleiben. Das könnte ich nicht. (Interview mit Zainab 2017:11f)

Während des Interviews mit Rana K. wurde von der Dolmetscherin folgendes übersetzt: „Auch der Mann bestätigt, dass in Syrien bis zu 90% abtreiben, wenn es Fehlbildungen gibt. Aber für sie war das auch geplant, wenn es Fehlbildungen gehabt hätte, das hätten sie auch gemacht. Aber in Islam ist es normalerweise nicht erlaubt, aber es gibt immer Ausnahmen, auf jeden Fall.“ (Interview mit Rana K. 2017:6, übersetzt von Mabrouka) Laut der „Population Policy Data Bank“ der UN ist ein Abbruch in Syrien nur legal, wenn er notwendig ist, um das Leben der Schwangeren zu retten (UN Population Policy Data Bank), nicht jedoch bei einer Beeinträchtigung des Fötus. Die scheinbar widersprüchlichen Aussagen zeigen, dass die Akteurinnen zwischen verschiedenen religiösen und gesellschaftlichen Diskursen navigieren, die nebeneinander soziale Anwendung finden.

4.2.1 Das medizinische Personal: Die Zuschreibung von „authoritative knowledge“

Im Folgenden möchte ich auf die Rolle der ÄrztInnen und Hebammen in Syrien näher eingehen. „In Syrian hospitals, deliveries are largely attended either by residents in public hospitals or consultants in private hospitals. Midwives have a very secondary role in hospital births in Syria due to hospital policies, although they do work independently in their own clinics or at women’s homes, where they usually are the main birth attendant.“ (Bashour et al. 2009:1125) Bis auf wenige Ausnahmen war im Kontext der geburtshilflichen Betreuung in Syrien von ÄrztInnen und Krankenschwestern, jedoch nicht von Hebammen die Rede. Keine der interviewten Frauen suchte während ihrer Schwangerschaft eine Hebamme auf, sie nahmen aber regelmäßig Termine bei GynäkologInnen war. Die gesellschaftliche Bedeutung der Hebammen scheint zunehmend zu schwinden: „Früher haben Geburten nur Hebammen gemacht, aber jetzt gibt es viele Ärzte und viele Frauen gehen zum Arzt.“ (Interview mit Samar 2017:2). Die Tatsache, dass es in Syrien wenige Hebammen gäbe, macht die geburtshilflich ausgebildete Rana D. daran fest, dass viele Frauen, die Krankenschwestern oder Hebammen sind, nach wenigen Arbeitsjahren heiraten, Kinder bekommen und auch danach ihren Beruf nicht weiter ausführen (Interview mit Rana D. 2017:1). Die Ausbildung zur Hebamme bestehe aus einer Art Fachhochschule nach dem Schulabschluss, die zwei Jahre dauert. Die Rolle der Hebammen scheint ein kontroverses Thema zu sein, wie die Gespräche mit Rana D. und dem Gynäkologen Louai zeigen. Laut Rana D. haben Hebammen in Syrien einen guten sozialen Stellenwert. Sie werden für beinahe jeden mütterlichen Rat aufgesucht und seien in vielen Gegenden bei Schwangeren beliebter als ÄrztInnen. Die Bedeutung der Hebamme unterscheidet sich laut Louai von Stadt zu Stadt: „In Aleppo spielt die Hebamme eine große Rolle. In anderen Städten auch, da gibt es auch Hebammen, auch welche, die nicht gebildet sind, aber nicht so wie in Aleppo. Sie haben keine eigenen Ordinationen. Aber in Aleppo schon, da sind sie wie Ärztinnen.“ (2017:4) Vor allem im ländlichen Raum werden Hebammen weiterhin aufgesucht.

Wir haben auch Hebammen, aber nur wenn das Kind normal geboren wird. Und sie muss auch studieren, aber viele Leuten möchten keine Hebamme, alle gehen zur Ärztin. Aber in den Dörfern, da gibt es vielleicht keine Ärztin und es ist schwierig, in die Stadt zu gehen, dort kommt dann die Hebamme, und das ist auch gut. Aber nur für eine normale Geburt. Bei Kaiserschnitt ist das schwierig. (Interview mit Ola 2017:1)

Louai zeigt sich von der angespannten Situation zwischen Hebammen und ÄrztInnen in Aleppo sichtlich irritiert: „[B]ei uns in Aleppo insbesondere, die Hebamme spielt dabei eine Rolle, ob ein Arzt arbeitet oder nicht. Sie kontrolliert, sie macht Kontrolle, die Leute hören

auf die Hebammen. Sie sagt zum Beispiel, dieser Arzt ist gut, dieser nicht.“ (2017:3) Bezüglich des Arbeitsbereiches einer Hebamme konnte ich in Erfahrung bringen, dass sie besonders in privaten Krankenhäusern eine Assistenzrolle innehaben und die Leitung der Geburt den ÄrztInnen zukommt. „Im Privatspital gibt es eine Hebamme, die schaut als erstes die schwangere Patientin an und danach muss sie die Ärztin anrufen und sagen, was die Situation ist. Also sage ich ihr, du kannst die Patientin akzeptieren oder du kannst sie in meine Klinik schicken. [...] Und wenn die Geburt dann passiert, kommt die Ärztin.“ (Interview mit Samar 2017:3). Bei der ersten Geburt einer Frau, bei Zwillingen, Risikofällen oder nach dem zweiten Kaiserschnitt sind beispielsweise nur ÄrztInnen anwesend und verantwortlich (Interview mit Rana D. 2017:1).

Da Hausgeburten in Syrien wie in den meisten Ländern heute rückläufig sind und meine Interviewpartnerinnen ausschließlich in Kliniken oder Krankenhäusern entbunden haben, kam der Hebamme in den Erzählungen wenig Bedeutung zu. Die Gespräche mit dem Gynäkologen Louai und der Hebamme Rana D. gaben jedoch einen Einblick in die Hierarchie der medizinischen Wissenssysteme, die sich am Beispiel Aleppo in der angespannten Situation zwischen den geburtshilflichen PraktikerInnen äußerte.

4.2.2 Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe in Syrien

Von der Erläuterung medizinischer Abläufe während der Schwangerschaft bis hin zur Entbindung beziehe ich mich folglich auf klinische Settings. Hausgeburten, die aus anthropologischer Sicht durchaus ein spannendes Thema darstellen, werden an dieser Stelle außer Acht gelassen. Bis auf eine der Interviewpartnerinnen hatten alle Frauen bereits Kinder, bevor sie nach Österreich gekommen sind. Andeira gebar vor der Flucht nach Österreich zwei Kinder in Dubai. Nur brachte ebenfalls zwei Kinder vor ihrer Ankunft auf die Welt, allerdings in einer Flüchtlingsunterkunft in der Türkei. Medya verließ Syrien, um mit ihrem desertierten Ehemann im Irak zu leben, wo sie ihr erstes Kind geboren hat. Es wurden daher nicht ausschließlich Daten zum syrischen Gesundheitssystem eruiert, sondern auch zur Geburtshilfe in anderen Ländern der Region. Obwohl der Fokus meiner Untersuchung auf der Situation in Syrien liegt, finden die Erfahrung dieser Interviewpartnerinnen Eingang in meine Ausführungen.

Der medizinische Ablauf vom Beginn einer Schwangerschaft bis hin zur Entbindung hängt stark vom ökonomischen Hintergrund einer Patientin ab. Auf die Besonderheiten der Zwei-Klassen-Medizin in Syrien werde ich in Kapitel 4.2.3 näher eingehen. An dieser Stelle ist

jedoch anzumerken, dass der medizinische Ablauf einer Schwangerschaft maßgeblich davon beeinflusst wird, ob die Patientin eine private oder öffentliche Betreuung wählt. Diese Entscheidung wirkt sich unter anderem auf die Zahl der Kontroll- und Ultraschalltermine während der Schwangerschaft aus. Die Zeit während der Schwangerschaft unterscheidet sich aus medizinischer Sicht nicht grundlegend von der Situation in Österreich, wobei berücksichtigt werden muss, dass meine Interviewpartnerinnen nicht zur ärmeren Bevölkerungsschicht Syriens gehören, da diese die finanzielle Belastung einer Flucht nach Europa meist nicht stemmen können.

Abhängig von der ökonomischen und geografischen Lage der Frau besucht sie zu Beginn der Schwangerschaft eine Gynäkologin / einen Gynäkologen oder eine Hebamme. Alle Interviewpartnerinnen, die aus den unterschiedlichsten Regionen Syriens kommen, besuchten zu Beginn der Schwangerschaft eine Gynäkologin / einen Gynäkologen. Obwohl in Österreich der Großteil der interviewten Frauen eine Frauenärztin bevorzugen, scheint das Geschlecht des Arztes / der Ärztin in Syrien für die Interviewpartnerinnen eine weniger wichtige Rolle zu spielen: „Das war mir egal, bei mir war es ein Arzt.“ (Interview mit Zainab 2017:2); „Egal, eine Frau oder ein Arzt, egal.“ (Interview mit Manar 2017:3). Louai erzählt bezüglich der Geschlechterpräferenz von seiner Erfahrung als männlicher Gynäkologe:

Ich bin ein Mann, und bei uns akzeptieren nicht alle Leute, dass die Frau bei einem Arzt gebärt. Nicht alle, es gibt auch verschiedene Kulturen. [...] Die muslimischen Leute kommen auch zu einem männlichen Arzt. Und manchmal gibt es Frauen, die kein Kopftuch haben, aber nicht zu einem männlichen Arzt gehen. Und manchmal gibt es Frauen, die schwarz verschleiert sind, aber sie gehen zu einem Arzt. Es ist kulturell. Und manchmal sagt man, ich gehe zum Arzt, aber wenn das sehr wichtig ist, wenn es gar nicht mit der Hebamme und der Ärztin geht, dann gehe ich zu einem Arzt. Manchmal sagt man, wenn die Frau stirbt, gehe ich trotzdem nicht. Unterschiedlich. (Interview mit Louai 2017:3/8)

Wie in Österreich variieren geschlechterspezifische Präferenzen bezüglich des obstetrischen Personals auch in Syrien. Eine Studie von Bashour und Abdulsalam (2005) zur Wahl der medizinischen Betreuung und des Geburtsortes in Damaskus und Umgebung zeigt, dass 68,1% der 500 interviewten Frauen eine Geburt im Krankenhaus, begleitet von einer weiblichen Gynäkologin, präferieren.

Wie bereits erwähnt, unterscheidet sich der medizinische Ablauf während einer Schwangerschaft in Syrien nicht maßgeblich von der pränatalen Zeit in Österreich. Die pränatale Versorgung in Syrien ist wenig standardisiert, doch laut der „Syrian Family Survey“ von 2001 geben 71,9% aller Mütter an, während der Schwangerschaft mindestens

einmal eine gesundheitliche Einrichtung besucht zu haben. Die durchschnittliche Zahl der pränatalen Untersuchungen lag bei 4,4, was sich mit den Empfehlungen der WHO deckt (Bashour und Abdulsalam 2005:21, Bashour et al. 2005). Meine Interviewpartnerinnen besuchten monatlich bis zweimonatlich eine Frauenärztin / einen Frauenarzt: „Wenn du keine Probleme hast, alle zwei Monate, sonst jeden Monat Kontrolle.“ (Interview mit Manar 2017:2); „Ich ging zum Frauenarzt, alle 40 Tage oder zwei Monate zur Kontrolle, um zu sehen, ob alles gut ist. Und nach 20 Wochen hat man mir gesagt, ob es ein Mädchen oder Bub ist, und alles lief gut.“ (Interview mit Zainab 2017:2) Der Gynäkologe Louai beschreibt die medizinisch wenig standardisierte pränatale Phase wie folgt: „Es gibt normalerweise keine bestimmte Kontrolle, aber man kann sagen, einmal pro Monat, in normalen Fällen. Aber die Frauen kommen meistens öfter. Es gibt viele Beschwerden. Vor allem wenn die Kosten des Arztes weniger sind, wenn es nicht so teuer ist, dann kommen sie öfter.“ (Interview mit Louai 2017:2) Trotz der Möglichkeit, staatliche Kliniken zu Kontrollterminen aufzusuchen, wenden sich viele Frauen an private ÄrztInnen, wenn es die finanzielle Situation erlaubt. Dies hat nicht zu einem geringen Teil mit Ultraschalluntersuchungen zu tun. „Although ultrasound is not available in many of the public health centres that provide antenatal services, data show that the use of antenatal care increased in public health centres after antenatal clinics were equipped with ultrasound.“ (Bashour et al. 2005:148f) Bashours Ergebnis deckt sich mit Samars Erzählungen: „Die Frauenärzte können nicht ohne Ultraschall arbeiten, wenn sie keinen Ultraschall haben, dann kommen keine Patienten.“ (Interview mit Samar 2017:3). Zweifelsohne ist der Ultraschall weltweit fixer Bestandteil pränataler Untersuchungen (Bashour et al. 2005:147). Aus medizinischer Sicht sind im 1. Trimester ein oder zwei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen, im 2. und 3. Trimester jeweils eine (Interview mit Samar 2017:3; Fachgespräch mit der Hebamme Daniela, 19. Oktober 2017). „Overmedicalisation“ zeigt sich in der übermäßigen Anwendung technischer Mittel bei pränatalen Untersuchungen. So auch in Syrien, wo sich die Ultraschalluntersuchungen einer bestimmten gesellschaftlichen Schicht bei weitem nicht auf vier Termine beschränken. Die Wahlärztin Samar beschreibt den Ablauf pränataler Kontrolltermine, die vor allem vom Wunsch nach einer Ultraschalluntersuchung geprägt sind:

Wenn die Frauen wissen, dass sie schwanger sind, dann kommen sie in meine Klinik und wir machen in den ersten sechs Monaten jeden Monat eine Untersuchung, danach alle drei Wochen, im 8. Monat alle zwei Wochen und im letzten Monat jede Woche. [...] Das ist ein Trend in Syrien. [...] Die Frauen in Syrien, sie möchten jedes Mal einen Ultraschall machen. [...] Sie kommen nur, um das Baby anzuschauen. Und sie bringt ihre Mutter mit oder ihre

Schwester oder ihre Schwiegermutter oder alle. Wie ein Schauspiel. (Interview mit Samar 2017:2/3)

Bashour und Abdulsalams Studie mit 500 Frauen zeigt, dass in der Schwangerschaft durchschnittlich 5,5 Scans vorgenommen wurden, wobei manche der Studienteilnehmerinnen bis zu 20 Ultraschalluntersuchungen hinter sich hatten (Bashour et al. 2005:149). Es ist zu berücksichtigen, dass dieser „Trend“ von ökonomischen und demografischen Faktoren abhängig ist, wie Nurs Aussage zu pränatalen Untersuchungen in Syrien und der Türkei verdeutlicht: „In Syrien zum Beispiel und auch in der Türkei, Elias wurde in der Türkei geboren, da geht man einmal zum Arzt oder ins Krankenhaus, dann wird es vergessen, und erst bei der Geburt geht man wieder ins Krankenhaus.“ (Interview mit Nur 2017:1) Da Ultraschalluntersuchungen Privatleistungen darstellen, ist dies neben medizinisch nicht begründeten Kaiserschnitten eine weitere Domäne, in der die womöglich finanziellen Motive der MedizinerInnen kritisch beleuchtet werden müssen.

Die Entbindung findet je nach Entscheidung der Schwangeren und deren Familie in 78,2% der Fälle entweder in einem öffentlichen Krankenhaus oder einer privaten medizinischen Einrichtung statt (UNICEF 2013). Im ländlichen Raum finden sich oft kleinere Kliniken, während Städte vor Kriegsbeginn der Standort großer Krankenhäuser waren. Öffentliche Einrichtungen werden mit dem Einsetzen der Wehen aufgesucht, während im privaten Sektor der Gynäkologe / die Gynäkologin direkt von der Patientin kontaktiert wird: „Ich hatte meine Patientinnen in meiner Praxis und für die Geburt bin ich mit ihr ins Spital gegangen und ich machte die Geburt oder die Operation, die sie braucht.“ (Interview mit Samar 2017:1) WahlärztInnen kommen also speziell für ihre private Patientin ins Krankenhaus und arbeiten ansonsten meist in ihrer Praxis, was den Zeitdruck bei einer Geburt erklärt. Abhängig vom Verlauf der Geburt verlassen die Patientinnen oft am selben Tag das Krankenhaus (Interview mit Samar 2017), auch um den Kostenaufwand zu minimieren: „In Syrien muss man manchmal am gleichen Tag nach Hause gehen. Wenn man einen Tag bleibt, muss man viel Geld bezahlen.“ (Interview mit Ola 2017:2)

4.2.3 Ökonomie der Medizin: Von der Patientin zu Klientin

Ein entscheidendes Merkmal des syrischen Gesundheitssystems ist die Zwei-Klassen-Medizin, was unter anderem an den Standards des öffentlichen Angebots liegen könnte. 85% der von meinen Interviewpartnerinnen in Syrien geborenen Kinder wurden in privaten Einrichtungen zur Welt gebracht. Die Kosten für Privatleistungen werden von den

Patientinnen selber getragen, wobei eine Geburt im Krankenhaus vor Kriegsbeginn zwischen 10.000 und 12.000 Lira kostete (im Jahr 2010 zwischen 175 und 210€). Eine Hausgeburt käme durchschnittlich auf 3000 Lira, das entsprach 2010 ungefähr 50€. Ein Kaiserschnitt kostete im privaten Sektor drei Mal so viel wie eine normale Geburt (Interview mit Samar 2017:4). Jehan bezahlte für die spontane Geburt ihres Sohnes Jalal „mit Kinderarztkontrolle und Frauenarzt und eineinhalb Tagen im Krankenhaus ungefähr 300€“ (2017:12). „Wenn eine Frau eine Operation hat, dann zum Beispiel 500€ oder 600€, aber eine normale Geburt ungefähr 200€ oder 300€ (Interview mit Jehan 2017:12). Staatliche Krankenhäuser sind im Gegensatz dazu kostenfrei. Trotzdem entschied sich nur eine der fünf interviewten Frauen, die in Syrien mindestens eine Geburt erlebten, für eine öffentliche Einrichtung. Im Falle ausreichend finanzieller Mittel scheint der Hauptgrund dafür die Qualität der Behandlung zu sein.

In Syrien, da ist es nicht gut, in den Gemeindekrankenhäusern. Die Spezialkrankenhäuser sind immer besser. Meine Schwester hat drei Mal in Syrien geboren, drei Söhne. Das erste Mal war sie in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Krankenschwester, wenn die Frau Schmerzen hat und zu viel Lärm macht, dann schimpfen sie. [...] Aber wenn sie Schmerzen hat, was soll sie machen? Und nach der Geburt im Krankenhaus wollte sie ein bisschen spazieren. Sie stand auf, aber da war zu viel Blut auf dem Bett. [...] Und ihr Gesicht war gelb und ihr Mann ist umgefallen. Er hat sie das erste Mal gesehen und er liebt seine Frau, und er hat gedacht, was ist das? Das war schwer. Das nächste Mal ging sie in ein Spezialkrankenhaus. (Interview mit Andeira 2017:9)

In den Krankenhäusern der Regierung ist der Service niedrig. [...] Sie kümmern sich nicht gut um die Patienten. (Interview mit Jehan 2017:12)

Im Staatlichen sind viele Leute und es gibt nicht so viele Ärzte und die Krankenschwestern sind nicht so nett, aber im Privaten muss ich zahlen, aber es gibt viele freundliche Krankenschwestern. (Interview mit Zainab 2017:2)

Lange Wartezeiten infolge der großen Nachfrage wurden oft als Grund für die Entscheidung genannt, in ein privates Krankenhaus zu gehen.

Kinan und Mohammed bekam ich in einem privaten Spital. Bei den Staatlichen muss ich lange warten. Wenn ich jemanden kenne, dann ist es okay, aber wenn ich niemanden dort kenne, muss ich sehr lange warten und wir bekommen einen schlechten Service. Es ist besser, wenn man jemanden kennt. [...] Viele Leute haben kein Geld und gehen dorthin. (Interview mit Ola 2017:3)

Es ist halt in Syrien leider so, ich würde sagen in den arabischen Ländern, es ist am besten in ein privates Krankenhaus zu gehen oder zu einem Wahlarzt zu gehen, weil nämlich im Spital ist es leider immer voll und man muss mit langen Wartezeiten rechnen und es gibt nur wenig Zeit für die Patienten bei den Untersuchungen, das ist unangenehm. (Interview mit Rana K. 2017:3, übersetzt von Mabrouka)

Medya, die im irakischen Erbil gebar, beschrieb die Situation dort ähnlich:

It was in Iraq, and they are bad, it was a bad, bad hospital, and I gave them money, lots of money just to ... It is a free hospital, there are two kinds of hospital in Syria and Iraq. There are free hospitals, paid for by the government. And the special hospitals, you pay for yourself. They are very expensive. And my husband's family said, you have to go to the free one, no problem, all people go there. And when I went there, all the pregnant women of Erbil were there and there were a lot of women. (Interview mit Medya 2017:2)

Nicht nur die Betreuung und die Wartezeiten wurden von den Interviewpartnerinnen bemängelt, sondern auch die Korruption in so manchen staatlichen medizinischen Einrichtungen in Syrien und im Irak.

Wenn ich in Syrien ins Krankenhaus besuchen komme, dann muss ich 50 Lira zahlen, wenn ich den Schlüssel hole, dann kann ich hineingehen. (Interview mit Nur 2017:7)

And they work for money, if you pay, one hour later, you will get your baby. And I paid 100. But the boss of the hospital did not know about this, it is not allowed. You shouldn't be paying. (Interview mit Medya 2017:2)

Obwohl die Bestechungsgelder weitaus unter den Kosten einer Privatleistung liegen, trägt diese Tatsache zur abneigenden Haltung gegenüber staatlichen Krankenhäusern bei. Ola beispielsweise zieht die kostenlosen, öffentlichen Einrichtungen nicht als Option in Betracht.

In Syrien bezahlen wir, wenn wir zum Arzt gehen. Hier haben wir e-cards und können mit der bezahlen, aber in Syrien muss alles bezahlt werden. Im Spital, überall. Und ich finde, hier ist es besser, weil manche Leute kein Geld haben, und ein Kaiserschnitt kostet viel in Syrien. Normale Geburt ist kein Problem, aber ein Kaiserschnitt ist wie eine Operation. Es ist teuer, das können nicht alle bezahlen, das ist schwierig. (Interview mit Ola 2017:1)

Die Unterschiede zwischen staatlichen und privaten Krankenhäusern liegen nicht nur in der Sauberkeit, der Betreuung und den Kosten. Aufgrund der hohen Zahl an Patientinnen in staatlichen Geburtsstationen befinden sich vor, bei und nach der Geburt mehrere Frauen in einem Zimmer.

Im Spezialkrankenhaus hat man ein Zimmer alleine, deine Familie kann kommen, das ist kein Problem. Weil man auch mehr zahlt. Das ist der Unterschied. [...] [Im öffentlichen Krankenhaus] da sind viele Frauen in einem Zimmer, und wenn von jeder Frau die Familie kommt, das ist zu viel. (Interview mit Andeira 2017:10)

Dann kommt zum Beispiel ein Doktor. Aber Ehemann oder Geschwister oder die Mutter dürfen nicht, verboten. [...] Sie sagt, es war richtig stressig. Weil sie ihre Mutter gebraucht hätte. Und wenn die Mutter das Baby anschauen will, dann bringt die Krankenschwester das Baby raus und dann wieder zurück. (Interview mit Nur 2017:12f)

Es gibt kein eigenes Zimmer für die Patientin, da sind vielleicht fünf in einem Zimmer. Und deshalb können sie [die Familie] nicht bleiben. (Interview mit Samar 2017:8)

Obwohl es laut Samar die Arbeit der GynäkologInnen erleichtern kann, wenn bei der Geburt nicht die ganze Familie anwesend ist, ist es für die Frauen durchaus ein Grund, ein privates Krankenhaus aufzusuchen und somit eine weitere Ursache für die Entwicklung hin zur Zwei-Klassen-Medizin. Die primäre Verortung gesundheitlicher Leistungen im privaten Sektor geht einher mit der Ökonomisierung der Medizin.

Geldleistungen, die in einem Gesundheitssystem getätigt werden, verändern zum einen die Qualität der medizinischen Leistung, und das nicht immer im positiven Sinne. Zum anderen verändern sich die Rollen der beteiligten AkteurInnen. Im syrischen Kontext berichtet Louai, der vor der Flucht in Safirah, außerhalb von Aleppo, eine private Praxis führte und in einem nahegelegenen Krankenhaus die gynäkologische Abteilung leitete, von den qualitativen Unterschieden der medizinischen Betreuung. Die Qualität sei in öffentlichen Krankenhäusern oft besser, da sie nicht vom finanziellen Profit abhängen. Die ÄrztInnen, die ungeachtet der Anzahl der Patientinnen bezahlt werden, hätten folglich meist mehr Geduld während einer Geburt. Dem medizinischen Personal komme mehr Handelsspielraum zu, da die Frauen in erster Linie Patientinnen und nicht Kundinnen sind. Private Einrichtungen würden auf ihren Ruf achten und folgen daher eher den Wünschen der Frauen, auch wenn aus medizinischer Sicht eine andere Vorgehensweise sinnvoller wäre. Den oftmals schlechten Ruf öffentlicher Krankenhäuser erklärt Louai neben womöglich mangelnder Sauberkeit und dem großen Ansturm damit, dass Problemfälle von privaten Krankenhäusern gar nicht erst angenommen werden und es folglich in öffentlichen Einrichtungen häufiger zu Komplikationen oder Todesfällen kommen würde (Interview mit Louai 2017).

Die Verschiebung von der Patientin zur Klientin hat in Syrien eine erhöhte Kaiserschnitttrate zur Folge. „Maternal health care is experiencing overmedicalization of care for childbirth. In a nationwide study that reported results from 57 of 230 hospitals providing maternity care, the cesarean section rate was 12.7 percent in government hospitals and 22.9 percent in private hospitals.” (Bashour und Abdulsalam 2005:21) Statistiken der UNICEF (2013) zufolge lag die Kaiserschnitttrate in Syrien zwischen 2008 und 2012 bei 26,4%. 2000 lag diese noch bei 14,8% (Jurdi und Khawaja 2004:104). Eine Kaiserschnitttrate von 26,4% deutet auf eine medizinisch unnötige Überanwendung hin. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2015) verortet die Zahl der notwendigen Kaiserschnitte weltweit zwischen 10 und 15%. Liegt die Zahl unter 5% deutet das darauf hin, dass Mängel in der Geburtshilfe mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind vorhanden sind. Bei Prozentsätzen von über 15% trägt der operative Eingriff nicht mehr zum Wohlbefinden der Mütter und

Kinder bei (Jurdi und Khawaja 2004:102). 50% der interviewten Frauen gebären mindestens ein Kind per Kaiserschnitt, welcher oft von ihnen gewünscht war und in einem privaten Krankenhaus vorgenommen wurde.

Hier [in Vorarlberg] macht man nur einen Kaiserschnitt, wenn es Probleme gibt. In Syrien kannst du sagen, ich will das oder ich will das, kein Problem. Weil ich selber bezahle, also machen sie alles. Viele Frauen machen das. Viele Frauen mögen nicht normal gebären. Sie kommen und sagen, ich will einen Kaiserschnitt, ich bekomme nur ein Kind und dann das zweite und dann fertig. (Interview mit Ola 2017:2)

Ich habe viel Schmerzen gehabt und Helin war sehr schwer, viereinhalb Kilo. Und der Doktor hat gesagt, du hast viele Probleme, wir machen einen Kaiserschnitt oder du musst warten. Und ich habe gesagt, nein, ich warte nicht, bitte Kaiserschnitt. [...] Wenn ich zu einem privaten Arzt gehe, würde er für mich einen Kaiserschnitt machen in Syrien. Er war privat und er hat vielleicht ein Spital und dann macht er für mich dort den Kaiserschnitt. (Interview mit Zainab 2017:2)

[Ich ging] nicht in das öffentliche Krankenhaus, weil ich einen Kaiserschnitt wollte. Im öffentlichen Krankenhaus muss man zuerst schauen, vielleicht wird es eine normale Geburt. Aber das wollte ich nicht, weil beim ersten Mal waren es zu viele Schmerzen. [...] Beim zweiten Mal [ging ich in ein privates Krankenhaus], weil du kannst entscheiden, nicht die Ärztin. Du kannst mit ihr diskutieren, aber im Gemeindekrankenhaus, da haben sie immer Angst. Das ist hier in Europa gleich, sie sagen immer, normal ist besser. Ich weiß das, aber die erste Geburt war so schwierig, das war meine Angst. (Interview mit Andeira 2017:4/11)

Diese Aussagen zeigen, dass im privaten Sektor der Wunsch der Frau über den medizinischen Sachverhalt gestellt wird. Grund dafür ist nicht nur die Wahrnehmung der Frau als Klientin. Ein weiterer Faktor sind die höheren Einnahmen eines Arztes / einer Ärztin, die mit einem Kaiserschnitt verbunden sind. Zudem lässt sich dieser besser planen als eine spontane Geburt und nimmt weit weniger Zeit in Anspruch. „Es ist teuer dort. Und dann hat der Arzt auch viel Gewinn und es geht schnell, dann muss er keine Zeit investieren, diese Wartezeit und alles.“ (Interview mit Rana K. 2017:9, übersetzt von Mabrouka) Auch die im privaten Sektor beschäftigten interviewten GynäkologInnen bestätigen diese Theorie. Louai nennt neben der fehlenden Geduld mehrere Gründe für die hohe Kaiserschnitttrate:

Komplikationen ist der erste Grund, und ich glaube ein anderer Grund ist, wenn die Frau einen Kaiserschnitt gehabt hat, ein oder zwei oder drei oder fünf, dann muss sie auf alle Fälle noch einen Kaiserschnitt haben. Und was noch, Geduld. Die Geduld ist auch ein Grund. [...] Der Arzt hat keine Geduld oder die Eltern, die Begleiter. Oder die Patientin will und will und will. Oder die Nacht will. Wenn der Arzt zwei oder drei Geburten zu gleich hat, nicht alle Ärzte, aber manchmal, will er das schnell fertigmachen. [...] Ich habe mich bemüht, den Frauen bei einer normalen Geburt zu helfen. Aber trotzdem war die Rate hoch. Zum Beispiel bei meinem Krankenhaus, jeden Tag habe ich ungefähr, in der letzten Zeit, habe ich jeden Tag fünf oder

sechs Kaiserschnitte durchgeführt. Und zugleich ungefähr zehn oder mehr normale Geburten.
(Interview mit Louai 2017:5f)

Louais Schätzung der Kaiserschnitttrate im Krankenhaus, in dem er arbeitete, liegt mit um die 30% etwas über dem nationalen Prozentsatz, wobei sich dieser mit Beginn des Krieges sicher veränderte (siehe Kapitel 4.3.1). Das Zitat „Der Arzt muss der Frau erklären, aber sie entscheidet. Vielleicht kann der Arzt es ein bisschen überhören, aber wenn die Frau will...“ (Interview mit Louai 2017:6) illustriert den Einfluss der Patientin beziehungsweise Kundin im privaten Sektor. Das Thema der Geduld auf Seiten der ÄrztInnen und der Patientinnen zieht sich durch die Erfahrungen der Interviewpartnerinnen im privaten Sektor. „Ich habe gehört, viele Ärzte machen es nicht wie in der Akademie [vorgesehen]. Das ist nicht Akademie. Okay, du willst einen Kaiserschnitt, ich mache das. Eine Stunde, viel Geld.“ (Interview mit Samar 2017:6) Die möglichen nicht-medizinischen Motive hinter einem chirurgischen Eingriff bei der Geburt sind den Patientinnen durchaus bewusst. Die Angst vor der Schmerzerfahrung wurde von vielen der Frauen als Grund genannt, sich dennoch für einen Kaiserschnitt zu entscheiden. Fahed, Jehans Ehemann, erzählt von den Geburten des ersten und zweiten Kindes in einem privaten Krankenhaus in Afrin:

Aber in Syrien, der Frauenarzt von Jehan, ich habe ihn gefragt bei der ersten Geburt und sie braucht eine Operation und er hat gesagt, nein, ich muss warten. Und wir haben ungefähr fünf oder sechs Stunden gewartet und er hat viel Geduld gehabt. Der Arzt bei Jalal und Daruvan war der gleiche, und beim zweiten Sohn war die Nabelschnur um seinen Hals gewickelt. Und er hat gesagt, ich mache die Operation nicht, ich muss noch eine oder zwei Stunden warten, bis jetzt ist alles okay. Die Operation ist zwar schnell und so, aber du hast später viele negative Sachen durch die Operation. Und dann wirklich, nach einer Stunde hat sich Daruvan in ihrem Bauch bewegt und er hat gesagt, jetzt passt es. [...] Wir hatten viel Glück mit dem Arzt, er hatte viel Geduld. (Interview mit Jehan 2017:15)

Obwohl sich Fahed für Jehan aufgrund des langen Geburtsprozesses einen Kaiserschnitt wünschte, schätze er die medizinisch fundierte Handlungsweise des Arztes. Auch die in Damaskus tätige Gynäkologin Samar wehrte sich gegen die Forderungen ihrer Patientinnen, wenn sie nicht im medizinischen Interesse waren.

Nein, das ist meine Entscheidung. Ich bin die Ärztin, sie ist Patientin. Das ist meine Entscheidung, nein. Wenn die Patientin kommt und sagt, ich brauche normal, oder ich brauche einen Kaiserschnitt, nein, das ist meine Entscheidung. Ich kann verstehen, wie die Situation ist, aber sie kann es nicht verstehen. Und immer wenn die Frauen kommen, und sie haben ihre Schwester, ihre Nachbarin, ihre Mutter, ihre Großmutter mit, viele Frauen, und eine sagt das, die andere das. Nein, das ist meine Entscheidung und du musst mir vertrauen. [...] Die Frauen in Syrien, die wollen viele Kinder, drei, vier, fünf. Und einmal einen Kaiserschnitt, dann gibt es viele Komplikationen für die Patientinnen. [...] Wenn eine Patientin kommt und sagt, ich will einen Kaiserschnitt, das ist meine Entscheidung, dann sage ich okay, du kannst zu einem

anderen Arzt gehen. Aber wenn du zu mir kommst, musst du meine Entscheidung akzeptieren, das ist meine Arbeit. Ich habe nicht länger als 20 Jahre studiert, damit du mir sagst, was du magst. (Interview mit Samar 2017:5f)

Die Kommodifizierung medizinischer Leistungen passiert schlussendlich auf Kosten der Patientinnen. Obwohl ein Kaiserschnitt auf den ersten Blick als die leichtere Möglichkeit erscheinen mag, gibt es auf längere Sicht zahlreiche Nachteile. In Syrien werden Kaiserschnitte oft unter Vollnarkose durchgeführt, da die in Europa verbreitete Periduralanästhesie (PDA) keinen guten Ruf genießt: „Die Frauen in Syrien haben eine schlechte Meinung von der PDA. Sie denken, diese Methode macht Rückenschmerzen oder dass es Lähmung macht, sie haben eine sehr schlechte Meinung davon.“ (Interview mit Samar 2017:5) Samars Aussage bestätigte sich in mehreren Interviews: „Ich habe von Frauen gehört, dass sie eine Spritze in den Rücken geben, aber das ist nicht gut. Und ich habe schon Schmerzen im Rücken, also das geht nicht.“ (Interview mit Jehan 2017:15). Die Dolmetscherin Mabrouka übersetzte Rana K.s Aussage wie folgt: „Viele Frauen haben unheimliche Angst [vor der PDA], die denken dann, dass irgendwas kaputtgeht. Sie werden über die Risiken informiert und dann haben sie unheimlich Angst. [...] Für sie ist Vollnarkose besser, das ist der Grund.“ (Interview mit Rana K. 2017:10, übersetzt von Mabrouka) Andeira, deren ersten zwei Kinder unter Vollnarkose geboren wurden, konnte trotz anfänglicher Bedenken in Österreich von einer PDA überzeugt werden.

In Dubai hatte ich eine Vollnarkose. Hier hat die Ärztin gesagt, es ist besser, nur lokal eine Narkose zu haben, du kannst dann das Baby hören beim ersten Mal. Ich hatte Angst, aber [meine Freundin] Bouseina sagte, dass es gut ist, es ist kein Problem. Also habe ich okay gesagt, aber ich dachte immer, ich kann nicht daliegen und hören, wie man schneidet und näht, aber Bouseina hat gesagt, nein, das hörst du nicht. Also habe ich okay gesagt. Und später war es sehr schön. Es war das erste Mal, dass ich fühlte, Mutter geworden zu sein. Wenn man schläft, hörst du nichts, und nach zwei Stunden liegt das Baby mit Kleidung neben dir. Es war gut. (Interview mit Andeira 2017:7)

Auch Jehan und Rana K. beschrieben die spontane Geburt beziehungsweise den Kaiserschnitt bei Bewusstsein als Erfahrung, die manchen Frauen aufgrund der Kommodifizierung medizinischer Leistungen sowie zunehmender Technisierung der Geburt verwehrt bleibt.

Auch bei uns in Syrien, fragt der Arzt die Frau, magst du einen Kaiserschnitt oder Natur? Und sie sagen, wenn das Baby okay ist und der Kopf unten ist, können wir es normal machen, aber du musst uns helfen. Drücken, viel drücken. Und manche Frauen sagen, nein, wir können die Schmerzen nicht aushalten. [...] sie haben Angst und wollen nicht diese Schmerzen fühlen. Und dann sagen sie, okay, Kaiserschnitt. Aber die Frau fühlt sich anders, wenn das Baby normal auf die Welt kommt, nicht wie beim Kaiserschnitt. (Interview mit Jehan 2017:16)

Es ist auch bei den Frauen so, sie denken es ist schnell und der einfachste Weg, aber sie versäumen sehr viel. Bei der Geburt, dann ist das Baby da und die Frau ist wach und sie sieht das Baby und dann hat man das erlebt, diesen schönen Moment. (Interview mit Rana K. 2017:9, übersetzt von Mabrouka)

Basierend auf den Interviews mit Müttern und MedizinerInnen aus Syrien kann gesagt werden, dass die Häufigkeit des Kaiserschnittes durchaus von der Zwei-Klassen-Medizin geprägt ist. Privatisierung und der hohe Grad der Medikalisierung, die zu steigenden Kaiserschnitttraten und Geburten unter Vollnarkose führen, haben vor allem in Kriegssituationen negative Auswirkungen.

4.3 Die Auswirkungen des Krieges auf die medizinische Infrastruktur in Syrien

Die Aussage, „Die Rechnung bezahlen immer die Kinder und die Frauen.“ (Marwa 2017:10), die von Marwas Ehemann getätigt wurde, hat besonders im Zusammenhang mit der medizinischen Infrastruktur Relevanz. Dabei geht es nicht um die Hierarchisierung des Leidens, sondern um die Anerkennung der Verwundbarkeit von Frauen und Kindern im Kriegsgebiet. Eine Verschlechterung oder gar ein Zusammenbruch der medizinischen Infrastruktur in einem Kriegsgebiet hat unumstritten schwerwiegende Konsequenzen für die gesamte Bevölkerung. Dieses Kapitel widmet sich jedoch Schwangeren und neuen Müttern im Kriegsgebiet Syrien.

Immer wieder war in den Medien von Bombardierungen syrischer Krankenhäuser die Rede. Obwohl medizinische Einrichtungen auch in Kriegssituationen nach der Genfer Konvention von 1949 „off-limit“ sind, kamen in den letzten Jahren zahlreiche Krankenhäuser unter Beschuss. Die Organisation Ärzte ohne Grenzen (MSF 2016:14) verzeichnete 2016 71 Angriffe auf 34 der von ihnen geleiteten oder unterstützten medizinische Einrichtungen in Syrien. Von Januar bis Dezember 2016 zählte die Organisation „The Syrian American Medical Society“ (SAMS 2016:30) 248 Anschläge auf Gesundheitseinrichtungen in Syrien. 78% dieser Anschläge geschahen nach dem 3. Mai 2016, dem Tag, an dem die Resolution 2286 vom Sicherheitsrat der UN verabschiedet wurde. Die Resolution 2286 zum Schutz von ZivilistInnen in bewaffneten Konflikten wurde als Reaktion auf wiederholte Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen in Kriegsgebieten verfasst und verurteilt „acts of violence, attacks and threats against the wounded and sick, medical personnel and humanitarian personnel exclusively engaged in medical duties, their means of transport and equipment, as well as hospitals and other medical facilities, and *deplores* the long-term consequences of such attacks for the civilian population and the health-care systems of the countries concerned“

(2016:3, Hervorhebung im Original). Die nicht bindende UN Resolutionen nimmt Bezug auf die Genfer Konvention von 1949, die von 196 Staaten ratifiziert wurde und fögliche rechtliche Wirkung hat. Teil II der 4. Genfer Konvention bezieht sich auf den Schutz von Medizineinrichtungen: „Civilian hospitals organized to give care to the wounded and sick, the infirm and *maternity cases*, may in no circumstances be the object of attack, but shall at all times be respected and protected by the Parties to the conflict.” (Artikel 18:175, Hervorhebung der Autorin) Trotzdem wurden Angriffe auf medizinische Einrichtungen in Syrien zur Kriegsstrategie, sie treffen die zivile Gesellschaft an einem wunden Punkt. Die WHO berichtete im Dezember 2016 über den Status der öffentlichen Krankenhäuser Syriens. 26% der 111 staatlichen Krankenhäusern waren zu diesem Zeitpunkt „non-functioning“ und 30% „partially functioning“. Mit nur 44% „fully functioning“ waren Ende 2016 mehr als die Hälfte der öffentlichen Krankenhäuser in ihrer Betreuung eingeschränkt oder gar verhindert (WHO 2016a:1). Nicht nur zahlreiche Krankenhäuser müssen nach dem derzeit unvorhersehbaren Ende des Konfliktes wiederaufgebaut werden, sondern das gesamte syrische Gesundheitssystem.

Unweigerlich verschärfte sich die Situation für medizinisches Personal in Syrien. Personen, die in einer zivilen Gesundheitseinrichtung tätig sind, steht laut Genfer Konvention auch in Kriegszeiten Schutz vor militärischen Angriffen zu (Artikel 20:176). Einem Bericht der „American University of Beirut Commission on Syria“ (Fouad et al. 2017:3) zufolge wurden seit Kriegsbeginn bis März 2017 814 Gesundheitsfachkräfte getötet, viele mussten das Land verlassen. Diejenigen, die in Syrien geblieben sind, können unter den jetzigen Bedingungen ihrer Arbeit nicht oder nur bedingt nachgehen. Auch Samar musste ihre Wohnung und ihre Praxis in Damaskus zurücklassen. „Es gibt viele Bomben. Die Straße, in der meine Praxis und meine Wohnung lagen, [...] ich habe beide zurückgelassen und ging woanders hin in Damaskus, weil mein Platz kaputtgegangen ist.“ (Interview mit Samar 2017:18) Eine Zeit lang untersuchte Samar ihre Patientinnen in der Praxis eines befreundeten Arztes, wenn er gerade im Krankenhaus arbeitete. Doch auch das wurde zu gefährlich, weshalb sie Syrien verließ. „Many hospitals are facing critical shortages of supplies and staff, as so many health workers have fled or been killed.“ (MSF 2016:78)

Fehlendes Gesundheitspersonal und unzureichende medizinische Infrastruktur sind nur zwei der gegebenen Umstände, mit denen werdende Mütter in Syrien konfrontiert sind. So gefährlich der Aufenthalt in medizinischen Einrichtungen in Syrien ist, so gefährlich ist auch

der Weg dorthin. Das Haus zu verlassen wurde zunehmend schwieriger, wie Jehans Erzählungen verdeutlichen.

Die Schule, an der ich unterrichtet habe, der Weg vom Dorf in die Schule war sehr schwierig. Es war wie hier, in Göfis, aber nicht diese Bäume, sondern Olivenbäume. Und nach den Olivenbäumen, da waren Berge. Und ISIS und andere Terroristengruppen haben sich dort versteckt. Und ich bin mit dem Auto alleine in die Schule gefahren, und mein Mann hat gesagt, ich kann dich nicht alleine lassen. [...] Einmal haben sie mich auf dem Weg gestoppt. Von 50 Metern habe ich gesehen, dass da eine Gruppe war, aber ich war nicht sicher, ob es eine Regierungsgruppe war oder eine andere, aber es war von der Regierung. Und die Polizei hat gesagt, bitte, du bist eine Frau und es ist besser, wenn du nicht alleine fährst. Und dann war ich zwei Jahre zuhause. Und dann haben wir entschieden, nach Europa zu kommen. (Interview mit Jehan 2017:3)

Die Ärztin Samar konnte ihr Patientinnen aus demselben Grund nicht ausreichend betreuen. „Im letzten Jahr meiner Klinik habe ich nicht in der Nacht gearbeitet. Und auch bei einem Notfall konnte ich nicht gehen, das ging nicht.“ (2017:4) Diese gefährlichen Umstände erschwerten oder verhinderten die Fahrt ins nächste Krankenhaus, was zusätzlich zu den schwindenden Zahlen medizinischer Einrichtungen den Druck auf werdende Mütter erhöhte. So auch in Manars Fall, die ihren zweiten Sohn in einer kleinen Klinik in einem Dorf in der Nähe von Daraa geboren hat. „Beim zweiten Sohn, da war Krieg, und ich konnte nicht in die Stadt, weil das vielleicht fünf Stunden gebraucht hätte wegen dem Militär.“ (2017:3) Der Weg zum Krankenhaus in der Stadt hätte aufgrund zahlreicher Checkpoints und Militärkontrollen zu lange gedauert. Der Gynäkologe Louai, der bis zu seiner Flucht nach Österreich in der Nähe von Aleppo tätig war, fasst die kritische Situation für Schwangere zusammen: „Es gibt weniger Krankenhäuser, man kann nicht überall hinfahren. Man muss in einem Gebiet behandelt werden und nicht wie früher, als man weiter fahren konnte. Und manche Krankenhäuser sind zerstört. Es gibt weniger Ärzte, auch weniger Leute.“ (2017:9)

Die Erzählungen der Frauen sowie der GynäkologInnen zeichnen ein prekäres Bild der geburtshilflichen Situation in Syrien. Doch auch unter diesen Bedingungen kommen Babys auf die Welt. Unter den 13,5 Millionen Menschen, die in Syrien 2016 humanitäre Hilfe benötigten, waren rund 360.000 schwangere Frauen (UNFPA 2016:7). Dem MSF-Jahresbericht von 2016 ist zu entnehmen, dass MitarbeiterInnen der Organisation in diesem Jahr 2.000 Geburten in Syrien begleiteten (2016:78). Gleichzeitig wurden 29.000 Babys in Gesundheitseinrichtungen geboren, die von MSF unterstützt wurden (2016:79). Doch nicht alle werdenden Mütter befinden sich in Reichweite medizinischer Einrichtungen oder haben die Möglichkeit, diese zu erreichen. Zudem verloren viele Frauen ihre Partner und sind in dieser ungewissen Zeit auf sich alleine gestellt. Sie haben kleine Kinder und müssen sich

zusätzlich um sie kümmern. Ungewollte Schwangerschaften sind häufig und jeder verstrichene Monat bereitet den Frauen mehr Angst. „Perhaps the most insidious consequence is that this violence makes hospitals places to be feared.” (MSF 2016:15) Krankenhäuser werden zu gefürchteten Orten, doch ohne medizinische Unterstützung kann es für Mutter und Kind zu gefährlichen Situationen kommen. Wie bereits erwähnt, ist die Zahl der Hebammen in Syrien begrenzt, da in vielen Fällen eine geburtshilfliche Begleitung durch ÄrztInnen bevorzugt wird. Durch den fehlenden Zugang zu medizinischer Infrastruktur oder zur Betreuung durch Hebammen führen die Umstände des Krieges zu einem Anstieg unbegleiteter Geburten (Save the Children 2014:6). Diese Entwicklung spiegelt sich in der Rate der Muttersterblichkeit (MMR) bei der Entbindung wieder, die nach einem kontinuierlichen Rückgang bis 2010 in den letzten Jahren wieder anstieg, wie Abbildung 1 zeigt.

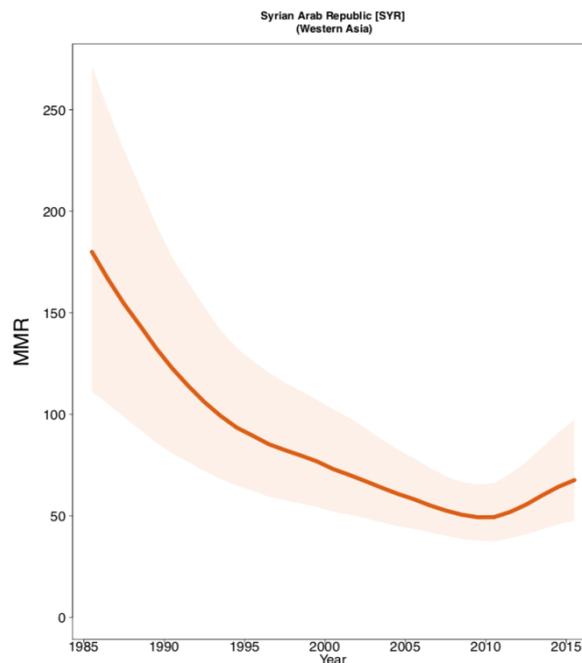


Abbildung 1; Quelle: WHO 2016b

Lag die MMR 2010 noch bei 49 pro 100,000 Lebendgeburten, stieg sie bis 2015 auf 68 an (WHO 2016b).

Neben der steigenden Muttersterblichkeitsrate vermutet Samar einen Rückgang der Anzahl an Schwangerschaften pro Frau im gebärfähigen Alter. „Ich denke, [es gibt] weniger Schwangerschaften, sie haben Angst. Weil sie vielleicht ihr Haus verlassen müssen. Und sie haben Angst, wenn sie schwanger sind oder eine spezielle Situation haben, dass sie nicht schnell ins Spital können. Also ich denke, dass es ein bisschen weniger Schwangerschaften

gibt.“ (Interview mit Samar 2017:18) Statistische Daten dazu können in Kriegszeiten schwer erfasst werden. Die Publikationen der UNFPA zu „Women and Girls in the Syrian Crisis“ enthalten Zahlen, die auf einen Rückgang von Schwangerschaften schließen lassen. 2015 befanden sich 488.000 Schwangere unter den 12,2 Millionen Personen, die in Syrien von der humanitären Krise betroffen waren (UNFPA 2015). Obwohl die Zahl der hilfsbedürftigen Menschen 2016 auf 13,5 Millionen stieg, befanden sich unter ihnen 360.000 Schwangere (UNFPA 2016). In Verbindung mit einem Anstieg des Anteils an gebärfähigen Frauen unter den Betroffenen von 3 Millionen in 2015 (UNFPA 2015) auf 4,1 Millionen im Jahr 2016 (UNFPA 2016) deuten diese Zahlen auf eine rückläufige Schwangerschaftsrate hin.

Der Gynäkologe Louai geht davon aus, dass heute viele Frauen in Syrien zuhause gebären, mit oder ohne Hebamme. Die Gründe dafür sieht er ebenfalls in der mangelhaften oder fehlenden gesundheitlichen Versorgung und den steigenden Preisen für medizinische Leistungen als Folge des Krieges. Aufgrund des beschränkten Bestandes an Arzneiwaren stieg deren Preis enorm (Save the Children 2014:45). Der dramatische Preisanstieg liegt außerdem an der Währungskrise der syrischen Lira, auch syrisches Pfund genannt, dessen Wert von 65,38 Lira für 1 Euro in 2010 auf 618,03 Lira für 1 Euro im Jahr 2018 sank.

Eine weitere Auswirkung des Krieges auf die Schwangerschafts- und Geburtserfahrung ist die drastische Erhöhung der Kaiserschnitttrate.

Ja, im Moment gibt es viele [Kaiserschnitte], weil Krieg ist und viele Frauen Angst haben. Es gibt viele Probleme wegen den vielen Bomben, die Luft ist schlecht, das macht viele Probleme mit den Babys. Viele Babys sterben, weil sie nicht in den Städten bleiben können und alles schmutzig ist. Es gibt auch keine Medikamente oder Ärzte, alle Ärzte kommen hier her nach Deutschland oder Österreich oder fahren in eine andere Stadt. Es gibt viele Probleme. (Zainab 2017:9)

Auf diese Entwicklung, deren Gründe und Auswirkungen möchte ich in den folgenden Kapiteln näher eingehen.

4.3.1 Der Zweck heiligt die Mittel: Der Kaiserschnitt

Die Thematik der steigenden Kaiserschnitttrate in Kriegszeiten wurde in meiner Forschung erstmals von der Hebamme Judith im LKH Bregenz angesprochen. Sie erzählte mir von einer Patientin, bei der in Syrien zu einem auffallend frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft ein Kaiserschnitt vorgenommen wurde. Auf Nachfrage Judiths nach dem Grund dafür berichtete die betroffene Frau von einem Kontrolltermin bei einem Arzt in einem kleinen Krankenhaus in ihrer Gegend. Bei diesem Kontrolltermin schlug der Arzt vor, an Ort und Stelle einen

Kaiserschnitt durchzuführen, da er nicht sicher sein könne, ob er in der Woche darauf noch im Krankenhaus sein werde. Diese Geschichte war der Beginn zahlreicher Erzählungen meiner Interviewpartnerinnen. „Bei Muhammed war schon viel Krieg, da kann man nicht schauen. Und ich habe gesagt, das ist zu viel, es wird viel bombardiert, ich mache schnell einen Kaiserschnitt. Vielleicht habe ich in zwei Tagen keine Ärztin mehr oder kein Spital. Also habe ich das schnell gemacht.“ (Interview mit Ola 2017:2)

ÄrztInnen, die kurz davor sind, das Krankenhaus zu verlassen, und die sich verschlechternde medizinische Infrastruktur wurden von den Frauen als Gründe für frühzeitige und häufige Kaiserschnitte genannt. Ein weiterer schwerwiegender Faktor ist die Unsicherheit, die mit einer spontanen Geburt verbunden ist.

Und wegen des Kriegs ist sie [die Kaiserschnitttrate] auch höher, weil du nicht in der Nacht mit dem Auto fahren kannst, das ist gefährlich. Und dann gibt es vielleicht keine Elektrizität, also machen viele Ärzte Kaiserschnitte am Tag. [...] Das dauert nur eine Stunde und fertig. [...] Und die Patientinnen jetzt, sie fragen danach, sie brauchen das. Weil sie Angst haben, dass sie in der Nacht Wehen bekommen und es keine Verkehrsmittel gibt. Viele Leute haben Angst aus dem Haus zu gehen. [...] Ein Kaiserschnitt ist sicherer für die Patientin. (Interview mit Samar 2017:4)

Die Wehen können jederzeit einsetzen, unabhängig von der Tageszeit und der Sicherheitslage. Die Hebamme Rana D. (2017:1) erzählt ebenfalls, dass Geburten im Krieg wenn möglich vormittags gemacht werden, weil dann die Chance auf Elektrizität größer ist und die Straßen sicherer sind. Auch Krankenhäuser wurden in Syrien zu gefährlichen Orten, weshalb versucht wird, die dort verbrachte Zeit zu minimieren. Ein Kaiserschnitt macht eine Geburt zu einem planbaren Ereignis, was den werdenden Müttern in Kriegszeiten ein bisschen mehr Sicherheit gibt. „Weil sie auch am Abend Angst haben, wenn zum Beispiel die Wehen kommen, weil dann können sie nichts tun. Deswegen ist es am besten, wenn das schon vorher ausgemacht ist und ein Kaiserschnitt wird.“ (Interview mit Rana K. 2017:11, übersetzt von Mabrouka)

Statistiken zur Kaiserschnitttrate der letzten Jahre in Syrien variieren von Ort zu Ort. Die UNFPA und UNPD nennen in ihrem „Syria Humanitarian Assistance Response Plan“ von 2014 eine nationale Kaiserschnitttrate von 45% (2014:1). Diese soll in manchen Krankenhäusern bei bis zu 75% liegen (Fouad et al. 2017:5, Save the Children Report 2014:44). Die wohl unvermeidbar hohe Zahl der chirurgisch durchgeführten Geburten birgt längerfristige Risiken für die betroffenen Frauen und stellt eine Herausforderung für das medizinische Personal humanitärer Hilfsprojekte dar.

4.4 MSF Klinik im Shatila Refugee Camp, Libanon

Dieses Kapitel basiert größtenteils auf einem ExpertInneninterview mit der Hebamme Andrea, der ehemaligen Leiterin der MSF Geburtsklinik im Shatila Refugee Camp im Libanon. Es dient dem Zweck zu zeigen, wie sich die Situation Schwangerer nach der Flucht aus Syrien in ein Nachbarland darstellt. Zudem möchte ich auf die Bedeutung soziokultureller Normen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt im Kontext von Flucht eingehen.

Andrea war 2015 vor Ort, als MSF im Januar im Libanon die Klinik aufgrund des immensen Bedarfs öffnete. Die Situation syrischer Geflüchteter im Libanon ist prekär, darauf näher einzugehen würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen. An dieser Stelle relevant ist die Tatsache, dass sich viele schwangere Syrerinnen die medizinische Betreuung im Libanon nicht leisten können. Das libanesische Gesundheitssystem hat einen hohen Standard, doch auch die Preise für pränatale Versorgung und Entbindung sind hoch (UNHCR 2015:1). 82% der gesundheitlichen Versorgung wird vom Privatsektor abgedeckt (Huster 2013:17). Die Bevölkerungszunahme von 25 bis 30% durch die Flucht zahlreicher SyrerInnen und PalästinenserInnen in den Libanon (WHO 2016c) überschreitet die Kapazitäten des libanesischen Gesundheitssystems (Refaat und Mohanna 2013:763). In Verbindung mit den hohen Kosten führt diese Entwicklung zu einem hohen Bedarf an geburtshilflicher Versorgung schwangerer Geflüchteter. 2016 befanden sich der UN zufolge 1.078.338 registrierte Geflüchtete aus Syrien im Libanon. 19.100 davon waren schwangere Frauen (UNFPA 2016:8).

In der Klinik in Shatila arbeiteten neben Andrea zusätzlich weitere 36 Hebammen, vier Ärztinnen, einige Krankenschwestern und ein Pharmazeut. Normalerweise finden sich in geburtshilflichen Einrichtungen von MSF keine GynäkologInnen, doch im Zusammenhang mit syrischen Frauen, die laut Andrea 99% aller Patientinnen darstellten, wurde es aufgrund der Präferenz für GynäkologInnen gegenüber Hebammen in der Geburtshilfe für notwendig erachtet. So sollte sichergestellt werden, dass Frauen das medizinische Angebot annehmen. Im ersten Monat fanden in der Klinik 50 Geburten statt, im zweiten waren es schon 200 bei einer Kapazität von 12 Betten. In der MSF Klinik wurden Geburten betreut, Schwangerschaftsuntersuchungen durchgeführt sowie postnatale Betreuung und Familienplanung angeboten. Kaiserschnittpatientinnen und Risikofälle konnten nicht vor Ort gebären und wurden deshalb in libanesische Krankenhäuser überwiesen. MSF hatte eine Abmachung zur Überweisung besagter Patientinnen mit drei bis vier Krankenhäusern in der

Region. Die Kosten für die Behandlung syrischer Frauen mit einer Überweisung wurden von den Organisationen MSF und UNHCR getragen. 75% der anfallenden Kosten bezahlte UNHCR, 25% MSF. Trotz dieser Regelung wurden manche Frauen von den Gesundheitseinrichtungen abgewiesen. Andrea vermutet, dass aus Sicht der Krankenhausleitung die Anwesenheit Geflüchteter dem Ruf der Einrichtung schaden könnte. Diese Patientinnenhierarchisierung kann mit dem Konzept der stratifizierten Reproduktion erklärt werden. Die Belastung des libanesischen Staates durch die hohe Zahl an Geflüchteten aus dem Nachbarland stellt mit Sicherheit eine Herausforderung dar. Obwohl sich schwangere Geflüchtete in einer höchst unsicheren Situation befinden, werden sie in dominanten Diskursen, die Zuwanderung in erster Linie als Problem definieren, als Doppelbelastung wahrgenommen.

Erschwerte Bedingungen im Libanon limitierten die Möglichkeiten im Flüchtlingslager. Das Team wurde mit einigen Problemen konfrontiert, wie beispielsweise dem beschränkten Zugang zu den Patientinnen während der Schwangerschaft. Andrea zufolge kamen viele Frauen kurz vor der Geburt mit dem Wunsch in die Klinik, eine Überweisung ins Krankenhaus für einen Kaiserschnitt zu bekommen. Nur wenn ein Kaiserschnitt medizinisch notwendig war, bekamen die Frauen ein „free ticket to hospital“, wie es die libanesischen MSF Mitarbeiterinnen kritisch nannten. Laut Andrea entstand besonders unter dem libanesischen Personal der Eindruck, die Klinik würde für „gratis“ Kaiserschnitte ausgenutzt. Da die Organisation bemüht ist, Frauen von Beginn einer Schwangerschaft an zu betreuen, um Komplikationen vorzubeugen, wurde die Bedingung eingeführt, dass die Patientinnen vor der 28. Schwangerschaftswoche eine Untersuchung in der Klinik vorweisen mussten. Nur dann wurden die Kosten eines Kaiserschnittes von den Hilfsorganisationen übernommen.

Die gesellschaftlich verbreitete Norm der Ultraschalluntersuchung in Syrien zeigte auch im Kontext von Shatila Wirkung. Obwohl laut Andrea das Klientel der MSF-Klinik ökonomisch schlechter gestellt war, hätten viele Frauen parallel zu den Untersuchungen in Shatila einen privaten Arzt aufgesucht, um Ultraschalluntersuchungen durchzuführen. Laut MSF-Richtlinie werden diese Untersuchungen nur durchgeführt, wenn es medizinisch notwendig ist, aber auf keinen Fall, um das Geschlecht des Babys festzustellen. Die gesellschaftlichen Normen bestehen jedoch trotz einer Veränderung der äußeren Umstände. Interessanterweise sind es ebendiese Praktiken und die Aneignung von Handlungsmacht, die die Frauen von einer Wahrnehmung als „Opfer“ wegrücken. Die Tatsache, dass Frauen in ihrem Interesse handeln und wie auch in Syrien GynäkologInnen zur Ultraschalluntersuchung aufsuchen,

wird als negativ und ausnutzend gesehen. Es stellt sich die Frage, ab welchem Zeitpunkt jemandem der „Opferstatus“ zugeschrieben wird und wann durch eine Aneignung der Handlungsmacht dieser Status aberkannt wird. Andreas Vermutung, dass die Geburtsabteilung in Shatila als „Armenklinik“ gesehen wurde, widerspricht der Annahme, Geflüchtete mit ausreichend finanziellen Mitteln würden diese für den Zweck eines „free ticket to hospital“ besuchen. Die Zuschreibung von Handlungsmacht hat je nach diskursiver Verortung unterschiedliche Folgen.

Unter Berücksichtigung der gängigen Praxis in Syrien wurden im Libanon von MSF die Maßnahmen gesetzt, entgegen der üblichen Handhabung gynäkologisches Personal anzustellen. Zudem war das Team mit dem hohen Medikalierungsgrad konfrontiert, der sich beispielweise im Wunsch nach regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen zeigte. Die hohe Kaiserschnitttrate unter syrischen Geflüchteten ist eine organisatorische und finanzielle Herausforderung für medizinische Interventionen in der Region, wie das Beispiel der Shatila Klinik verdeutlicht.

4.4.1 Der Kaiserschnitt und dessen Folgen in Kriegszeiten

In times of conflict, seeking maternal care, as well as providing it to women, can be a challenge. Services can be interrupted or reduced; logistical access to facilities might be difficult – all factors that may well be conducive to difficulty in adherence to well-established clinical standards. Increases in the rates of fetal deaths, low birth weights, CS [caesarean sections] and antenatal complications, to name a few, are known outcomes of pregnancy in regions affected by conflict. (Huster 2013:5)

Die Gründe für die Zunahme der Geburten durch einen operativen Eingriff liegen in den Veränderungen der geburtshilflichen Rahmenbedingungen, die durch den Krieg verursacht werden. Wie bereits erwähnt, hat die womöglich unvermeidbar hohe Kaiserschnitttrate in Syrien negative Folgen, ganz besonders für geflüchtete Frauen. Auch wenn ein Kaiserschnitt scheinbar mit einer schnellen und weniger schmerzvollen Geburt assoziiert wird, ist es ein wesentlicher operativer Eingriff, der unter anderem das Risiko von Infektionen und nachgeburtliche Komplikationen erhöht. In vielen Fällen gestaltet sich die postnatale Phase nach einem Kaiserschnitt schmerzvoller und schwieriger als nach einer vaginalen Entbindung. Auch längerfristige Konsequenzen sind mit dem operativen Eingriff verbunden. Sollte die Patientin erneut schwanger werden, wird bis auf wenige Ausnahmen abermals ein Kaiserschnitt durchgeführt. Eine Studie zu den Gründen eines Kaiserschnitts bei syrischen Gebärenden im Libanon zeigt, dass 2013 57% der Eingriffe vorgenommen wurden, weil

zuvor ein Kaiserschnitt stattgefunden hatte (Huster et al. 2014:274). Diese Tatsache nimmt weitgehend Einfluss auf die Arbeit internationaler Hilfsorganisationen vor Ort. Andrea und ihr Team wurden im libanesischen Shatila mit dieser Problematik konfrontiert. Obwohl auch Frauen mit vorhergehender Kaiserschnittentbindung vaginal gebären könnten (Huster 2013:9), wird eine Frau mit Kaiserschnittnarbe als Risikopatientin klassifiziert (Fachgespräch mit der Hebamme Lisa, 10. Jänner 2018). Um Komplikationen zu vermeiden und das Risiko gering zu halten, wird bei den betroffenen Patientinnen großteils ein operativer Eingriff vorgenommen. Auch in Shatila wurden Risikopatientinnen automatisch in ein Krankenhaus überwiesen. Die Klinik war nicht für operative Eingriffe dieser Größenordnung ausgerüstet. Ein Kaiserschnitt reduziert folglich längerfristig den Spielraum des medizinischen Personals humanitärer Hilfseinsätze. Aus diesem Grund versucht MSF medizinisch unbegründete Kaiserschnittgeburten wenn möglich zu vermeiden und die Rate bei jedem medizinischen Einsatz niedrig zu halten.

Eine weitere Folge der zunehmenden Kaiserschnitttrate in Syrien während des Krieges sind die hohen Kosten, die mit der geburtshilflichen Versorgung im Rahmen der humanitären Hilfe verbunden sind. Aufgrund des kostenintensiven libanesischen Gesundheitssystems und der Not vieler syrischer Geflüchteter vor Ort erstellte die Organisation UNHCR eine „Primary Health Care Strategy“ (2015), die den Zugang zu medizinischer Versorgung sichern soll. Der Kostenanteil, der von UNHCR gedeckt wird, hängt von der medizinischen Leistung sowie vom sogenannten „vulnerability status“ (2015:1) der betroffenen Person ab. UNHCR (2015:1) leistete 2015 finanzielle Unterstützung für durchschnittlich 4.873 Überweisungen in Gesundheitseinrichtungen pro Monat. 56,9% dieser Überweisungen waren schwangerschaftsbedingt. Von 29.914 finanziell unterstützten Geburten wurden 34% der Frauen per Kaiserschnitt entbunden (2015:6). Eine Geburt per Kaiserschnitt kostet bis zu dreimal so viel wie eine vaginale Entbindung (Interview mit Samar 2017:5; Huster 2013:4), was zu immensen finanziellen Belastungen der Hilfsorganisation führt. Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe nahmen 2015 40% der jährlichen Gesamtausgaben des UNHCR im Libanon in Anspruch, was sich auf 12,7 Millionen US Dollar beläuft (UNHCR 2015:8).

Nicht alle werdenden Mütter, die die syrisch-libanesische Grenze überqueren, wissen, wohin sie sich im Falle fehlender finanzieller Mittel zur Bezahlung der Geburt wenden können. Nicht in jedem Fall werden die gesamten Kosten von Hilfsorganisationen übernommen (MSF 2013), was werdende Mütter unter Umständen dazu zwingt, ohne medizinische Betreuung zu

gebären. „The risks of delivering at home without a skilled birth attendant are very high in general, and even higher in the places most refugees are settling, where living conditions are often very precarious.” (MSF 2013) Flüchtlingsunterkünfte bieten meist kein adäquates Umfeld für eine Hausgeburt. Diese prekären Bedingungen gelten ebenso für zahlreiche Frauen, die in Syrien zurückblieben. Unter den Verwüstungen des Krieges in Syrien leidet seit mehreren Jahren die medizinische Infrastruktur und der Zugang zu geburtshilflicher Betreuung. Entbindungen ohne qualifiziertes Personal und / oder medizinische Mittel, die zu Kriegszeiten häufiger vorkommen, sind bei Gebärenden mit vorhergehendem Kaiserschnitt mit einem größeren Risiko verbunden. Zum einen kann also eine hohe nationale Kaiserschnitttrate das Risiko für Gebärende in Kriegszeiten vergrößern. Zum anderen führte im syrischen Kontext der Krieg zu einem weiteren Anstieg der Kaiserschnittentbindungen. Diese Entwicklung stellt wiederum eine besondere medizinische Herausforderung dar und erhöht zukünftig das Risiko für werdende Mütter. Es wird sich erst zeigen, welche gesellschaftlichen und medizinischen Auswirkungen diese Entwicklungen längerfristig mit sich bringen.

5. Mütter auf der Flucht

*No one leaves home unless
home is the mouth of a shark
you only run for the border
when you see the whole city running as well
[...]
you have to understand,
that no one puts their children in a boat
unless the water is safer than the land*
Warsan Shire

Entgegen medialer Darstellung des stereotypen Flüchtlings als jung und männlich, sind UN Schätzungen zufolge mindestens die Hälfte aller Flüchtlinge weiblich (UNHCR 2017). Viele von ihnen sind Mütter. Beinahe eine von zehn Frauen, die nach Europa flüchten, um Asyl anzusuchen, ist schwanger (McHugh 2016; Ramrayka 2016). Einer Veröffentlichung des UNHCR, UNFPA und der „Women’s Refugee Commission“ (WRC) zum Schutz von Frauen und Kinder in der Europäischen „Refugee Crisis“ kann folgende Beobachtung entnommen werden:

The assessment team observed a high number of pregnant women. In the former Yugoslav Republic of Macedonia, Red Cross health personnel at the exit point in Tabanovce recorded

16 pregnant women among the 128 people who accessed the Red Cross post in just one 12-hour shift. Most of these women have suffered severe physical and psychological stress and hence, even if otherwise healthy, are at higher risk of complications, preterm delivery or even death. (2016:11)

ErsthelferInnen berichten von Geburten auf Schmuggler- und Rettungsbooten sowie Schwangerschaften durch Vergewaltigungen vor und auf der Flucht (McHugh 2016). Werdende Mütter verlassen Syrien, um sich und ihr ungeborenes Kind in Sicherheit zu bringen. Viele von ihnen treten die Reise zudem mit weiteren Kindern an, nicht immer mit ihrem Partner an der Seite. Eine Schwangerschaft oder das Beisein kleiner Kinder macht die Flucht in vielen Fällen zu einer sowohl körperlich als auch psychisch besonders traumatischen Erfahrung. Neun meiner Interviewpartnerinnen nahmen mit ihren Kindern die Reise von Syrien auf sich, eine davon trat den Weg im 8. Schwangerschaftsmonats an. Vier der zehn Frauen gelangten über die Balkanroute nach Österreich. Jehan unternahm vergeblich drei Versuche, während ihr Mann mit den Kindern in der Türkei wartete.

2013 sind wir alle in die Türkei gefahren. Und dreimal haben wir probiert, nach Griechenland zu kommen, aber es war sehr schwierig. Zweimal auf dem Meer, da war die Polizei von Griechenland, die hat geschossen. [...] Und einmal ist das Boot fast umgekippt. Beim ersten Mal. Und das zweite Mal war das mit der Polizei. Und der Fahrer des Bootes, wir haben ihm gesagt, bitte gehe zum Strand zurück. [...] Ich alleine habe es dreimal probiert, die Kinder blieben bei meinem Mann und ich ging nach Griechenland, weil mein Bruder, er war dort und er hat gesagt, du kannst super Englisch sprechen, und sie machen Markierungen oder so, und ich kann dann mit dem Flugzeug weiter. Aber dreimal habe ich es probiert, und es hat nie geklappt. [...] Wir waren einmal auch im Auto, als Gruppe, und wir fahren, wie wir zum Beispiel von Göfis nach Dornbirn fahren, und in Dornbirn gibt es einen See, und wir möchten nach Griechenland fahren, aber auf dem Weg hat der Fahrer mit der Gruppe für die Fahrer telefoniert und gesagt, bitte geht zurück, weil die Polizei weiß an welchem Punkt wir nach Griechenland fahren wollen. Und nach dreimal habe ich zu meinem Mann gesagt ... es war sehr schwierig meine Kinder zurückzulassen und beim vierten Mal hat mein Mann gesagt, bitte dieses Mal ist das letzte Mal, und ich habe gesagt, nein, ich kann nicht mehr, du kannst gehen. Und er hat viel nachgedacht, darüber wie ich mit den Kindern in der Türkei bleiben kann, wir kennen keine Leute. Und ich habe gesagt, kein Problem, du kannst gehen. Und beim ersten Mal hat es geklappt. Und mein Bruder war in Griechenland, er hat auf meinen Mann gewartet. Und dort blieb er drei Monate und dann ist er hierhergekommen. (2017:1f)

Jehans Geschichte stellt sich gegen die stereotype Vorstellung der Frau als „Mitflüchtende“ (Binder und Tošić 2003:456). Ungeachtet der erfolglosen Versuche sprach ihre Ausbildung als Englischlehrerin dafür, dass Jehan die Reise über das Mittelmeer antritt und ihren Mann und die Kinder über den Familiennachzug nach Österreich holt.

Zwei weitere Interviewpartnerinnen nahmen den Weg ohne ihre Partner auf sich. Die Syrerin Nur, deren Mann sich zur Zeit ihrer Flucht schon in Österreich befand, machte sich mit ihren

zwei kleinen Söhnen auf den Weg. Elias war damals ein Jahr und drei Monate, Ribal drei Monate alt. Nur zeigt mir ein Foto von sich an der Küste Griechenlands, Ribal auf einem Arm, Elias auf dem anderen. Auch Manar und ihr ältester Sohn erzählen mir von ihrem Weg nach Österreich. Gemeinsam mit ihrem Mann und den zwei Kindern überquerten sie die Grenze von Syrien in die Türkei. Ein paar Monate nach ihrem Mann begab sich Manar mit ihren Söhnen über Griechenland auf den Weg nach Österreich. Die Reise dauerte 20 Tage. Manars Sohn beschwerte sich während des Gesprächs über die bevorstehende Zugfahrt nach Erfurt zu Verwandten mit den Worten: „Wir können doch auch zu Fuß gehen, von Syrien kamen wir auch zu Fuß.“ (Feldtagebuch 2017:60) Er erzählte mir von fremden syrischen Personen, die seine Familie während ihrer Flucht an die Grenze zur Türkei in ihren Gartenhütten unterbrachten und sie mit Brot und Wasser versorgten.

Das Frau- und Mutter-Sein bekommt in Kriegszeiten neue Bedeutungen. Frauen sind im Krieg, einer Zeit der Gewalt, besonders verwundbar. Sexuelle Gewalt ist schockierenderweise zum Teil der Kriegsstrategie vieler Parteien geworden. Gleichzeitig zählt die weibliche Bevölkerung mit einigen Ausnahmen zur Zivilbevölkerung, wodurch sie in manchen Situationen zu ihrem Schutz eine scheinbar neutrale Rolle einnehmen können. Durch die Beteiligung vieler Männer am bewaffneten Konflikt sind Frauen im Kriegsgebiet sowie auf der Flucht oft mit den Kindern auf sich alleine gestellt.

Als wir in Tartus gewohnt haben, wollten wir auch dortbleiben. Aber in Tartus gibt es viele Alawi, und wenn sie meinen Ausweis angeschaut haben und da steht Idlib, schwierig. Und mein Mann war eineinhalb Monate im Gefängnis. Er arbeitete in einer Firma in Aleppo, und dann kam die Polizei und nahm ihn mit. Und ich wusste einen Monat lang nicht, wo er ist. Alle haben gesagt, er ist weg, vergiss es. Kinan war eineinhalb Monate alt. Und ich habe nicht gewusst was ich machen soll. Dort hatten wir immer Angst. Und immer wenn wir zu meinen Eltern nach Idlib gegangen sind, haben sie immer den Ausweis angeschaut und Kontrollen gemacht. Und [nachdem er freigelassen worden war] hat mein Mann gesagt, Ola, ich muss gehen. Am Anfang im Gefängnis zu sein war noch besser. Wenn man jetzt ins Gefängnis kommt, dann ist fertig, vergessen. Und er hat gesagt, Ola, ich muss gehen. Und ich habe gesagt, ich will auch gehen. Für Frauen war es ein bisschen besser als für Männer, für uns war das Herumgehen nicht so ein Problem, aber die Männer wurden immer kontrolliert und das war viel Stress. Und dann habe ich gesagt, okay, und er ist hierhergekommen. Und er war zehn Monate hier und dann hatte er sein Interview und dann haben wir den Bescheid bekommen und ich bin in die Türkei gegangen. Und dann bekam ich mein Visum und bin mit den Kindern weg. (Interview mit Ola 2017:9)

Ola spricht in diesem Ausschnitt die Bedeutung des Geschlechts in Kriegszeiten an. Diese wird auch in Medyas Geschichte deutlich, die als Schwangere die Flucht nach Österreich auf sich nahm. Sie verließ Syrien gemeinsam mit ihrem Mann und ihrer kleinen Tochter.

I said to my husband, if you want to go, I will come with you. I cannot stay and wait for you for one or two years not knowing what happened to you. When you go on this route it is very hard, across the sea, I won't know if you will die. And I chose to stay with him. I said I want to die with you and I don't want to be alone, without you. [...] I chose to travel with him. We went to Turkey, then I don't remember because it was a lot of Turkish counties. And you have to arrive in Izmir because it is near the sea. We took a boat ... and we started ... it was not good ... we met death two or three times. There are bad people. But they are not just Turkish people, there are Turkish people, and the young men, who organised the travel and the boat, they are from Syria, they are from Damascus, they speak like us. When you start at night to go to the beach, they tell you not to speak, no light, and there were cars coming, and they had guns and they fired one time, in the air. I had a big belly, and they said you have to lie down [...] We were a group, women and men, but I didn't know the other people because it was all dark, it was in the night. I just knew my husband. And they took all the money, not from our group, they just chose some people, two or three men, documents, money, packets of cigarettes, everything, they took it. Then they left, and it was very hard. [...] And the men who made us travel said all women have to sit, and we were sitting on the beach, and they said they need all men to come to them, to pump up the boat. And they went and I was afraid and I said please Renas [her husband], don't go. I didn't know if they were going to take all of us women, no government can help us, we didn't know what was going to happen. You will die or you will be safe. [...] They said we need three or four strong men to carry the motor, it was very big. And I think about half an hour later we started to go into the water, into the sea, and until here [points to her stomach] it was water. Some people pushed me. And my husband was at the end, next to the motor, and the man who was driving he was with his family, his women, she was pregnant two or three months, and he had a kid, two or three years. And he was from Latakia, and in Latakia there is water, there is the sea, so he knew how to drive a boat, this was very good. And I was at the front of the boat, with my big stomach. And there was one man, he was near me, he was Kurdish, but I didn't know his face or the name, and he put his arm behind my back, to keep me safe, so I didn't fall. And I looked into the sea and we took a quarter of an hour, and the Turkish police came. And they said, stop, we will safe you, it is dangerous, you will die. And they used water pistols and light in the sea to make us stop. And when we were on the beach, the man who was our smuggler, he said, if you see the police coming, to make the police go back, hold your children up, and pretend they fall in the sea to make them stop. Just to show we have children. And they stopped. We left the Turkish water, so we were in the Greek sea and they cannot come to that sea. And in Greece there is nobody. If anything happened with the boat, broken, or cut or anything, we would die there. Because there are no police, nothing waiting for us. I think it took less than one hour. And when we were very close to the island, there were fires and a lot of people there, they were refugees like us. [...] And when we arrived there, we cut the boat so they couldn't make us go back. And we used the fuel and oil from the motor to make a fire and we burnt the safety jackets. Judy was with Renas, because I was pregnant and he could take care of her, I was a little bit afraid of the water. (Interview mit Medya 2017:5-8)

Die Entscheidung, beinahe einen Monat vor dem Geburtstermin diesen Weg auf sich zu nehmen, verdeutlicht die Ausweglosigkeit, auf die Warsan Shire in ihrem Gedicht „Home“ Bezug nimmt.

Weibliche Geflüchtete sind zweifelsohne harten Umständen ausgesetzt, einerseits als „Flüchtling“, andererseits als Frau (Binder und Tošić 2003:456). Diese Schnittstelle der Marginalisierung äußert sich in der Verwundbarkeit von Frauen auf der Flucht. Medya beschreibt in ihren Erzählungen die zusätzliche Belastung, unterwegs schwanger zu sein.

Greece, Athens, then Macedonia, Serbia, Slovenia. We stayed one day without any food, any water, anything, it was very cold. [My daughter] Judy was ill, diarrhoea, she had a fever, and I had pain in my stomach, and I couldn't stand up. We had to stay, and there was an army, and a camp, but they didn't allow for us to go inside. We had to wait to have our picture taken. [...] And I said, please, I am pregnant. My friend, she is a woman from Aleppo, she pointed at me and said, this woman, she is pregnant, the baby is coming, just to make me go inside. It was cold in the night, and I went inside, just alone. [...] And a translator came, he was Kurdish, he said to me, how do you feel? And he said, I think you will give birth. And he said to me, now you will go to the hospital with the ambulance to give birth. But I said, no, I will not go without my husband and my kid. He said, please, just to go there, to get a test, an examination, and then come back. But I said no. I said, no, I will not go without my family, so they took my name and went to get my husband, and we went together in the ambulance to Graz. (2017:8f)

Medyas Freundin nutzte die beschwerliche Situation zu Medyas Vorteil und verschaffte ihr so Zugang zu ärztlicher Betreuung. Medya gebar ihren Sohn nicht an jenem Tag in Graz, wurde aber aufgrund leichter Schwangerschaftsbeschwerden und der Diagnose einer viralen Infektion bei ihrer Tochter gemeinsam mit ihrer Familie eine Nacht zur Beobachtung stationär aufgenommen. Entgegen der Vorschrift, die Familie anschließend zurück in die Flüchtlingsunterkunft zu bringen, wurden sie auf Medyas Wunsch von der Krankenschwester entlassen, worauf sie sich auf den Weg nach Vorarlberg zu Medyas Schwägerin machten.

[At the police station in Vorarlberg] we had to wait for a call from Vienna I think, to tell us which place we have to go to, which camp, or which area. The first two times, they didn't know. The translator, she was a woman from Morocco, she was very helpful. She just had to stay for two hours, to translate, and then she could go, but she stayed with us, because I was pregnant. She said, I will stay with you, she said to the police, how can you say they didn't get an area or place, she is pregnant, she has a child, she has to get a place. And we said, please, we want to stay in Lustenau. We didn't want to go to Salzburg, there were many families with us, but they said the answer was that they have to go to Salzburg, or Innsbruck, far away. The third answer was, okay you can stay.

Es ist schwer zu sagen, ob Medyas Schwangerschaft etwas mit der behördlichen Entscheidung zu tun hatte. Dennoch ist es rechtlich vorgesehen, schwangere geflüchtete Frauen in einer angemessenen Wohnsituation unterzubringen, was mich zum nächsten Kapitel bringt.

5.1 Schwangere als besonders Schutzbedürftige

Schwangere werden durch die EU Richtlinie 2013/33 Artikel 21 als „Schutzbedürftige Person“ mit besonderen Bedürfnissen definiert: „Die Mitgliedstaaten berücksichtigen in dem einzelstaatlichen Recht zur Umsetzung dieser Richtlinie die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, *Schwangeren*, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern [...].“ (2013:106, Hervorhebung durch die Autorin) Zwar legt die Richtlinie fest, dass eine angemessene Unterbringung und (medizinische) Versorgung für schutzbedürftige Personen mit besonderen Bedürfnissen zu gewährleisten sind. Die Auslegung des Wortes „angemessen“ sowie der Art dieser Bedürfnisse wird jedoch in die Verantwortung und Interpretation der jeweiligen Mitgliedstaaten übergeben (2013: Artikel 22(1)). Im österreichischen Grundversorgungsgesetz des Bundes, in dem die Grundversorgung von AsylwerberInnen im Zulassungsverfahren geregelt ist, findet sich die Richtlinie der EU zu schutzbedürftigen Personen nur entkräftet wieder: „Der Bund leistet Asylwerbern im Zulassungsverfahren Versorgung in einer Betreuungseinrichtung des Bundes (§ 1 Z 5), wobei im Rahmen der Aufnahme in die Grundversorgung etwaige besondere Bedürfnisse von schutzbedürftigen Personen – so weit als möglich – berücksichtigt werden.“ (2005: §2(1)) Die Formulierung „so weit als möglich“ wurde in Folge einer Änderung 2015 auf Landesebene in Vorarlberg übernommen (RV 66/2015). Nach der Änderung des Mindestsicherungsgesetzes 64/2010 lautet der Gesetzestext 2015, §7(3): „Bei der Versorgung, vor allem der medizinischen, ist auf ethnische Besonderheiten und individuelle Bedürfnisse der Betreuten sowie die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen und deren besonderen Bedürfnissen – soweit als möglich – Bedacht zu nehmen.“ Des Weiteren werden entgegen der EU Richtlinie 2013/33 im Gesetzestext von 2010 sowie der Änderung von 2015 Schwangere nicht als besonders schutzbedürftige Personen genannt.

Als schutzbedürftig gelten insbesondere allein stehende Frauen und Minderjährige, Alleinerziehende mit Kindern, betagte Menschen, Menschen mit Behinderung, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen oder psychischen Störungen oder solche, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. (2015:§7(3))

Die Definition der Schutzbedürftigen auf Landesebene sowie die Formulierung „soweit als möglich“ ermöglichten folglich die Unterbringung schwangerer Geflüchteter in offenen Unterkünften. Die Ursache, warum schwangere Geflüchtete keine den Umständen entsprechend angemessene Unterkunft erhalten, liegt wohl auch in der von der

verantwortlichen Unterkunftsleitung in Feldkirch-Nofels geäußerten Annahme, eine solche Entscheidung würde zu vermehrten Schwangerschaften unter den Geflüchteten führen („Wenn sie dort Kinder machen, können sie sie auch dort auf die Welt bringen.“). Das wurde mir zumindest so von einer Flüchtlingskoordinatorin mitgeteilt. Dies ist womöglich einer der Gründe, warum es zu einer Vernachlässigung der besonderen Bedürfnisse schwangerer Geflüchteter kommt. Die Handhabung der Unterkunfts-zuteilung ist vom Kontingent der Wohnmöglichkeiten abhängig und wird ungeachtet einer Schwangerschaft umgesetzt. Aus der Analyse der rechtlichen Lage geht hervor, dass diese von EU-, über Bundes- bis hin zur Landesebene in Vorarlberg immer schwammiger und unverbindlicher wird, anstatt sich bis hin zur praktischen Anwendung zu konkretisieren.

6. Schwangere Syrerinnen im Vorarlberger Gesundheitssystem

Auf Grundlage der Datenerhebung werden in diesem Kapitel die Erfahrungen schwangerer Syrerinnen in Vorarlberg und die Faktoren, die deren Situation vorwiegend beeinflussen, analysiert. Meine Ausführungen zu den Erfahrungen der Frauen basieren auf den Erlebnissen von zehn Syrerinnen und sollen nicht als repräsentativ für die gesamte syrische Bevölkerung in Vorarlberg verstanden werden. Nichtsdestotrotz können Tendenzen abstrahiert werden, die im Kontext von Vorarlberg und möglicherweise bundes- und europaweit Gültigkeit haben.

6.1 Das Vorarlberger Gesundheitssystem: medizinische und administrative Abläufe

Wie bereits in Kapitel 3.1 angeschnitten, sind in Österreich FrauenärztInnen die erste Anlaufstelle im Falle einer Schwangerschaft. Meine Interviewpartnerinnen kontaktierten in vielen Fällen zuallererst ihre SozialarbeiterInnen oder FlüchtlingskoordinatorInnen. Diese vermittelten in Folge den Kontakt zu einer FrauenärztIn. Auf den positiven Schwangerschaftsbefund folgen regelmäßige Untersuchungen. Nurs Mann Maher zeigt sich von der kontinuierlichen und systematischen Schwangerschaftsbetreuung in Österreich positiv überrascht: „Hier ist alles besser. Hier muss man [in der Schwangerschaft] zum Beispiel vier oder fünf Mal zur Kontrolle, das muss man und das freut mich, das ist besser, weil man dann weiß, ob das Baby und die Frau gesund sind.“ (2017:1) Die Betreuungskontinuität wurde von ihm als positives Merkmal der österreichischen Schwangerschaftsvorsorge wahrgenommen. Kontinuität bezüglich der Betreuungsperson ist jedoch in Österreich anders als in Syrien meist nicht gegeben. Dieser Unterschied ist durch

den dominanten privaten Sektor in Syrien bedingt, wodurch eine Person die prä- und postnatale Betreuung sowie die Geburtsbegleitung übernimmt. „Aber was auch gut ist, dass wir eine Ärztin haben bis zum Ende. Ich habe da eine Frau, die in der Schwangerschaft, bei der Geburt und danach zu mir schaut, sie macht alles.“ (Interview mit Ola 2017:1) Kontinuität bezüglich der Betreuungsperson wäre laut der Hebamme Susanne besonders für geflüchtete Frauen sinnvoll und wichtig, um sprachliche Herausforderungen zu mindern und eine Konstante in einem neuen medizinischen System zu schaffen. Bis auf Ola identifizierte keine der Frauen die fehlende Kontinuität bezüglich der Betreuungsperson als einen negativen Aspekt. Eine vergleichende Studie von Green et al. (2000:195) zu Patientinnenpräferenz bezüglich „continuity of carer“ deckt sich mit den Daten meiner Interviews: “No studies suggest that women value continuity for its own sake, rather women value what they expect to follow from continuity: consistent care from someone whom they can trust.” Es ist zu bedenken, dass Green et al. in ihrer Studie nur empirische Daten aus England heranzogen. Womöglich würde eine vergleichbare Studie im Nahen Osten andere Ergebnisse liefern. Die Ergebnisse meiner Fallstudie deuten aber darauf hin, dass Interaktionen zwischen der Patientin und dem medizinischen Personal, die auf Vertrauen und Respekt basieren, mehr Bedeutung zugemessen wird als einer Kontinuität des Betreuungspersonals (siehe Kapitel 6.2.1).

Zu Beginn meiner Forschung sprach ich auf der Suche nach einer Dolmetscherin mit einer Vorarlbergerin, die viele Jahre im Nahen Osten gelebt hat. Sie wird unter anderem von der Caritas engagiert, um schwangere Frauen, wenn sprachlich notwendig, zu ihren gynäkologischen Untersuchungen zu begleiten. Sie machte die Erfahrung, dass Patientinnen durch die vorgesehenen pränatalen Untersuchungen verunsichert wurden. Es bestand in manchen Fällen die Annahme, die Untersuchungen wären aufgrund von Komplikationen mit dem Ungeborenen verpflichtend. Keine meiner Interviewpartnerinnen zeigte sich von den regelmäßigen Kontrollterminen überrascht oder verunsichert. Diese Diskrepanz kann womöglich auf den ökonomischen und geografischen Hintergrund der Frauen zurückgeführt werden. Mit Ausnahme von Nur, die während beider Schwangerschaften in einer Flüchtlingsunterkunft in der Türkei lebte, besuchten alle interviewten Frauen in Syrien regelmäßig einen Frauenarzt / eine Frauenärztin zur pränatalen Untersuchung. Recherchen zum syrischen Gesundheitssystem (siehe Kapitel 4.2) ergaben jedoch, dass 80% der pränatalen Untersuchungen im Privatsektor zu verorten sind (Bashour und Abdulsalam 2005:21). Obwohl 2009, aktuellere Daten sind nicht zugänglich, bei 88% der Schwangeren

mindestens eine pränatale Kontrolle durchgeführt wurde, wurden nur bei 64% vier oder mehr Untersuchungen vorgenommen, wobei die Prozentzahl im ländlichen Raum sogar bei 59% liegt (UNICEF 2016). Eine mögliche Verunsicherung durch verpflichtende Kontrolltermine, wie von der Dolmetscherin beschrieben, hängt folglich zu einem großen Teil von den ökonomischen und ethnisch-religiösen Hintergründen sowie dem Wohnort (siehe Mittelberger 2017:273) der Patientinnen in Syrien ab.

Eine weitaus kontroversere pränatale Untersuchung im Kontext dieser Studie ist die Untersuchung der Nackenfalte des Fötus zur Erkennung der Genveränderung Trisomie 21. Auf die Frage, ob dieser Test in Syrien durchgeführt wird, antwortet Louai: „Nein, das macht man selten. In besonderen Fällen oder wenn die Frau will. Es gab solche Tests bei uns glaube ich nur in Damaskus.“ (2017:7) Auch Samar erklärt, dass diese Untersuchung aufgrund der hohen Kosten meist nur bei einem Verdacht auf eine Fehlbildung des Fötus durchgeführt wird. Samar bezieht sich zudem ausschließlich auf Patientinnen, die finanziell in der Lage sind, eine private Ärztin aufzusuchen. Auch in Vorarlberg ist der Test mit hohen Kosten verbunden. Zwischen 130 und 180€ wird der Patientin dafür verrechnet, was für geflüchtete Familien oft nicht oder schwer leistbar ist. Zainab und Rana K. ließen die Untersuchung aufgrund eines anfänglichen Verdachts auf Down-Syndrom während ihrer Schwangerschaft durchführen.

Sie [die Gynäkologin] hat mir gesagt, vielleicht hat dein Baby Down-Syndrom, und wir haben diesen Test gemacht, weil ich sehr Angst vor dem habe, dass ein Baby von mir auf die Welt kommt und Down-Syndrom hat oder andere Probleme. Ich habe gesagt, bitte machen wir den Test, wenn das Baby Probleme hat, dann kann ich das nicht. (Interview mit Zainab 2017:11f)

Bis zum 5. Monat hat man leider vermutet, dass er Down-Syndrom hat, weil das mit der Nackenfalte war. Dann hat man empfohlen, eine Untersuchung zu machen, die Fruchtwasseruntersuchung, das hat man dann gemacht und dann war es 100% sicher, dass alles okay ist. (Interview mit Rana K. 2017:5, übersetzt von Mabrouka)

Jehans Geschichte verlief leider genau entgegengesetzt. Ihr Mann erzählt von einem Ärztefehler, der möglicherweise auf einem sprachlichen Missverständnis beruhte:

Der Arzt in Rankweil hat etwas falsch gemacht. Jehan musste eine Kontrolle für Down-Syndrom machen, und ich glaube, er hat das nicht gemacht. Aber er hat uns ein Papier gegeben, aber ich weiß nicht genau, ob wir gesagt haben, er soll die Kontrolle machen oder nicht, ich habe das vergessen. Nach der Geburt, am ersten Tag, haben die Krankenschwester und die Hebamme eine Kontrolle gemacht, alles okay. Am nächsten Tag am Morgen hat mich Jehan angerufen und gesagt, der Arzt hat gesagt, er müsse mit uns sprechen. Um 10 am Morgen, glaube ich. Und dann hat er gesagt, Ivan hat ein Problem, er hat gesagt, er hat Probleme mit dem Gen, er hat Down- Syndrom. Und dann ja, früher war es schwer für uns,

aber jetzt ist Ivan wie ein normales Kind und wir machen alles für später, damit er wie ein normales Kind zur Schule gehen kann und arbeiten oder in die Berufsschule. [...] Aber der Arzt hat uns ein Papier, ein Formular gegeben, und ein österreichischer Freund von uns ist hier gesessen und hat gesagt, der Frauenarzt will wissen, ob wir ein Video machen wollen, jeden Monat. Und wir haben gesagt, nein. Und die zweite Frage war, ob wir eine Kontrolle für Down-Syndrom machen wollen. Und wir haben gesagt, ja das geht, aber Video brauchen wir nicht. [...] Ich glaube, er hat den Test nicht gemacht oder wir haben es falsch verstanden, das mit dem Formular, ich weiß nicht. [...] Keine Ahnung, was passiert ist, und wir sind später nicht mehr zu diesem Arzt. (Interview mit Jehan 2017:9-11)

Jehan wurde mit 37 Jahren nochmals schwanger und ihr zufolge nicht über die dadurch erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Kindes mit Trisomie 21 aufgeklärt. Ob dies an sprachlichen Missverständnissen oder mangelnder ärztlicher Aufklärung und Kompetenz lag, ist unklar. Trotz der Ungewissheit, ob sie sich in der Schwangerschaft für oder gegen das Kind entschieden hätte, wurde dem Bedarf an genauester Abklärung aufgrund eventueller Sprachbarrieren und möglicher Unterschiede zum syrischen Gesundheitssystem nicht nachgekommen.

Was mir weh tut, der Arzt muss mit mir sitzen und sagen, du bist jetzt 37 Jahre alt und vielleicht hat das Baby diese Situation, ich wusste das nicht. [...] Im Krankenhaus, nachdem Ivan geboren wurde, hat die Frauenärztin gesagt, ich habe sie gefragt und sie hat mir gesagt, wie sie diesen Test genau machen. Und nach drei Monaten wissen sie, ob das Baby dieses Problem hat oder nicht. Und manchmal denke ich jetzt, nach drei Monaten, wenn sich das Baby schon bewegt, mein Bruder ist Arzt und er hat mir früher erzählt, wie sie Abtreibungen machen, sie schneiden das Baby heraus, und manchmal denke ich, wenn ich zum Beispiel im dritten Monat der Schwangerschaft gewusst hätte, dass mein Baby dieses Problem hat, mache ich dann eine Abtreibung, oder nicht? Das ist schwierig. Meine Kinder, mit dreieinhalb Monaten bewegten sie sich im Bauch. Und nach drei Monaten sind es nur noch zwei Wochen, bis sich das Baby bewegt, und das ist schwierig. Die Frauenärztin hat mir gesagt, dass nach drei Monaten das Baby so groß ist [zeigt mit der Hand] und er hat alle Organe. Und ich denke immer, wenn ich es im dritten gewusst hätte, hätte ich es gemacht oder nicht? Es ist schwierig, das zu entscheiden. (Interview mit Jehan 2017:10f)

Trotz Jehans negativer Erfahrung hinsichtlich der Betreuung in der Schwangerschaft kann abschließend gesagt werden, dass sich meine anfängliche Annahme, das Gesundheitssystem in Vorarlberg würde für syrische Frauen in seinen Abläufen und Mechanismen eine Neuartigkeit darstellen, nicht bestätigt. Die Frauen fanden sich beinahe problemlos in der medizinischen Landschaft zurecht, wobei auch immer der gesellschaftliche Hintergrund meiner Interviewpartnerinnen in Syrien zu berücksichtigen ist. Die einzige anfängliche Schwierigkeit, die wiederholt angesprochen wurde, ist der Zugang zu medizinischer Betreuung mit Beginn der Schwangerschaft.

6.1.1 Zugang zu gynäkologischer Betreuung

Neben sprachlichen Barrieren im Rahmen der medizinischen Betreuung wurde der Zugang zu einer gynäkologischen Untersuchung zu Beginn und während der Schwangerschaft von einigen Interviewpartnerinnen als Schwierigkeit genannt:

Hier ist es schwierig, zum Beispiel, wenn man neu schwanger ist, findet man nicht schnell einen Arzt, man muss in ganz Vorarlberg suchen. Wir haben einen Monat lang einen Arzt gesucht. Zuerst haben wir nur eine Ärztin gesucht, eine Frau, nach einem Monat war es uns egal. Und dann ist eine Freundin von der Caritas zu uns gekommen und ich habe gesagt, bitte, wir brauchen einen Doktor. [...] Dann haben sie einen in Feldkirch gefunden. [...] Nur das mit dem Termin ist schwierig. (Interview mit Nur 2017:11)

Ja, das war ein Problem. Ich habe viel gesucht und ich konnte nicht gut Deutsch, und ich kannte nicht viele Leute. Also wusste ich nicht, was ich machen soll, ich habe gewartet. Ich habe in Bregenz angerufen und die haben gesagt, sie haben keinen Platz und in Wolfurt gibt es nur einen Mann. Und dann konnte ich zu Dr. Frauscher in Feldkirch, sie ist sehr gut. [...] Meine Schwester hatte auch dieses Problem. Sie wohnt in Lochau und sie hat auch lange eine Frauenärztin gesucht. (Interview mit Ola 2017:2f/10)

Quer durch das medizinische Angebot kommt es bei KassenärztInnen in Österreich häufig zu langen Wartezeiten oder Aufnahmestopps neuer PatientInnen. Die Schwierigkeit, eine gynäkologische Betreuung in der Schwangerschaft zu finden, ist nicht spezifisch für Frauen mit Fluchthintergrund. Eine mögliche Einschränkung meiner Interviewpartnerinnen ist deren finanzielle Lage, die es ihnen nicht ermöglicht, einen Wahlarzt / eine Wahlärztin aufzusuchen. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten bekamen alle Frauen rechtzeitig einen Termin. Interessanterweise besuchten sechs von zehn Frauen dieselbe Frauenärztin, unabhängig vom Wohnort der Interviewpartnerinnen. „Ich war bei einer Frauenärztin, sie heißt Silke Frauscher, in Rankweil. Wie Bahia. Ich war bei ihr ganz entspannt. [...] Ich ging zum ersten Mal zu Silke Frauscher [zur Kontrolluntersuchung] und als ich schwanger wurde, ging ich auch zu ihr.“ (Interview mit Zainab 2017:5) Unter den Frauen wurde die Information weitergegeben, dass Dr. Frauscher, eine Kassenärztin, viele syrische Patientinnen betreut und sich trotz möglicher sprachlicher Barrieren um eine positive Erfahrung der Frauen bemüht.

Für die Zeit kurz vor der Entbindung beklagte keine der Frauen einen mangelnden Zugang zu Gesundheitsversorgung. Einige der Interviewpartnerinnen besuchten vor der Geburt das jeweilige Krankenhaus, um den Kreißaal, die medizinischen Abläufe kurz vor und während der Entbindung sowie das Personal ein wenig kennen zu lernen. Dafür werden von den Hebammen in Bregenz und Dornbirn beispielsweise Kreißaal-Führungen für werdende Mütter angeboten. Die Frauen berichteten, dass sie entweder mit der zuständigen

Flüchtlingskoordinatorin oder einer Freundin, die schon länger in Österreich lebt und die Sprache beherrscht, den Kreißaal besuchten. Die in Bregenz tätige Hebamme Susanne organisierte in ihrer Freizeit eine sogenannte „Hebammensprechstunde“ für Frauen mit Fluchthintergrund. Trotz großer Nachfrage wurde ihr die Abhaltung dieser Beratung von der Leitung des LKH Bregenz untersagt. Dieses Angebot diente der zusätzlichen Betreuung geflüchteter Frauen, die aufgrund möglicher sprachlicher Schwierigkeiten und der oft komplexen Anamnese mehr Zeit in Anspruch nimmt. Die Besichtigung des Kreißaals und die Hebammensprechstunde gaben den Frauen mehr Sicherheit und bereiteten sie auf die Geburt in einem neuen Gesundheitssystem vor.

6.1.2 Geschlechterpräferenzen in der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe

Wie aus Nur und Olas Interviews hervorgeht, ist das Geschlecht des Arztes / der Ärztin ein weiteres Kriterium bei der Wahl der gynäkologischen Betreuung. Geschlechterspezifische Präferenzen in der medizinischen Betreuung sind ein globales Phänomen, das vor allem im Bereich der Frauengesundheit eine Rolle spielt. „In the field of women’s health, studies from developed countries have shown that female patients prefer female gynecologists, and that a female physician’s communication style is different from that of a male, which partially explains higher patient satisfaction scores for female physicians.” (Bashour und Abdulsalam 2005:20) Einige meiner Interviewpartnerinnen äußerten zwar ihre Präferenz für weibliche Ärztinnen, im Kontext pränataler Untersuchungen war es jedoch bei den wenigsten ein entscheidendes Kriterium. Manar antwortete auf die Frage, ob sie in der Schwangerschaft einen männlichen Gynäkologen besuchte: „Ja, aber bei der Geburt mag ich das nicht. Da eine Ärztin. Aber bei der Kontrolle ist es egal, da gehe ich auch zum Arzt.“ (2017:16) Nur und ihr Mann kamen aufgrund eingeschränkter Möglichkeiten in Vorarlberg von der Präferenz der Schwangerschaftsbetreuung durch eine weibliche Gynäkologin ab, wie aus dem in Kapitel 6.1.1 angeführten Interviewausschnitt hervorgeht. Das Geschlecht des Gynäkologen / der Gynäkologin mag zwar in die Entscheidungsfindung einfließen, im Vorarlberger Kontext war jedoch die Mundpropaganda bei der Wahl der Betreuung ausschlaggebender. Dr. Frauscher wurde unter den syrischen Frauen und zum Teil von SozialarbeiterInnen weiterempfohlen. Der Ruf der Ärztin und die Empfehlungen innerhalb des sozialen Netzwerkes führten dazu, dass der Großteil meiner Interviewpartnerinnen mit Beginn ihrer Schwangerschaft dieselbe Frauenärztin aufsuchte.

6.1.3 Angebot und Bedarf an postnataler Betreuung

Obwohl die postnatale Betreuung einen wichtigen Teil der Geburtshilfe darstellt, wird die geburtshilfliche Unterstützung in diese Phase oft vernachlässigt. Die Vorarlberger Krankenkasse bezahlt 12 postnatale Hausbesuche in den acht Wochen nach der Entbindung (Fachgespräch mit der Hebamme Daniela, 19. Oktober 2017), aber diese wurden von meinen Interviewpartnerinnen kaum in Anspruch genommen. Nur drei der zehn Frauen wurden zuhause von einer Hebamme besucht.

Ja, es kommt immer noch eine Hebamme einmal pro Monat wegen dem Gewicht und so. Sie schaut alles an und sie ist sehr nett. Sie kommt nicht mehr, wenn ich sage, ich brauche sie nicht mehr. Aber einmal hatte Maria ein bisschen Fieber, dann ist sie schnell gekommen. Ich finde das sehr gut. Sie hat mir auch gesagt, ich soll ihr am Anfang Gemüse geben und dann Obst. In Syrien ist das anders. Da kommt niemand. (Interview mit Ola 2017:3)

Sie hat gesagt, sie kommt nach der Geburt zu mir und schaut, was ich und das Kind brauchen oder ob ich Probleme habe mit dem Kind. Oder wenn ich Probleme habe, kann ich sie anrufen und sie kommt zu uns. (Interview mit Manar 2017:9)

Diese Beobachtung deckt sich mit Untersuchungen in anderen europäischen Ländern. Laut einer in Großbritannien durchgeführte Studie zur geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit wurden bei besagten Frauen durchschnittlich weniger Hausbesuche durch eine Hebamme in der postnatalen Phase verzeichnet (Henderson et al. 2013:10). Im Kontext meiner Forschung hat die Nicht-Inanspruchnahme postnataler Betreuung durch eine Hebamme mehrere Gründe. Informationsmangel ist eine der Ursachen für die geringe Inanspruchnahme postnataler Betreuung. Geflüchtete Frauen, die sich erst mit dem geburtshilflichen Angebot in Vorarlberg vertraut machen müssen, haben meist weniger Zugang zu Informationen bezüglich der Möglichkeiten der Betreuung. Hier sind soziale Kontakte in der Mehrheitsbevölkerung ausschlaggebend, durch die den betroffenen Frauen Informationen zugänglich gemacht werden.

Postnatale Hausbesuche sind in Syrien nicht üblich, was die geringe Inanspruchnahme in Vorarlberg erklärt. „Nein, wir haben das nicht. Die Patientin kommt zu mir in meine Praxis. Wenn sie einen Dammschnitt hatte, dann kommt sie vielleicht zwei oder drei Mal zu mir. Und wenn sie einen Kaiserschnitt hatte, dann kommt sie auch zu mir. Bis einen Monat danach.“ (Interview mit Samar 2017:7) Folglich besuchten die Interviewpartnerinnen auch in Vorarlberg in der postnatalen Zeit ihre Gynäkologin / ihren Gynäkologen oder nahmen Kontrolltermine im Krankenhaus war. „Zur Kontrolle und um Wickeln und Kinderpflege zu lernen gingen wir ins Krankenhaus.“ (Interview mit Bahia 2017:6) Die Seltenheit postnataler

Hausbesuche in Syrien steht in engem Zusammenhang mit der Bedeutung des sozialen Netzwerkes in der Wochenbett-Phase. Da in Syrien die Frau nach der Geburt normalerweise von der Familie unterstützt wird, besteht weniger Bedarf für die Betreuung durch eine Hebamme. Mütter, Schwiegermütter, Schwestern und Schwägerinnen helfen in dieser Zeit der Wöchnerin nicht nur mit dem Haushalt, sondern auch im Umgang mit dem (ersten) Kind. Medizinische Fragen und Anliegen werden bei gynäkologischen Kontrollterminen behandelt. Die unterschiedliche Handhabung postnataler Betreuung in den Geburtssystemen ist einer der Gründe, weshalb nur knapp 30% der interviewten Frauen das Angebot in Anspruch nahmen.

Zu guter Letzt sehe ich einen weiteren Grund in kulturell bedingten Konzeptionen des Mutterseins. Obwohl in den meisten Fällen das familiäre Netzwerk, das die Wöchnerin in Syrien unterstützen würde, in Vorarlberg fehlt, suchten nur wenige der Frauen in der postnatalen Zeit Hilfe durch eine Hebamme. Im Gespräch mit Zainab schien es beinahe so, als würde sie die Möglichkeit geburtshilflicher Betreuung bei ihr zuhause als Zweifel an ihrer Fähigkeit als Mutter sehen. „Nein, mein Mann blieb zwei Wochen zuhause, er hat Urlaub genommen. Und Ayan war sehr brav, und ich brauchte keine Hebamme. Es ging mir sehr gut, ich hatte keine Schmerzen mit dem Kaiserschnitt, also blieb ich alleine mit meinen Kindern ohne Hebamme.“ (2017:5) Gemeinsam mit Unterschieden zum syrischen Geburtssystem und der gesellschaftlichen Handhabung der postnatalen Phase sind kulturelle Konzeptionen der (mehrfachen) Mutter Gründe für die geringe Inanspruchnahme postnataler Betreuung durch eine Hebamme. Auf Aspekte wie diesen soll nun weiter eingegangen werden. Beginnen möchte ich mit einem kurzen Einschub zur medizinethnologischen Theoriebildung.

6.2 „Geburtskultur“: Pluralismus in der Geburtshilfe?

In Anlehnung an Stülbs (2010) medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland beschäftige ich mich in diesem Kapitel mit dem Pluralismus in der Geburtshilfe und der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Geburtskultur“ im Vergleich zu Jordans „Geburtssystem“ (1995:27, 1993[1978]:xi).

Jordans Konzept beschreibt die kulturelle Prägung von Geburtspraktiken und deren Verortung in einem durch gesellschaftliche Regeln und Normen bedingten Raum (siehe Kapitel 3.1 und 3.2). Wenn man von lokalen, kulturell geprägten Geburtssystemen nach Jordan (1995:27, 1993[1978]:xi) ausgeht, stellt sich laut Stülb (2010:17) die Frage, ob Migrantinnen und Geflüchtete die „Geburtskultur“ des Herkunftslandes ins Aufnahmeland

„mitbringen“. Stülb kritisiert, diese Vorstellung führe zur Annahme, das medizinische Personal im Aufnahmeland müsse mit den Geburtssystemen der Patientinnen vertraut sein, um diese erfolgreich betreuen und begleiten zu können. Zudem lasse sich Jordans wissenschaftlicher Framework des „Geburtssystems“ nicht mit der Existenz eines medizinischen Pluralismus in der Geburtshilfe vereinen, weshalb Stülb in ihrer Studie von der Vorstellung einer „Geburtskultur“ ausgeht. Die Geburtskultur definiert Stülb (2010:43) als einen „in der Interaktion zwischen den Akteuren ausgehandelten Prozess“. Durch den Fokus auf Interaktionen wird jedoch der Einfluss diskursiver Normen und des „authoritative knowledge“ auf ein Geburtssystem vernachlässigt. Die Existenz eines Pluralismus in der Geburtshilfe widerspricht meines Erachtens nicht Jordans Konzept des Geburtssystems. Die (Un)Möglichkeit eines geburtshilflichen Pluralismus ist vielmehr Teil eines Geburtssystems. Während beispielsweise in den Niederlanden die Hausgeburt mit 30% aller Geburten ein fester Bestandteil des Geburtssystems darstellt, können in Österreich nur 1% der Entbindungen zuhause verortet werden (Schildberger 2011:157).

Bezugnehmend auf Stülbs Kritik am Konzept des Geburtssystems und auf Basis der Untersuchungsergebnisse glaube ich, dass das Wissen über das Geburtssystem im Herkunftsland der Patientin, insbesondere über gesellschaftliche Praktiken und Normen, äußerst hilfreich sein kann, nicht jedoch als Voraussetzung für eine erfolgreiche geburtshilfliche Begleitung gilt. Missverständnissen kann zweifelsohne durch lokalkulturelle Kompetenzen entgegengewirkt werden, doch eine erfolgreiche Betreuung der Patientinnen durch das geburtshilfliche Personal basiert im Kontext syrischer Geflüchteter in Vorarlberg vorwiegend auf kultursensiblen Verhalten und gegenseitigem Respekt (siehe Kapitel 6.2.1).

Da Geburtssysteme gesellschaftsspezifisch sind und unter anderem vom jeweiligen Medizinsystem abhängen, erübrigt sich die Frage, ob Geflüchtete und Migrantinnen diese ins Aufnahmeland „mitbringen“. Dennoch zeigen meine Untersuchungen, dass sich die Erwartungen und Vorstellungen der Frauen im Rahmen des Geburtssystems ihres Herkunftslandes verorten lassen. Daraus folgt nicht zwangsweise, dass die Frauen in diesem System verhaftet sind. Die syrischen Patientinnen wendeten unterschiedliche Strategien an, um ihre Vorstellungen und Erwartungen zu adaptieren und innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems zu positionieren. Hier erachte ich Stülbs Klassifizierungssystem der Handlungsstrategien als hilfreich. Das Kategoriensystem, das sich bei Stülb auf die Versorgung des Neugeborenen bezieht, kann meines Erachtens auf die gesamte Geburtshilfe ausgedehnt werden. Die Autorin identifiziert folgende Kategorien:

1. Anpassen: „Ratschläge und Empfehlungen von Ärztinnen/Ärzten und Hebammen werden trotz divergierender eigener Konzepte und Bedürfnisse befolgt“
2. Abgrenzen: „Den Ratschlägen und Empfehlungen von Ärztinnen/Ärzten und Hebammen werden eigene Konzepte und Bedürfnisse entgegengesetzt und Anweisungen werden abgelehnt“
3. Mitgestalten: „Ein bedürfnisorientiertes Handeln wird in Absprache mit Ärztinnen/Ärzten und Hebammen entwickelt“ (2010:158).

Zur Strategie der Anpassung möchte ich hinzufügen, dass im Falle meiner Interviewpartnerinnen Empfehlungen der ÄrztInnen und Hebammen trotz eigener, möglicherweise divergierender Konzepte nur angenommen wurden, wenn sie die Grenzen der eigenen Bedürfnisse nicht überschritten. Diese Strategie kann anhand Jehans Beispiel illustriert werden. Jehan gebar ihre ersten zwei Kinder in Syrien, bevor sie ihren dritten Sohn im Mai 2017 in Vorarlberg zur Welt brachte. Die ersten zwei Geburten fanden in einem Geburtssystem mit hohem Medikalierungsgrad statt, in dem häufig auf Wunsch der Patientin Kaiserschnitte durchgeführt werden und die Linderung des Geburtsschmerzes Priorität hat. Jehans Mann Fahed beschreibt den Unterschied zwischen den Geburtssystemen wie folgt: „Ich glaube, hier will man immer Natur machen. Zum Beispiel bei der Geburt, ohne Medikamente, nach der Geburt, ohne Medikamente. Und das ist verschieden. Zum Beispiel in Syrien, als Jehan im Krankenhaus war, bekam sie eine Spritze gegen die Schmerzen. Hier, nein, man muss es natürlich machen oder Geduld haben.“ (2017:14) Jehans Antwort auf die Frage, ob ihr die Möglichkeit einer PDA oder anderweitiger Schmerztherapie angeboten wurde, verdeutlicht ihre ans österreichische Geburtssystem angepasste Positionierung: „Nein, weil alles okay war. Ich brauchte es nicht.“ (2017:16) In Jehans Fall geschah die Anpassung mit Rücksicht auf ihre Bedürfnisse und Befindlichkeit.

Ein Beispiel der Abgrenzung konnte ich im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses für geflüchtete Frauen beobachten. Auf die Empfehlung der leitenden Hebamme, während der Schwangerschaft Turnübungen gegen Rücken- und Unterleibschmerzen zu machen, folgten ungläubige Blicke und Gelächter in Richtung der Dolmetscherin. Die Frauen gingen den vorgezeigten Übungen kaum nach und die Dolmetscherin kommentiert den Unwillen damit, dass man in Syrien sagen würde, Schwangere sollen vorsichtig sein und sich nicht zu viel bewegen. In dieser Situation kam es zu einer kulturell bedingten Abgrenzung von österreichischen Konzeptionen des Schwanger-Seins.

Die angeführten Beispiele illustrieren die Handlungsstrategien der Interviewpartnerinnen und Kursteilnehmerinnen innerhalb des österreichischen Geburtssystems. Idealerweise werden die Abläufe vor, während und nach der Entbindung von der Patientin in der Interaktion mit dem geburtshilflichen Personal mitgestaltet.

6.2.1 Die Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patientin

Interaktionen zwischen medizinischem Personal und einer Patientin sind immer beeinflusst vom kulturellen Kontext. Auch wenn sich syrische Frauen im österreichischen Gesundheitssystem gut zurechtfinden, stellt das neue Setting eine gewisse Unsicherheit dar. Sprachliche Barrieren, die besonders im medizinischen Bereich zu Missverständnissen führen können, komplizieren den Geburtsprozess. Durch fehlende oder erschwerte Kommunikation werden Stress und Angst verstärkt, wie an Rana K.s Beispiel gezeigt werden kann.

Es ist so, die erste Behinderung war die Sprache. Wir wissen, dass es leider im Spital nicht immer einen Dolmetscher gibt. Sie war natürlich allein, es war für sie irgendwie ein Schock bei den Ärzten, weil man ihnen so plötzlich gesagt hat, dass es mit dem Kind vielleicht ein Problem gibt. [...] Also sie haben direkt gesagt, dein Sohn hat ein Problem mit dem Blut und Ranas Mann hat gesagt, in Syrien im Vergleich nehmen sich die Ärzte Zeit und erklären es, hier ging es ganz schnell [...] Und sie sagt, sie hat jetzt sogar Angst ins Spital zu gehen, sie hat Angst, dass sie wieder so etwas hört. [...] Die nahmen sich nicht so viel Zeit und sagen auch alles ganz direkt und erklären nicht viel. Das war für sie ein bisschen ein Schock. (Interview mit Rana K. 2017:15/17, übersetzt von Mabrouka)

Die Schwierigkeiten der Verständigung wurde von den diensthabenden Hebammen bei meinem Besuch im LKH Bregenz angesprochen. Gerade in einer Schwellensituation wie der Geburt ist funktionierende Kommunikation ein Schlüsselement. Die Bereitstellung einer Dolmetscherin gestaltet sich bedingt durch die Unvorhersehbarkeit einer Geburt schwierig. Die Hebamme Lisa erzählte, dass viele Syrerinnen aus diesem Grund Freundinnen oder Bekannte mitbringen, die bei der Entbindung für die Frauen übersetzen. So auch Manar und Andeira, die für die Zeit der Geburt die Anwesenheit einer deutschsprechenden Bekannten organisierten.

Es gibt hier eine Familie mit einer Frau aus Ägypten. Und ihr Mann ist Österreicher und sie hat auch zwei Kinder. Und vor vier oder fünf Monaten hat sie auch ein Baby bekommen. Und ich habe sie besucht und die Frau hat gesagt, wenn du möchtest, kann ich mit dir ins Krankenhaus, zum Anschauen und Anmelden. Und ich habe gesagt, ja Gott sei Dank, ich möchte auch, dass sie zum Übersetzen mitgeht, sie spricht sehr gut Deutsch, sie hat in Deutschland studiert, sie ist Elektrikerin. Und sie kann mir alles auf Arabisch erklären. Ich kann jetzt viel verstehen, aber wenn ich zur Ärztin oder ins Krankenhaus gehe, kann ich nicht alle Wörter. Vielleicht verstehe ich ein Wort, aber zehn verstehe ich nicht. Und bei der Geburt

möchte ich alles verstehen. Und sie hat gesagt, sie geht mit bei der Geburt. Das ist sehr gut. Meine Nachbarin, auch eine sehr nette Frau, hat gesagt, sie geht mit mir, aber sie kann nicht Arabisch. Und ich möchte verstehen, was passiert. So ist es besser. (Interview mit Manar 2017:17f)

[Meine Freundin] Bouseina hat gesagt, sie kann mir im Krankenhaus helfen, übersetzen und alles, was du möchtest. Das war ein Geschenk von Allah. [...] Wir gingen ins Krankenhaus und sie kannte eine gute Krankenschwester in Bregenz, es ist eine Freundin von ihr. [...] sie ist sehr nett. Und Bouseina hat alles übersetzt und erklärte mir alles über den Kaiserschnitt. (Interview mit Andeira 2017:7)

Etwaige Sprachbarrieren, die sich in einer Stresssituation wie der Geburt oft noch verstärken – „sie hat gesagt, drücken, drücken, aber weil ich Schmerzen hatte, wusste ich nicht, was sie sagt. Und ich habe gesagt, was ist drücken? Ich habe alles vergessen.“ (Interview mit Jehan 2017:6) – waren für einige der Interviewpartnerinnen ein Problem. „Es war alles schön, aber ein bisschen Deutsch sprechen wäre besser. [...] im Krankenhaus haben wir manchmal beide etwas nicht verstanden.“ (Interview mit Bahia 2017:8) Um dieser Schwierigkeit entgegenzuwirken, verwenden die Hebammen im LKH Bregenz einen Sprachenkatalog, der vom Österreichischen Hebammengremium 2016 in Arabisch und Farsi aufgesetzt wurde (siehe Anhang). Dieser Katalog besteht aus zwei Teilen: Einer Übersetzungshilfe für die geburtshilfliche Befragung sowie vier Seiten geburtshilfliche Fachbegriffe. Der Katalog dient der Verständigung mit schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen und wird von den Hebammen im LKH Bregenz als nützliches Hilfsmittel beschrieben, obwohl bei der Geburt manchmal die Zeit für die Anwendung fehlt. Nichtsdestotrotz handelt es sich hierbei um ein hilfreiches Tool, das die Geburtserfahrungen geflüchteter Frauen sowie die Arbeit des gesundheitlichen Personals positiv beeinflussen kann.

Jegliche menschliche Interaktion ist vom kulturellen Kontext und dem Hintergrund der Beteiligten geprägt. So auch die Beziehung zwischen geburtshilflichem Personal und der Patientin. Kulturelle Besonderheiten finden Eingang in den Umgang miteinander. Wenn diese wahrgenommen werden, können sie gegenseitig berücksichtigt werden, aber die Unterschiede können eventuell zu Missverständnissen oder gar Auseinandersetzungen führen. Ein Beispiel wurde bereits an früherer Stelle angeführt und bezieht sich auf die Äußerung der Schmerzerfahrung (siehe Kapitel 4.1.4). Aus den Gesprächen mit meinen Interviewpartnerinnen geht hervor, dass in ihren Fällen weitgehend Rücksicht auf kulturelle Besonderheiten genommen wurde. Andeira erzählt beispielsweise von ihrer Sorge über die Anwesenheit eines männlichen Arztes oder Geburtshelfers bei ihrer Geburt: „Bouseina hat auch geholfen, weil wir Muslime sind, ist es für mich besser, wenn die Krankenschwestern

und Ärztinnen Frauen sind. Bouseina hat [die Hebamme] Susanne gefragt und Susanne hat gesagt, kein Problem, wir machen das. Und das war auch sehr gut.“ (Andeira 2017:7) Von Seiten der Hebammen und Ärztinnen im LKH Bregenz wurde mir übereinstimmend berichtet, dass auf Wünsche wie Andeiras wenn möglich Rücksicht genommen wird. Gleichmaßen stellte sich Andeira auf die Situation in einem österreichischen Krankenhaus ein: „Hier wissen die Krankenschwestern, dass ich Muslima bin und immer ein Kopftuch an habe. Da waren zwei Frauen im Zimmer und ihre Männer kamen immer auf Besuch und ich musste mein Kopftuch anhaben, aber das war kein Problem.“ (Andeira 2017:18) Auch Medya, die in einem anderen Krankenhaus gebar, schätze die kultursensible Interaktion mit dem medizinischen Personal. „No man came to me, just one man to give me an IV [Infusion], but I wore the *Kopftuch*, and all the doctors were women. They looked at me like another person from Austria. They didn't say, this is a Muslim, or this is a refugee. They were very good, very nice.“ (Interview mit Medya 2017:2). Medya ist sich der gesellschaftlichen Fremdzuschreibungen als „Muslima“ oder „Flüchtling“ durchaus bewusst. Ihre Aussage illustriert den schmalen Grat zwischen kultursensiblem Umgang und „othering“ in der Geburtshilfe.

Kulturelle Kompetenzen in der Geburtshilfe erhöhen die Versorgungsqualität der Patientinnen, ungeachtet derer kultureller und ethnischer Herkunft (Schildberger 2011:114). Auch der Einfluss etwaiger sprachlicher Schwierigkeiten kann dadurch vermindert werden.

Es gab viele nette Krankenschwestern und sie haben ganz langsam mit mir gesprochen und wenn ich etwas nicht verstanden habe, dann hat sie es mir erklärt oder auf Englisch gesprochen, es waren sehr nette Frauen. [...] Im Spital waren alle sehr nett und haben mir geholfen. Wenn ich etwas gebraucht habe, haben sie es mir sofort gebracht, alle waren sehr nett, die Frauenärztin und die Krankenschwestern. (Interview mit Zainab 2017:5/8)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Interviewpartnerinnen positive Erfahrungen mit der zwischenmenschlichen Betreuung in den Krankenhäusern gemacht haben. Die Freundlichkeit und verständnisvolle Art des Personals wurden von den Frauen sehr geschätzt, was die Abwesenheit des familiären Netzwerkes in der postnatalen Phase in gewissem Maße erleichterte.

In Bregenz, das war sehr sehr gut. Und auch die Krankenschwester war sehr sehr nett. Sie haben immer geholfen und gesagt, wenn ich etwas brauche, soll ich es sagen. Es war alles gut. (Interview mit Ola 2017:3)

Im Krankenhaus, hat Nur gesagt, war die Krankenschwester wie eine Mama. Sie fragen, was man braucht, was man will, lachen. Das ist sehr gut. (Interview mit Nur 2017:5)

Nach der OP konnte sie halt nicht aufstehen, da war sie am Liegen und da haben sie ihr mit allem geholfen. Und normalerweise sollte man ja klingeln, aber sie hat das nicht einmal gemacht, sie sind eh immer wieder gekommen und haben geschaut, ob alles okay ist, und das war wirklich traumhaft, sagt sie. (Interview mit Rana K. 2017:16, übersetzt von Mabrouka)

6.2.2 Geflüchtete Frauen als Risikopatientinnen

Es gibt unterschiedliche Gründe, wieso syrische Schwangere nicht selten als Risikopatientinnen gelten. Eine Ursache dafür wäre ein Kaiserschnitt bei einer oder mehrerer vergangener Entbindungen (Fachgespräch mit der Hebamme Lisa, 10. Jänner 2018). Bei Gebärenden mit Kaiserschnittnarbe wird bei einer darauffolgenden Geburt meist ein weiterer angeordnet. Obwohl spontane Entbindungen medizinisch möglich wären, gilt ein operativer Eingriff in diesen Fällen als risikomindernd. Zainab brachte ihr erstes Kind per Kaiserschnitt auf die Welt. Ihr wurde vor der zweiten Geburt in Vorarlberg die Wahl angeboten: „Die Ärztin hat mir gesagt, wir können es normal probieren, aber ich habe gesagt nein, ich habe Angst. Also kam Ayan auch mit einem Kaiserschnitt.“ (2017:4) Bei drei weiteren der Interviewpartnerinnen wurde von vornherein ein operativer Eingriff angesetzt. „Bei Maria hat die Frauenärztin gesagt, ich muss einen Kaiserschnitt machen, weil nach zwei kann man keine normale Geburt machen.“ (Interview mit Ola 2017:2)

Ein weiterer Grund ist die Fluchterfahrung der Frauen. Die Bedeutung von Trauma bei der Geburt ist ein breites Thema, das im Rahmen dieser Studie nicht annähernd in seiner Gänze erfasst werden kann. Dennoch möchte ich an dieser Stelle einige kurze Überlegungen zu dieser Thematik anführen.

„Bei geflüchteten Frauen ist anzunehmen, dass sie enorme Belastungen und Traumatisierungen erlebt haben, die sich störend auf das Wohl und die Gesundheit von Mutter und Kind sowie deren Bindung zueinander auswirken können.“ (RMSA 2016) Der Verein „Refugee-Midwifery-Service-Austria“ (RMSA) wurde aufgrund ebendieser Annahme zur Unterstützung geflüchteter Frauen in der Mutterschaft von freiberuflichen Hebammen gegründet. Auch wenn nicht zwangsweise jede geflüchtete Frau durch ein Trauma belastet ist, wird die Fluchtgeschichte in die Schwangerschaft mitgebracht. Vorhandene Traumata können während der Geburt wieder akut werden (Interview mit Susanne 2017:2). Die im Libanon tätige Hebamme Andrea erzählte von unterschiedlichen Traumata, mit denen sie in der Geburtsklinik konfrontiert waren. Manche Frauen hätten während der Geburt auffälliges Verhalten gezeigt, extrem viel geweint oder hysterisch geschrien. In solchen Fällen wurde eine psychologische Betreuung hinzugezogen. Außerdem leiden Frauen mit Fluchterfahrung

vermehrt an körperlichen Beschwerden und zeigen stressbedingte, physische Symptome (Interview mit Susanne 2017:2). Körperliche Beschwerden stammen beispielsweise vom beschwerlichen Weg nach Österreich, etwaige körperliche Verletzungen durch den Krieg können die Schwangerschaft oder Geburt zudem erschweren.

Aufgrund der Tatsache, dass viele Frauen in Syrien während des Kriegs unter horrenden Bedingungen gebären, besteht zudem die Möglichkeit eines Geburtstraumas. Medya, die ihre Tochter in einem überfüllten Krankenhaus im irakischen Erbil auf die Welt brachte, erzählt von ihren traumatischen Erfahrungen:

It was bad. I was in labour for 15 hours, pain pain pain. It was just bad, I didn't want to remember it. No place to stay, no bed, no doctors came. And one woman screamed and she said, please, the baby is coming, and no one was with her. And I just heard, she said the baby is coming, it is going to fall. [...] [When I gave birth] two women stood over me and pushed my stomach. And they said, why do you cry, why do you scream? And they used bad words. And when the baby came they took it like this. And the pain was bad, and they did 30 stitched, on the inside and outside. It was very bad. And I said, please I am in pain, and the nurse, doctor or specialist, I don't know, she said to me, if you cry or scream I won't do it, I will leave and I won't come back. (Interview mit Medya 2017:2/20)

Traumata zu erkennen und entsprechend damit umzugehen, stellt eine Herausforderung an die Geburtshilfe in den Aufnahmeländern dar. Körperlich sowie psychisch traumatische Erfahrungen müssen in der Schwangerschaft berücksichtigt werden, da sie die Geburtserfahrung der betroffenen Frau stark beeinflussen können.

6.3 Die Geburtserfahrung syrischer Geflüchteter in Vorarlberg

Ein Verständnis der Geburtserfahrungen von geflüchteten Frauen im Aufnahmeland ist die Grundlage für das Erstellen adäquater Strategien des Gesundheitssystems als Reaktion auf die zunehmende Zahl der Gebärenden mit Fluchthintergrund (Small et al. 2014:1). Während 2015 österreichweit 418 Kinder syrischer Mütter geboren wurden, stieg die Zahl nach Auskunft der Statistik Austria 2016 auf 1.464 (E-Mail an die Autorin, 1. Dezember 2017). In Vorarlberger Krankenhäusern wurden im selben Jahr 78 Kinder syrischer Mütter geboren. Dabei wurden Geburten wie jene Manars beispielsweise nicht in dieser Kategorie statistisch registriert, da sie aufgrund palästinensischer Wurzeln keine syrische Staatsbürgerschaft besitzt. In diesem Kapitel möchte ich auf die Geburtserfahrungen geflüchteter Frauen sowie auf einflussnehmende Aspekte eingehen.

In den Berichten über ihre Geburtserfahrung sprachen die Interviewpartnerinnen einige Aspekte an, welche die Situation aus ihrer Sicht positiv beziehungsweise negativ beeinflusst hatten. Higginbottom et al. (2016) befassen sich in ihrer Studie mit Faktoren, die die Erfahrung von Immigrantinnen in der Geburtshilfe in Kanada prägen: Sprachliche Schwierigkeiten, Informationsmangel, fehlende soziale Unterstützung, kulturelle Überzeugungen und Behandlungskosten. Die Problematik sprachlicher Schwierigkeiten sowie die des Informationsmangels, beispielsweise in Bezug auf postnatale Betreuung durch eine Hebamme, wurde bereits ausgeführt. Das Hindernis hoher Behandlungskosten hat in Vorarlberg hauptsächlich im Kontext der pränatalen Trisomie 21-Untersuchungen Relevanz. Kulturelle Überzeugungen wurden laut den Interviewpartnerinnen vom gesundheitlichen Personal in den meisten Fällen berücksichtigt. Individuell, aber auch kulturell bedingt ist beispielsweise die Wahrnehmung der Intimsphäre. Jehan erlebte die Öffnung des Muttermundes mit den Fingern als einen intrusiven Eingriff. Dieser Vorgang stellt laut Jehan einen Unterschied zum syrischen Geburtssystem dar:

[Die Geburt von] Ivan hier war sehr schwierig. [...] es hat lange gedauert, eineinhalb Tage. Am Samstagnachmittag haben die Wehen begonnen und am Sonntag um halb 12 wurde er geboren. Und es war nicht nur das schwierig. Bei uns macht der Arzt mit der Schere den Muttermund auf. Aber hier, sie hat es mit dem Finger gemacht, es war sehr schwierig. Bei uns geht das nicht. Und ich habe ihre Hand dort gesehen, und ich habe gesagt, bitte, das ist schwierig, und sie hat gesagt, nein, das kann man machen. (Interview mit Jehan 2017:6)

Medya erwähnt dieses Thema ebenfalls: „And here, I was afraid too, but when I went to the hospital, they are beautiful people, very helpful. [...] And when I went to the home of birth [Kreißaal] there was a woman, a midwife, she said to me, hello, I am your midwife. And they never put their hand inside me, they let the baby come alone.” (Interview mit Medya 2017:2f) In ihrem Fall wurde jedoch im Vergleich zu ihrer ersten Geburt im Irak kein händischer Eingriff vorgenommen, was darauf hindeutet, dass diese Praktik vom jeweiligen medizinischen Personal, nicht aber vom Geburtssystem abhängt.

Ein Großteil der Studien, die sich mit den Erfahrungen schwangerer Migrantinnen oder Geflüchteter befassen, fokussiert auf Hindernisse, mit denen die Frauen in der Geburtshilfe konfrontiert sind. Alternativ berichteten meine Interviewpartnerinnen von Verbesserungen, die das österreichische Geburtssystem mit sich brachte:

Marwa hat ein Problem mit dem Blut, weil in Syrien ein Arzt beim Blutabnehmen etwas falsch gemacht hat. Und sie braucht nach der Geburt immer eine Spritze, das heißt Anti-D. Für das Blut. Der Arzt in Syrien hat das falsch gemacht, und jetzt, wenn sie schwanger ist, macht das Blut Probleme. Sie hat die Spritze nicht bekommen und die Kinder sind gestorben. Drei

Kinder sind gestorben [...] Hier ist es ein anderes System. Wir haben hier neue Technologie, in Syrien gibt es das auch, aber es ist viel teurer, und es gibt es nicht überall. Zum Beispiel in Damaskus schon, aber nicht so wie hier. Bei uns gibt es das sicher auch, aber nicht für Marwas Probleme. Sie blieb im Libanon für vier Monate und sie ist dort zum Arzt gegangen und sie hat einen Ultraschall gemacht und im Libanon ist die Technologie gleich wie bei uns. Und er hat gesagt, bei uns gibt es das für die Bluttransfusion des Kindes im Bauch nicht. Man muss warten und beten. Gestorben, nicht gestorben, gestorben, nicht gestorben. Es ist in der Hand Gottes. Und hier hat Dr. Scheier, der Arzt, gesagt, man kann es machen. (Interview mit Marwa 2017:1/4)

Marwa leidet seit der ersten Geburt an einer Blutgruppenunverträglichkeit. Dieser kann im Falle eines negativen Rhesusfaktors bei der Frau durch die Verabreichung einer Spritze bei der ersten Entbindung einfach entgegengewirkt werden. Eine Verabsäumung in Syrien hatte schreckliche Folgen für die darauffolgenden Geburten von Marwa, die drei Kinder in der postnatalen Phase verlor.

Immer wenn wir zum Arzt gegangen sind, hat er gesagt, es ist alles tip top, es gibt keine Probleme, wir müssen warten. Und nach der Geburt, ein oder zwei Tage, und ein Kind blieb eine Woche, und dann ist es gestorben nach der Geburt. Drei nach der Geburt. Eines davon 20 Tage nach der Geburt, am Morgen, es gab ein Problem, vor sieben oder acht Jahren glaube ich, und es war sehr sonnig und sehr heiß. Und der Strom wurde drei oder fünf Stunden abgeschaltet. [...] Und man hätte etwas machen müssen, ich weiß nicht genau was, und dann ist es gestorben. (Interview mit Marwa 2017:2)

In Syrien waren die Überlebenschancen von Marwas Kinder abhängig von dessen Rhesusfaktor. Aufgrund der Antikörper in Marwas Blut kommt es im Falle eines positiven Rhesusfaktors des Kindes zu einer Abstoßung und folglich möglicherweise zu einer Anämie beim Neugeborenen (Fachgespräch mit der Hebamme Daniela, 19. Oktober 2017). Lebensbedrohliche Komplikationen aufgrund von Marwas Blutgruppenunverträglichkeit können zu diesem fortgeschrittenen Zeitpunkt nur durch eine Bluttransfusion beim Fötus im Mutterleib abgewendet werden. Mit ihrer Ankunft in Österreich bekam sie im Krankenhaus Innsbruck die medizinische Versorgung, die sie während der Schwangerschaft und bei der Geburt braucht. So konnte sie in Innsbruck zwei gesunde Mädchen zur Welt bringen.

Als eine weitere medizinische Verbesserung wurde die Qualität des Kaiserschnitts von einigen Interviewpartnerinnen beschrieben:

Mit dem Kaiserschnitt, das war hier besser. Vielleicht auch die Ärzte und Krankenschwestern, ich glaube, die sind hier besser. In Syrien hatte ich ungefähr zwei Wochen nach dem Kaiserschnitt noch Schmerzen und auch viele Rückenschmerzen nach der Geburt. Aber hier hatte ich vielleicht ein zwei Tage Schmerzen und dann nicht mehr viel. Auch mein Rücken war gut, nicht so viele Schmerzen. Vielleicht gibt es einen Unterschied zwischen den Medikamenten oder den Ärzten. Mit der Schwangerschaft ist es in Syrien besser, aber mit

Kaiserschnitt und Spital und auch für die Babys ist es hier in Österreich besser. (Interview mit Zainab 2017:6)

Sie sagt zum Beispiel, dass in Syrien die Kaiserschnittnarbe bis zu einem Monat lang weh tut und da muss man wirklich sehr aufpassen. Jetzt hatte sie einen dort und einen hier. [...] Hier ist es besser, hat sie gesagt, dass man gleich beweglich ist und alles gleich alleine machen kann. (Interview mit Rana K. 2017:8, übersetzt von Mabrouka)

Diese Verbesserung hatte Einfluss auf die postnatale Befindlichkeit der Frauen, was besonders im Hinblick auf das oft fehlende familiäre Netzwerk wichtig ist. Als weiterer positiver Aspekt wurde die Anwesenheit des Partners bei der Geburt genannt. In öffentlichen Krankenhäusern in Syrien ist das nicht möglich. Manar erzählte von der Bestärkung durch ihren Ehemann während der Geburt – „Du bist eine starke Frau“ (Feldtagebuch 2017:59) – was ihre Geburtserfahrung positiv beeinflusste. Diese Möglichkeit wird auch von den Männern als wertvolle Erfahrung beschrieben: „Hier war ich zum Beispiel dabei und habe geschaut, ich war bei meiner Frau im Zimmer bei der Geburt. Und die Ärzte und Krankenschwester lachen auch. Wenn ich die Herzschläge anschau, dann weiß ich, alles ist gut. [...] In Syrien kann niemand dabei sein. Hier kann ich zum Beispiel ihre Hand halten, das ist gut.“ (Interview mit Nur 2017:4/12)

In Bezug auf die Geburtserfahrung, insbesondere die medizinische Versorgung, brachte die Ankunft in Vorarlberg einige Verbesserungen für die betroffenen Frauen. Trotzdem litten die Interviewpartnerinnen am fehlenden sozialen und familiären Netzwerk, was von vielen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als größter Verlust beklagt wurde.

6.4 It takes a village to raise a child: (Fehlende) soziale Netzwerke syrischer Mütter in Vorarlberg

Die Abwesenheit der Familie und besonders der Mutter belastete viele der interviewten Frauen in der postnatalen Phase. Diese Beobachtung stimmt mit den Ergebnissen von Russo et al. (2015) überein, die das emotionale Wohlbefinden neuer Mütter aus Afghanistan in Melbourne, Australien, untersuchten. „Participants consistently talked about the challenges associated with separation from their families, primarily their mothers and sisters, throughout the birth and post birth period.“ (Russo et al. 2015:6)

Der Großteil meiner Interviewpartnerinnen sprach die Schwierigkeiten eines kleinen oder gar nicht existenten sozialen Netzwerkes vor, während und / oder nach der Entbindung an.

Während der Schwangerschaft war für Andeira die Unterstützung ihrer Schwestern wichtig, um sich im neuen Gesundheitssystem zurechtzufinden. „Ich bin hier in einem neuen Land, neue Menschen, ich kenne das System hier nicht. Wer kann mir helfen? Aber es war gut, dass meine zwei Schwestern hier sind.“ (Andeira 2017:4) An dieser Stelle setzte Susannes Hebammensprechstunde an, deren weitere Abhaltung ihr bedauerlicherweise von der Leitung des LKH Bregenz untersagt wurde.

Bei der Geburt an sich waren meist die Partner der Gebärenden anwesend. Oft organisierten die Frauen weiblichen Beistand, der sie im besten Fall bei der Kommunikation unterstützte. Bei allen außer Bahia, einer Erstgebärenden, stellte sich die Frage der Kinderbetreuung für die Zeit der Entbindung. „Es ist schwierig, ich musste überlegen, was ich mit Kinan und Muhammed mache, wenn ich im Spital bin, und meine Schwester hat drei Kinder und das ist schwierig.“ (Interview mit Ola 2017:7) Diese Problematik wurde auch von den Hebammen des LKH Bregenz angesprochen, die von vollen Warteräumen im Kreißsaal erzählten. Oft muss der Mann die Kinderbetreuung übernehmen, wodurch die Frau, wenn gewünscht, anderweitig Unterstützung suchen muss.

My husband then came back to take care of Judy and I stayed alone, the wife of his brother came to me. But she wasn't allowed to stay in my room, she had to stay in the waiting room, and she was very tired but they didn't let her sleep. She was sitting in the chair. And there was a woman, Kurdish, but from Turkey, she lives here, she knows my husband's sister, they are friends. They know each other and she is a PKK [*Partiya Karkerên Kurdistanê*; Arbeiterpartei Kurdistan], from this part. And she came to me just to translate, but she didn't know very good German, I understood more than her. And I said, please speak English and I will understand. (Medya 2017:13)

Zweifelsohne ist es nur bedingt kulturabhängig, während der Schwangerschaft und nach der Geburt vermehrt auf das soziale Netzwerk zurückzugreifen. Dennoch ist diese fluchtbedingte Umstellung im syrischen Kontext, in dem Wöchnerinnen oft mehrere Wochen bei der Mutter oder Schwiegermutter wohnen und in dieser Zeit von zahlreichen weiblichen Verwandten umsorgt werden, für die neue Mutter besonders schwer.

In Syrien war es sehr entspannt, weil meine Mama, meine Schwiegermutter da waren, um mir zu helfen, aber hier in Österreich war ich alleine und das ist sehr schwierig. Ich habe keine Eltern hier. [...] ich hatte Angst, weil meine Mama nicht da war. Und ich habe keine Familie hier. Aber mein Mann hat mir geholfen und gesagt, es geht schon. [...] Ich glaube, in Syrien war es für mich besser, weil meine Familie da war. (Interview mit Zainab 2017:1/4/6)

In Syrien blieb meine Mutter eine Woche und meine Schwiegermutter eine Woche und danach musste ich alles alleine machen. Da war auch der Anfang des Krieges, das ist nicht das normale Leben. Und hier mit Maria mache ich auch alles selber. Ich habe nur eine Schwester

hier, und sie hat auch drei Kinder, und sie muss auch auf ihre Kinder schauen, das ist dann schwierig. Ich muss kochen und auf meine Kinder schauen, mein Mann ist den ganzen Tag in der Arbeit. Aber es geht auch. Gott sei Dank haben wir keine Krankheit bekommen und ich und Maria sind gesund. (Interview mit Ola 2017:5)

In Andeiras Fall meldete sich nach der Geburt ihrer Tochter regelmäßig eine Mitarbeiterin der Organisation Netzwerk Familie bei ihr. Andeira erzählte, es würde ihrer Psyche gut tun, jemanden zu haben, der sich in dieser Phase und darüber hinaus nach ihrem Wohlbefinden erkundigt und fragt, ob alles in Ordnung sei. Gerade weil geflüchtete Frauen ein kleines familiäres Netzwerk im Aufnahmeland haben und meist wenig gesellschaftliche Unterstützung erfahren, wäre eine postnatale Betreuung durch eine Hebamme wichtig. Um diese bei Bedarf und Wunsch zu gewährleisten, ist eine Aufklärung über solche Betreuungsmöglichkeiten notwendig. Manar, die sehr positiv von der prä- und postnatalen Betreuung durch eine Hebamme in Vorarlberg erzählt, hätte dieser in Syrien nicht zugestimmt: „Meine Mutter kam immer helfen, und ich wollte keine Hebamme.“ (2017:9) Dieses Beispiel deutet auf eine Anpassung durch eine Veränderung gesellschaftlicher Umstände hin. Flucht verringert meist kurz- oder auch längerfristig das soziale Netzwerk der betroffenen Person, wodurch sich im geburtshilflichen Kontext der Bedarf an institutionalisierter Unterstützung vergrößert.

Diese These wird auch von folgendem Beispiel unterstützt. Eine Studie von Henderson et al. (2013) zur Wahrnehmung der Geburtshilfe von Frauen, die in Großbritannien einer ethnischen Minderheit angehören, kommt zu dem Ergebnis, dass bei den Forschungsteilnehmerinnen im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung längere Krankenhausaufenthalte verzeichnet wurden. Obwohl meine Daten nicht auf einen überdurchschnittlich langen Krankenhausaufenthalt geflüchteter Frauen in Vorarlberg hinweisen, wurde von einigen der Interviewpartnerinnen der Wunsch eines längeren Aufenthaltes geäußert. „Ich war vier Tage im Krankenhaus, weil mein Mann arbeitet und ich habe die Kinder, ich konnte nicht länger bleiben.“ (Interview mit Ola 2017:3) Manar verließ ein paar Tage nach einer problemlosen Geburt das Krankenhaus, wäre aber gerne länger geblieben. „Wenn ich könnte, würde ich das erste Jahr im Krankenhaus wohnen.“ (Feldtagebuch 2017:62) Der Wunsch eines längeren Aufenthalts auf der Wochenbettstation in Vorarlberg steht im Kontrast zu Samars Beschreibungen der Krankenhausaufenthalte nach der Geburt in Syrien. „Die Patientinnen möchten in Syrien auch nicht im Spital bleiben. Bei einem Kaiserschnitt bleiben sie einen Tag. Ich mache den Kaiserschnitt in der Früh und am Abend ist sie zuhause. Und bei einer normalen Geburt nach vier oder fünf Stunden.“ (2017:9)

Diese zu beobachtende Veränderung ist die Folge eines verminderten oder gar fehlenden gesellschaftlichen Unterstützungssystems. Die postnatale Phase, in der die Schonung der neuen Mutter lokalkulturelle Tradition hat, ist im Aufnahmeland zuhause nicht gewährleistet. So entsteht der Wunsch nach institutionalisierter geburtshilflicher Betreuung.

6.5 „Sie ist nur ein Flüchtlingskind“: Die Frage der Staatenlosigkeit

Im Laufe meiner Forschung lernte ich, dass Kinder syrischer Mütter mindestens die ersten sechs Lebensjahre de-facto staatenlos sind. Ihre primäre Identifikation ist der Flüchtlingsstatus. Die dreifache Mutter Ola wies mich erstmals mit folgender Aussage auf diese Problematik hin: „Sie hat diesen Asylpass. Mit dem kann man hier in Europa reisen. Aber es ist ein Asylpass, kein Reisepass. Meine Freundin hat zum Beispiel ein Kind in Amerika bekommen und das hat gleich einen Pass bekommen. Aber hier nicht. Sie ist nur ein Flüchtlingskind.“ (2017:8)

Das österreichische Staatsbürgerschaftsgesetz folgt dem Prinzip des *ius sanguinis*, was bedeutet, dass Kinder nicht-österreichischer StaatsbürgerInnen bei ihrer Geburt in Österreich nicht automatisch die Staatsbürgerschaft erhalten. §11a. (4) des österreichischen Staatsbürgerschaftsgesetzes von 1985 besagt, dass Kinder ausländischer Eltern, die in Österreich geboren werden, nach sechs Jahren Daueraufenthalt in Österreich um die Staatsbürgerschaft ansuchen können:

Einem Fremden ist nach einem rechtmäßigen und ununterbrochenen Aufenthalt von mindestens sechs Jahren im Bundesgebiet und unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Z 2 bis 8, Abs. 2 und 3 die Staatsbürgerschaft zu verleihen, wenn 1. ihm der Status als Asylberechtigter zukommt, sofern das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl auf Anfrage mitteilt, dass weder ein Verfahren nach § 7 AsylG 2005 eingeleitet wurde, noch die Voraussetzungen für die Einleitung eines solchen Verfahrens vorliegen; [...] [oder] 3. er im Bundesgebiet geboren wurde.

Zwischen 2002 und 2012 wurden in Österreich 171 staatenlose Kinder, 20 Kinder unbekannter Nationalität und 1.257 Kinder ungeklärter Nationalität geboren (UNHCR 2017c:30). Nach Auskunft der Statistik Austria kamen 2013 und 2014 insgesamt 26 Kinder ohne Staatsbürgerschaft in Österreich auf die Welt (E-Mail an die Autorin, 6. Dezember 2017), wobei de-facto Staatenlose hier nicht inkludiert sind. Die Zahlen mögen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung minimal erscheinen. Doch Staatenlosigkeit hat gravierende Folgen für die Betroffenen. Mit der Absicht, die gesellschaftliche Benachteiligung der Kinder von MigrantInnen zu adressieren, brachte die politische Partei „Die Grünen“ in Vorarlberg 2013

einen Antrag für eine Gesetzesänderung ein, die in Österreich geborenen Kindern den Erhalt der Staatsbürgerschaft zusprechen soll, wenn „zumindest ein Elternteil seit mindestens drei Jahren einen ordentlichen Wohnsitz in Österreich hat.“ (Antrag 11/2013) Der Antrag wurde wie folgt begründet: „Täglich kommen in Österreich tausende Kinder als ‚AusländerInnen‘ zur Welt und werden somit von Geburt an ausgegrenzt. Später werden sie dann aufgefordert, ‚sich zu integrieren‘. Österreich muss anerkennen, dass Kinder, die in diesem Land zur Welt kommen, von Anbeginn an zu diesem Land gehören und Teil dieser Gesellschaft sind.“ (Antrag 11/2013:1)

Der Antrag wurde im Vorarlberger Landtag mehrheitlich abgelehnt. Für Kinder syrischer Geflüchteter führt die beschriebene Rechtslage zu mindestens sechs Jahren ohne offizielle Staatszugehörigkeit, da die Staatsbürgerschaft der Arabischen Republik Syrien derzeit aus offensichtlichen Gründen schwer erlangt werden kann. „Failure or inability to undertake administrative procedures can also lead to statelessness. For example, children born abroad may need to be registered with the representation of their parents’ country in order to claim that nationality.“ (UNHCR 2017c:21) Die syrische Staatsbürgerschaft könnte zwar laut dem syrischen Rechtsbescheid 276² Artikel 3 (A) für „[a]nyone born inside or *outside* the country to a Syrian Arab father“ (Legislative Decree 276 1969, Hervorhebung der Autorin) beantragt werden, dafür müsste jedoch ein Familienmitglied väterlicherseits die zuständige Behörde in Syrien mit einer beglaubigten Übersetzung der österreichischen Geburtsurkunde aufsuchen.

Es können also gemäß dem österreichischen Staatsbürgerschaftsgesetz §11a. (4) in Österreich geborene Kinder geflüchteter Eltern ebenso wie im Ausland geborene Asylberechtigte erst nach sechsjährigem, ununterbrochenem Aufenthalt in Österreich um die Staatsbürgerschaft ansuchen. Der Umstand der De-facto-Staatenlosigkeit ist dabei nicht relevant und wird nicht gesondert berücksichtigt. Grundsätzlich wird zwar versucht, die Zahl der Staatenlosen in Österreich zu minimieren, wenn aber *theoretisch* die Möglichkeit besteht, die Staatsbürgerschaft der Eltern zu erlangen, wird von einer Verleihung der österreichischen Staatsbürgerschaft abgesehen. Mit Bezug auf §11a. (4) ist in diesen Fällen der positive Asylbescheid ausschlaggebend, nicht aber die fehlende Staatsangehörigkeit. Eine Asylberechtigung wird innerhalb weniger Tage oder Wochen nach der Geburt von den Eltern auf das Neugeborene übertragen.

Maria hat zum Beispiel keine Papiere, nicht wie ein Kind das normal hier geboren wird. Sie hat nur einen Asylpass. Das ist auch ein Problem, sie hat keine Papiere in Österreich, und keine Papiere in Syrien. Nur einen Asylpass. Ich habe einen Reisepass, aber Maria nur einen

Asylpass, aber sonst keine Papiere. Das ist komisch. Sie ist klein und hat wie ich einen Asylpass. (Interview mit Ola 2017:1)

Ola ist sichtlich darüber besorgt, dass ihre Tochter keine offizielle Staatsbürgerschaft besitzt. Personen wie Maria erfahren Diskriminierungen auf unterschiedlichen Ebenen. Zudem hat Staatenlosigkeit einen bedeutenden Einfluss auf das persönliche Identitätsbewusstsein: „Meine Großeltern sind in Palästina geboren. Als Israel kam, sind sie alle weg nach Syrien, Libanon, Irak, in verschiedene Länder. Und meine Eltern wurden in Syrien geboren, ich auch. Aber wir haben einen Pass als palästinensische Asylanter in Syrien. Und jetzt hier auch Asyl. Das ganze Leben Asyl. Das ist schwierig.“ (Interview mit Andeira 2017:1)

Nicht nur in Österreich besteht das Problem der Staatenlosigkeit in der Bevölkerung mit Fluchthintergrund. Krieg und Flucht nehmen Einfluss auf Mutterschaft im Sinne des erhöhten Potenzials der Staatenlosigkeit des Kindes. „Citizenship law in most European Union countries relies on bloodlines rather than place of birth, potentially creating a generation of stateless babies whose access to healthcare and education could be checked for years to come.“ (McHugh 2016) Kinder werden während undokumentierter Aufenthalte in Nachbarländern, in Flüchtlingslagern oder auf der Fluchtroute geboren. In all diesen Fällen besitzt das Kind nicht einmal eine Geburtsurkunde, geschweige denn eine Staatsbürgerschaft. Die Unterbrechung administrativer Mechanismen in Syrien selbst mag im Vergleich zur Zerstörung der medizinischen Infrastruktur unbedeutend wirken. Sie hat jedoch langfristige Auswirkungen auf die während des Krieges geborene Bevölkerung.

The potential for stateless children is on the rise due to nationality laws that only permit transmission of nationality through fathers, and due to an inability to properly document birth during the conflict. [...] some women are unable to prove the identity of their children's father, due to his disappearance or death. If a father is away from home fighting in the conflict, dead, missing or otherwise no longer with a child's mother, a mother may be unable to register the birth of the child with the name of the biological father. This can render a child stateless. (Ekman 2017:82)

Die lokalen und globalen Auswirkungen dieser Entwicklungen können derzeit wohl kaum erfasst werden. Im österreichischen Kontext wäre die effektivste Methode zur Vermeidung der Staatenlosigkeit die Sicherstellung des Zugangs zu einer Staatsbürgerschaft zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes (UNHCR 2017c:81). Dennoch bleiben, rechtlich wie auch diskursiv, in Österreich geborene Kinder syrischer Eltern primär „Flüchtlingskinder“.

7. Reproduktionsstrategien in Krisensituationen

In diesem abschließenden Kapitel möchte ich die Forschungsergebnisse im Hinblick auf Reproduktionsstrategien in Krisensituationen zusammenfassen. Laut Binder und Tošić (2003:466) ist in Krisensituationen häufig „der Trend zu beobachten, dass Familienmitglieder an traditionellen und altbekannten Strukturen festhalten.“ Gleichzeitig verändern sich aufgrund eines neuen gesellschaftlichen Umfelds Geschlechterrollen und Familienstrukturen auf unterschiedliche Weise. Diese Veränderungen sowie die Strategien und Positionierungen der interviewten Frauen im Handlungsfeld von und Diskurs über Reproduktion und Flucht werden in den Kapiteln 7.1 bis 7.5 identifiziert.

7.1 Die arabische Frau als Mutter: Selbst- und Fremdzuschreibungen in Vorarlberg

Aus den bisherigen Überlegungen geht hervor, dass das „Mutter-Sein“ ebenso wie das Geburtssystem kulturell geprägt ist. Die Identitätskonstruktion einer Mutter ist vom soziokulturellen Kontext abhängig und entsteht in einem Wechselspiel von Selbst- und Fremdzuschreibungen. Wie bereits in den Kapiteln 3.3.1 und 3.3.2 angeschnitten, wird der geflüchteten arabischen Frau in europäischen gesellschaftlichen Diskursen häufig eine Identität als Mutter zugeschrieben. So auch im Kontext der Flucht, in dem die Frau lange in erster Linie über die Mutterrolle definiert wurde. Die Forderung nach Frauenrechten war vor allem an das Wohl der Familie geknüpft (Binder und Tošić 2003:462f). Zweifelsohne kommt es durch die Flucht zu Veränderungen der Geschlechterverhältnisse und der geschlechtsspezifischen Rollen. „Geschlechterverhältnisse und geschlechtsspezifische Rollen sind von Flucht und Exil in großem Ausmaß betroffen, sie werden vielfach neu organisiert und neu ausgehandelt.“ (Binder und Tošić 2003:465) Nun könnte man annehmen, dass sich die Situation in Österreich im Sinne weiblicher Geflüchteter verbessern würde. Medya, die sich aufgrund der geografischen Distanz zwischen ihr und ihrer Schwiegermutter ermächtigt fühlt, nach der Geburt des zweiten Kindes mit Spirale zu verhüten, spricht eine positive Erweiterung ihres Handlungsraumes an. Demgegenüber fühlen sich Jehan und Rana D., die in Syrien zur arbeitenden Bevölkerung gehörten, in Österreich in den häuslichen Bereich zurückgedrängt.

Ja, ich möchte [arbeiten], sicher! Für mich geht es nicht nur im Haus zu bleiben, kochen, putzen, bei den Kindern sitzen. Es ist nicht nur für das Geld, aber wir fühlen, wir machen etwas. Nicht nur, ich arbeite den ganzen Monat und am Ende bekomme ich ein Gehalt, es ist nicht nur wegen dem Geld, nein. Aber wir fühlen uns gut, drinnen [zeigt auf ihr Herz], wenn wir etwas machen. (Interview mit Jehan 2017:17)

Die stereotype Zuschreibung der Mutterrolle wird auch am Beispiel von Rana D.s Erfahrung sichtbar. Der ausgebildeten Hebamme, die über sich sagt, es wäre nicht ihr Stil, Hausfrau zu sein (2017:2), wurde von einer behördlichen Mitarbeiterin nahegelegt, lieber zuhause zu bleiben und sich um ihre Kinder zu kümmern, anstatt eine Arbeit zu suchen.

Es ist richtig, dass viele syrische Frauen vorwiegend im häuslichen Bereich und der Kindererziehung tätig waren (siehe Kapitel 4.1.1). Auf die Frage, ob die Sunnitin Rana K. in Syrien vor ihrer Flucht gearbeitet hat, antwortet sie mit „*Bi-l-bait*“ (2017:12), was auf Deutsch „im Haus“ bedeutet. Dieser Ausdruck kann sich im erweiterten Sinne auf die Verarbeitung und den Verkauf landwirtschaftlicher und handwerklicher Produkte beziehen. Auch erzählen einige Interviewpartnerinnen von den Unterschieden zwischen einer syrischen und einer österreichischen Mutter: „Und eine Mutter in Syrien hat nicht ein oder zwei Kinder, sie hat vielleicht neun oder zehn oder elf.“ (Interview mit Manar 2017:9); „Bei uns ist es normal vier, fünf oder sechs Kinder zu haben. Wir sind dreizehn Kinder, ich habe fünf Brüder und sieben Schwestern.“ (Interview mit Marwa 2017:8) Nichtsdestotrotz stehen arabischen Frauen in Österreich die gleichen Rechte zu wie dem Rest der Bevölkerung. Die eurozentrische Flagge der Frauenrechte, die oft zur Rechtfertigung militärischer und politischer Interventionen im Nahen Osten gehisst wird, verschwindet, sobald diese zuvor „schützenswerten“ Frauen als Geflüchtete nach Europa kommen. Diese Doppelmoral führt dazu, dass viele dieser Frauen in Österreich aufgrund stereotyper Identitäts- und Rollenzuschreibungen diskriminiert und in ihrer Handlungsmacht eingeschränkt werden.

Meine Forschung zeigt, dass betroffene Frauen sich der stereotypen Fremdzuschreibung der arabischen Mutter vieler Kinder durchaus bewusst sind und in manchen Fällen diese Zuschreibung in ihre Entscheidungsfindung bezüglich weiterer Kinder miteinbeziehen. Die Frauenärztin Samar spricht in der folgenden Aussage einen Diskurs in Syrien an, der den hohen Stellenwert einer Familie mit vielen Kinder betont. Gleichzeitig deutet sie auf Veränderungen als Folge der Flucht und aufgrund eines gesellschaftlichen Diskurses im Aufnahmeland Österreich hin:

Ja, die arabischen Leute, sie mögen schwanger sein. Sie haben mindestens zwei Kinder, [...] [und bis zu] zwölf. Aber jetzt nicht mehr so viele, zwei oder drei. In anderen Situationen vielleicht vier oder fünf. Aber jetzt haben sie Angst, sie wollen nicht so viele Kinder haben, weil sie denken, dass die Österreicher das nicht akzeptieren wollen. [...] Wir wollen nicht so viele Kinder hier. [...] viele Frauen haben zur mir gesagt, das ist meine Erfahrung, sie sagen, wenn sie mit den Kindern unterwegs sind, dann sagen viele Leute, ah viele Kinder, warum hast du viele Kinder, drei, vier... (Interview mit Samar 2017:11)

Solche Diskurse, die anhand des Konzeptes der stratifizierten Reproduktion erklärt werden können, finden sich auch unter den geflüchteten Frauen. Nach Ende der Tonaufnahme erklärte mir Medya, dass viele syrische Frauen hier Kinder bekommen würden, um mehr Familienbeihilfe zu bekommen. Sie fügte hinzu, sie würde das nicht okay finden, denn es sei nicht gut, wenn die Frauen nur zuhause bei den Kindern bleiben und nichts lernen würden. Medya deutete die kürzlich eingeführte Verpflichtung für Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte, zur Sicherung der finanziellen Unterstützung Deutschkurse und sogenannte Wertekurse zu besuchen, als politische Strategie, geflüchtete Frauen vom Kinderkriegen abzuhalten (Gedächtnisprotokoll 2017:1). Diese Einschätzung meiner Interviewpartnerin steht in einer interessanten Beziehung zu einem Diskurs, der unter dem Gesundheitspersonal in Vorarlberg zu finden ist. Die neue Regelung wurde von einer der interviewten Hebammen als bereichernde Möglichkeit für Frauen gesehen, „raus zu kommen“, also den privaten Raum zu verlassen und sich aus der Rolle der Hausfrau und Mutter zumindest teilweise zu „befreien“. Diese Ansicht bringt uns zurück zu Abu-Lughod's Frage: „Do Muslim Women Need Saving?“

In einer Analyse der Situation schwangerer Geflüchteter läuft man Gefahr, in den von Abu-Lughod (2013) kritisierten Diskurs zu verfallen. Es besteht ein schmaler Grat zwischen der Aufzeichnung von Verletzlichkeit und der Zuschreibung von „Victimhood“ (Opferstatus). Die Verortung Geflüchteter, in diesem Falle geflüchteter Schwangerer, im Diskurs über Opferstatus und Handlungsmacht hat je nach Zuschreibung unterschiedliche Folgen. Im Kontext der Geburtsklinik in Shatila wurde die Entscheidung der Frauen, wie in ihrer Heimat Syrien zusätzlich zu den pränatalen Untersuchungen im Camp FrauenärztInnen zu besuchen, vom libanesischen Personal als Ausnutzung gesehen (Interview mit Andrea 2017). Wann ist jemand Opfer genug, um Hilfe „verdient“ zu haben? Ist es gerechtfertigt, als Empfängerin staatlicher finanzieller Unterstützung ein Kind zu bekommen? Das sind Beispiele für Fragen, denen eine Verortung Geflüchteter innerhalb eines Spektrums zwischen Opferstatus und Handlungsmacht zugrunde liegt. Zahlreiche syrische Geflüchtete benötigen dringend humanitäre Hilfe. Die Annahme dieser Hilfe bedeutet jedoch nicht, dass die EmpfängerInnen ihre Handlungsmacht aufgeben müssen. Die Entscheidung, ob sie in Österreich ein weiteres Kind bekommen, geben die Frauen nicht mit dem Erhalt eines positiven Asylbescheides an die österreichische Gesellschaft ab. Im Rahmen meiner Forschung konnten komplexe Prozesse der Entscheidungsfindung identifiziert werden, auf die ich im Folgenden näher eingehen möchte.

7.2 Von der Großfamilie zur Kernfamilie: Was bleibt, sind die Kinder

In einer „Krisensituation“, also während des Krieges, auf der Flucht oder direkt nach der Ankunft im Aufnahmeland schwanger zu werden, ist wohl für viele unvorstellbar. Die geläufige Annahme, Geburtenraten seien unter solchen oder ähnlichen Umständen stark rückläufig, scheint einleuchtend und prägte meine Erwartungen. Obwohl es derzeit keine Statistiken zur Geburtenrate in Syrien gibt, berichten die interviewten Syrerinnen von Geburten in der Kriegszeit, MSF Mitarbeiterinnen erzählen vom Bedarf der Geburtshilfe in den Nachbarländern und auf der Fluchtroute (Interview mit Andrea 2017; McHugh 2016). Im Kontext des Konfliktes in der Ukraine wird sogar von einer steigenden Geburtenrate während dieser Zeit gesprochen (Frankfurter Allgemeine 22.03.2017). Auch meine Untersuchungen zeigen, dass sechs der zehn interviewten Frauen innerhalb der ersten vier Monate (drei davon innerhalb von zwei Monaten) nach Ankunft in Österreich schwanger wurden. Obwohl es sich laut Sargent und Larchanché (2011:349) schwierig gestaltet, allgemeine Aussagen über Reproduktionsstrategien von Immigrantinnen zu treffen, weckte diese Beobachtung mein Interesse.

„Schwanger werden funktioniert nicht über Logik.“ (Interview mit Susanne 2017:2) Inwieweit diese Aussage insbesondere in Krisensituationen zutrifft, zeigt eine Analyse der Entscheidungsfindung der Interviewpartnerinnen. Als Folge der Veränderungen durch Krieg und Flucht konnte ein intensiver Fokus auf die Kinder beobachtet werden. Diese Beobachtung stimmt mit Binder und Tošićs Überlegung überein. „Durch die gemeinsam erlebte Bedrohung, den Kummer und die Trauer sowie aus Angst und Misstrauen gegenüber der Außenwelt klammert sich die Familie aneinander.“ (2003:466) Der ausschlaggebendste Faktor für diese Entwicklung ist meiner Meinung nach der Wandel von der Präsenz einer Großfamilie auf eine Kernfamilie bestehend aus Mutter, Vater und Kindern. Nicht nur materielle Dinge wurden in Syrien zurückgelassen, in den meisten Fällen blieb ein großer Teil der erweiterten Familie zurück. Der Vorgang des Verlustes führte zu einer Konzentration auf die enge Familie, die im Aufnahmeland als vertraute Konstante bleibt. Somit wird den Kindern in vielen Fällen eine „Lebenssinn’ stiftende Rolle“ (Binder und Tošić 2003:466) zuteil. Diese Entwicklung wurde durch die Interviews insofern deutlich, als eine Vielzahl der Frauen ihre volle Aufmerksamkeit und Zeit den Kindern widmen. „Meine Zeit brauche ich für meine Kinder.“ (Interview mit Zainab 2017:6)

Ein Kind nimmt zweifelsohne viel Zeit in Anspruch. Gleichzeitig gibt es den Frauen und Männern eine neue Aufgabe in einer Zeit des Wartens und der aufgezwungenen Untätigkeit.

Das Arbeitsverbot während des Asylverfahrens wird anschließend an einen positiven Bescheid zwar durch einen Zugang zum Arbeitsmarkt ersetzt, die Arbeitssuche gestaltet sich jedoch mit wenigen Ausnahmen schwer. Das lähmende Gefühl der Untätigkeit ist ein weiterer Grund für eine Schwangerschaft in Vorarlberg, wie die Beschreibung des Entscheidungsfindungsprozesses von Jehan und ihrem Mann Fahed verdeutlicht:

Ich habe dir erzählt, es gibt keine Mutterschaft [Mutterschaftsurlaub] [in Syrien], nur zwei oder drei Monate für das dritte Kind. Wir haben gesagt, zwei Kinder sind genug. Ich hatte eine Arbeit, und mein Mann hat auch immer gearbeitet und ich hatte keine Zeit. Und ich habe in der High-School unterrichtet, und das braucht viel Arbeit, nicht wie in der Volksschule, die Älteren fragen viel und sie machen auch Probleme. Ich hatte keine Zeit und wir wollten kein drittes Kind. Aber hier hat mein Mann gesagt, wir haben es vermisst, ein Baby zuhause zu haben. Und er sagte, okay, wir können hier keine gute Arbeit finden. Also zwei oder drei Jahre ohne Arbeit können wir nützen. (Interview mit Jehan 2017:8)

Ein weiteres Kind großzuziehen, ist für Jehan und Fahed eine Aufgabe, die für sie als ehemalig arbeitende Personen in einer Lebensphase mit viel „übriger“ Zeit sinnstiftend wirkt. Aus dem Interview geht hervor, dass für sie beide der Wechsel vom öffentlichen Leben als berufstätige Person zum häuslichen Raum als Asylberechtigte die schwierigste Veränderung darstellt. Ihre Identität als ein aktiver, mitwirkender Teil einer Gesellschaft wird durch die Erweiterung der Identität als Eltern ersetzt.

Auch Andeira nennt neue Umstände in Vorarlberg als einen Grund für ihre Entscheidung, ein drittes Kind zu bekommen:

In Syrien haben wir gedacht, wir hätten gerne ein Geschwister für Leyan und Yassin, und wir haben über eine Schwangerschaft nachgedacht. Aber als wir den Bescheid für unseren Flug bekommen haben, haben wir gedacht, wir müssen warten. Und als wir hier waren, haben wir gedacht, ja, hier ist es kein Problem, jetzt können wir. Yasser war drei Jahre alt. Und wir wollten nicht zu viel Abstand zwischen den Kindern. Aber als ich schwanger wurde und noch neu hier war, dachte ich, es war die falsche Entscheidung. [...] Und in den ersten drei Monaten haben wir immer über dieses neue Leben nachgedacht, über den Asylpass, über das Integrieren hier. Das ist, warum ich denke, es war nicht richtig. [...] Wir hätten ein bisschen warten müssen. (Interview mit Andeira 2017:4/7)

Bevor Andeira richtig wusste, was für (bürokratische) Hürden in Österreich auf sie zukommen werden, entschied sie sich für die Schwangerschaft, die von dem Paar in Syrien aufgrund der unsicheren Situation aufgeschoben wurde. Doch auch wenn Vorarlberg eine sichere Umgebung darstellt, stellen sich neue Herausforderungen an eine soziale Gruppe, die alles zurücklassen musste und sich in einem neuen gesellschaftlichen Umfeld orientieren muss. „Mit den Kindern und den Kursen, da haben wir nicht viel Zeit. [...] Es gibt viel zu tun,

von Null anzufangen, das ist zu schwierig. Von Null oder sogar Minus. Aber wir hoffen, es wird besser, nach ein oder zwei Jahren.“ (Interview mit Andeira 2017:15)

Medya spricht nach dem Interview ihre Vermutung aus, manche Frauen würden nur deshalb Kinder kriegen, um finanzielle Unterstützung in Form der Familienbeihilfe zu bekommen. Hierbei handelt es sich um ein heikles Thema, das bedauerlicherweise leicht politisch instrumentalisiert werden kann. Trotzdem möchte ich mich an dieser Stelle kurz mit der Möglichkeit auseinandersetzen, dass Schwangerschaft Mittel zum Zweck sein kann. In einer Analyse der Reproduktionsstrategien müssen politische und rechtliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden (Ginsburg und Rapp 1995:10). Die Tatsache, dass pro Kind monatlich eine festgelegte Summe vom Staat ausgezahlt wird, stellt unabhängig vom ethnischen oder soziale Hintergrund der Person einen möglichen Einflussfaktor im Zusammenhang mit Reproduktionsstrategien dar. In Österreich werden Familien mit Kindern finanziell unterstützt und Frauen können, wie von Jehan angesprochen, Mutterschaftsurlaub nehmen. Diese Faktoren spielen vermutlich in vielen Schwangerschaftsentscheidungen eine Rolle, da Kinder in der Regel mit hohen finanziellen Kosten verbunden sind. Während meiner Forschung deutete nichts auf den starken Einfluss eines finanziellen Anreizes hin, was allerdings generell schwer zu untersuchen ist. Jedoch werden die Familienbeihilfe sowie andere finanzielle staatliche Zuschüsse von manchen syrischen Geflüchteten als *ratib* bezeichnet, was auf Deutsch so viel wie „Gehalt“ bedeutet (informelles Fachgespräch mit Gebhard Fartacek, 16. Februar 2018). Auch Medya spricht in Bezug auf die Mindestsicherung von einem Gehalt: „But she said, we won't pay for you the *salary* [Mindestsicherung], if you don't go.“ (2017:15) In diesem Zusammenhang bestünde möglicherweise Bedarf an einer diskursiven Auseinandersetzung und interkulturellen Vermittlung zur Bedeutung und zum Zweck der Familienbeihilfe in Österreich.

7.3 Exkurs: Ungeplante Schwangerschaft

In keiner Gesellschaft ist jede Schwangerschaft geplant und erwünscht. Ola informierte sich zu Beginn ihrer Schwangerschaft über die Möglichkeiten eines Abbruchs. Ich möchte hier ohne Anspruch auf Vollständigkeit zwei mögliche Erklärungsansätze für ungewollte Schwangerschaften unter geflüchteten Frauen anführen. Erstens gestaltet sich der Zugang zu Verhütungsmitteln aufgrund begrenzter finanzieller Mittel schwierig. In Vorarlberg gibt es dafür bedauerlicherweise keine Anlaufstelle für benachteiligte Frauen (siehe Kapitel 3.3.2). Der mangelnde Zugang zu Verhütungsmitteln ist laut Berichten der Organisation MSF (2013)

auch unter der Flüchtlingsbevölkerung in den Nachbarländern Syriens ein Problem. Es wäre im Sinne der sexuellen Unabhängigkeit der Frau sicherlich sinnvoll, an dieser Stelle anzusetzen und Unterstützung zu leisten, wo diese nötig ist.

Der zweite Grund ungewollter Schwangerschaften könnte die fehlende sexuelle Aufklärung in manchen Teilen Syriens sein, von der die Gynäkologin Samar berichtet:

Die sind schwanger, schwanger, schwanger. Sie denken, wenn sie stillen, das ist Verhütung. Und dann plötzlich kommen sie schwanger zu mir. [...] Sie denken, wenn sie diese Verhütungsmethode haben, du weißt im Sexualprozess, wenn beim Mann der Samen herauskommt, sie denken, wenn das nicht passiert, dann macht das Trockenheit in der Vagina. Der Samen des Mannes muss in der Vagina sein. Sie sagt immer, Doktor stimmt das wirklich, wenn der Samen des Mannes nicht in meine Vagina kommt, dann bekomme ich Trockenheit, und das ist nicht gut für mich? Warum, warum!? Das ist ein altes Denken, und bis jetzt gibt es das. [...] Ich denke, dass die alten Frauen das immer sagen, damit die Frauen immer schwanger werden. Das ist ein komisches Denken. (2017:7/17)

Der von Samar beschriebene lokaltraditionelle Diskurs ist möglicherweise einer vieler Erklärungsansätze für die Geburtenrate in Syrien. Aus anthropologischer Sicht besonders spannend ist Samars Vermutung, die ältere Generation würde so Schwangerschaften bei jungen Frauen fördern. Auch spiegelt diese Erzählung einen Umgang mit Sexualität wider, der nicht unbedingt mit dominanten europäischen Vorstellungen muslimischer Gesellschaften übereinstimmt. Doch mit der angeführten Oraltradition nimmt Samar vor allem Bezug auf ein Thema, mit dem ich mich im folgenden Kapitel befassen werde.

7.4 Gewonnene Freiheit?

Der gesellschaftliche Druck und die Erwartung der Familie an die Frau, (viele) Kinder zu bekommen, wurde von der Gynäkologin Samar sowie den interviewten Syrerinnen angesprochen. Es stellt sich die Frage, wie sich der Umgang der Frauen mit diesen Erwartungen durch die Flucht aus Syrien verändert. Medyas Entscheidung für eine längerfristige Verhütungsmethode ist ein Beispiel für ihren erweiterten Handlungsrahmen aufgrund der Distanz zur Familie ihres Mannes. Vor kurzem ließ sie sich die Spirale einsetzen, weil sie mindestens für die nächsten fünf Jahre keine Kinder will. Via Skype erzählte sie ihrer Schwiegermutter davon, die über diese Nachricht nicht erfreut war. „The coil is for five years. My husband’s mother said, why do you use a coil? Please... I said no. Here it is different than in Syria.” (2017:16) Die Tatsache, dass sich Medya in ihrer Reproduktionsentscheidung gegen ihre Schwiegermutter stellen konnte, erklärt sie in erster Linie mit der geografischen Distanz. Der familiäre Druck wurde durch die Entfernung

zwischen Österreich und dem Irak verringert, wo sich ihre Schwiegermutter derzeit befindet. Dieses Beispiel deckt sich mit den Beobachtungen von Samar. „Hier haben Frauen nicht den Druck der Verwandten: Du musst zuhause bleiben und du musst Kinder haben. Hier ist es ihre eigene Entscheidung, weil sie weit von den Verwandten weg ist.“ (Samar 2017:11) Könnte man daraus schließen, dass die Frauen im Aufnahmeland eine neu gewonnene Freiheit genießen, autonomer entscheiden zu können, ob sie Kinder wollen oder nicht? Sich wie im Falle Medyas gegen weitere Kinder zu entscheiden, mag im neuen gesellschaftlichen Umfeld leichter fallen. Gleichzeitig limitieren asylspezifische und gesellschaftspolitische Einflüsse im Aufnahmeland die Handlungsmöglichkeiten von Frauen, die sich für ein weiteres Kind entscheiden.

Strukturelle Diskriminierung von geflüchteten Frauen mit Neugeborenen oder Kleinkindern findet sich im Bereich des verbindlichen Deutschkurses. Die in Vorarlberg am 21. Juni 2017 vorgenommene Änderung der Mindestsicherungsverordnung nennt unter anderem die Absolvierung von Deutschkursen als Voraussetzung für den Erhalt der Mindestsicherung, wenn „Integrationsförderbedarf“ besteht:

- (4) Je nach Integrationsförderbedarf ist grundsätzlich bereits vor der Gewährung von Mindestsicherung die Integrationsvereinbarung abzuschließen. Inhalte der Integrationsvereinbarung sind insbesondere
- a) die Verpflichtung zum Besuch von Deutschkursen zum Erlernen der deutschen Sprache,
 - b) die Verpflichtung zum Besuch von Werte- und Orientierungskursen zur Aneignung von Kenntnissen über die Grundwerte unserer Gesellschaft,
 - c) die Verpflichtung zum Erwerb von Qualifikationen, die auf eine Erwerbstätigkeit abzielen sowie die Bereitschaft zur Aufnahme einer Arbeit. (2017:§10)

Es ist nicht meine Absicht, gegen die Sinnhaftigkeit von Deutschkursen für Asylberechtigte zu argumentieren. Im Laufe meiner Forschung konnte ich beobachten, dass Frauen mit gesprächsfähigem Deutsch beispielsweise oft gute Beziehungen zu NachbarInnen pflegen, wodurch ihr soziales Netzwerk erweitert und ihr Wohlbefinden in der Gemeinde gestärkt wurden. Doch wenn derartige Voraussetzungen verpflichtend werden, müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche die Erfüllung dieser Auflagen ermöglichen. Viele der interviewten Frauen sprechen von der Schwierigkeit, bei fehlender Kinderbetreuung die verpflichtenden Deutschkurse zu besuchen. Neugeborene und Kleinkinder dürfen nicht in die Kurse mitgebracht werden. Andeira konnte sich die Betreuung ihrer jüngsten Tochter mit ihrem Mann teilen, da beide noch keine Arbeit finden konnten. „Mein Kurs war am Morgen und dann kam ich zurück und mein Mann hatte einen

Kurs am Nachmittag im Wifi.“ (2017:13) Im Falle eines berufstätigen Partners liegt die Verantwortung, für die Zeit des Deutschkurses eine Kinderbetreuung zu organisieren, bei der Frau. Medyas Beispiel zeigt, wie die betroffenen Mütter gemeinsam mit nichtstaatlichen AkteurInnen kreative Strategien finden, um mit den auferlegten Anforderungen umzugehen.

I studied Deutsch, not in a course, I didn't go to a course. When I was with Caritas, the boss, he said, you just have one month in Dornbirn, do you want to learn Deutsch? I will organise a woman, who will teach you and come to your home, and I said yes. [...] We have studied together for one and a half year, she is a teacher for gymnasium, she comes to me one time a week, but since we moved here I go to Dornbirn. [...] Then our chef at the BH [Bezirkshauptmannschaft], said I had to go to the course. I said please, I have kids, I cannot go. [...] But she said, we won't pay for you, the salary [Mindestsicherung], if you don't go. It is a new rule, you have to go. I said please, I have children. So we went to the organisation Netzwerk Familie and a woman came to us, she wanted to understand what we need. So we said we didn't want to do the course, it is just one year until Judy goes to Kindergarten, maybe then I can go. We went together to my chef [at the BH] and she said okay, she will wait for one or two months, but then she asked again. So the woman from Netzwerk Familie said, go with your teacher to the BH, and tell them she is your teacher, and that you study with her, maybe she will accept. And I went with my teacher and she said, I have studied with Medya for one and a half years, she studies, now she is ready to take the A1 exam, can you accept her without the course? And she said, okay. (2017:14f)

Medya schaffte es gemeinsam mit der Unterstützung ihrer Lehrerin und einer Sozialarbeiterin, nur die offizielle Prüfung zu absolvieren und weiterhin mit ihrer Nachhilfelehrerin zu lernen, anstatt einen Kurs zu besuchen. Dadurch ist sie zeitlich flexibler und die Deutschstunden lassen sich besser mit der Kinderbetreuung vereinbaren. Auch anschließend an die verpflichtenden Kurse wählen Frauen mit Kindern kreative Strategien, die Sprache zu erlernen: „Ich mache hier in Hard einen Falafel-Kochkurs mit zehn Frauen aus Österreich. Ich möchte in Kontakt bleiben und das Deutsch nicht vergessen. Mit Maria kann ich keinen Deutschkurs machen, ich bin immer zuhause. Und jetzt mit dem Kochkurs ist das gut.“ (Interview mit Ola 2017:1)

In anderen Fällen wurden der Anspruch, die deutsche Sprache zu lernen, sowie das Bedürfnis oder die Notwendigkeit, eine Ausbildung zu machen oder Arbeit zu finden, oft als Gründe dafür genannt, in der nahen Zukunft keine weiteren Kinder mehr zu bekommen:

Ich möchte jetzt einen Deutschkurs und eine Lehre machen, weil ich bin noch so jung, ich möchte gerne in einer Bank arbeiten, aber dafür brauche ich viel Zeit, vielleicht sechs oder sieben Jahre. [...] Wenn Ayan in der Spielgruppe ist, dann kann ich vielleicht eine Lehre machen. Und vielleicht, wenn ich 36 oder 37 bin möchte ich noch ein Baby, dann können wir daran denken, aber jetzt ist glaube ich genug. Wir haben viele Probleme, wir müssen noch ein bisschen Deutsch lernen. (Interview mit Zainab 2017:9)

Jetzt habe ich zwei Söhne und ein Mädchen. Und danach möchte ich eine Arbeit suchen. Ich wünsche mir, hier eine Arbeit mit Kindern zu finden, im Kindergarten. Ich möchte nicht Kindergartenlehrerin sein, aber helfen. Ich mag diesen Beruf. Ich weiß, Sekretarin ist hier sehr schwer, in Syrien war es nicht schwer, aber hier schon. Ich muss alles verstehen, das ist schwer. Aber Kindergarten ist schön. [...] Ja das [drei Kinder] ist genug, es ist schwer hier. Nicht zehn Kinder [lacht]. Hier ist alles teurer, Miete und so. Mann und Frau müssen hier zusammenarbeiten. Aber jetzt ist alles gut. (Interview mit Manar 2017:16f)

One month ago I got the coil [...] I paid by myself, it is expensive, 360€. But it is good, I didn't want to get pregnant again. Now my children are young, and I have to study, and I want to be a translator. (Interview mit Medya 2017:14)

Für Ola war das Bedürfnis, die Sprache zu lernen, einer der Gründe, wieso sie sie zu Beginn der Schwangerschaft eine Abtreibung in Betracht zog. Auf die Frage, ob sie nur zwei Kinder wollte, antwortet sie:

Ja, weil es hier schwierig ist. Und ich habe einen Deutschkurs gemacht und mein Mann arbeitet und ich bin immer alleine und jetzt ist Maria hier und ich vergesse das ganze Deutsch, meine Grammatik wird schlecht. Es ist schwierig, ich musste überlegen, was ich mit Kinan und Mohammed mache, wenn ich im Spital bin, und meine Schwester hat drei Kinder und das ist schwierig. Aber dann kam Maria und jetzt ist sie hier, Gott sei Dank. (Interview mit Ola 2017:7)

Aus Olas Antwort geht zudem hervor, dass das fehlende soziale Netzwerk ein entscheidender Faktor ist, der gegen eine weitere Schwangerschaft in Vorarlberg spricht. Unzureichende familiäre und soziale Unterstützung sowie die veränderte gesellschaftliche Position der Interviewpartnerinnen – „Früher war ich Lehrerin, jetzt bin ich Schülerin“ (Interview mit Jehan, Feldtagebuch 2017:38) – wurden auch von anderen Frauen als Kriterium im Entscheidungsprozess gegen eine Schwangerschaft identifiziert.

Medya erklärt, warum sie sich für die Spirale als längerfristige Verhütungsmethode entschieden hatte:

We have problem with our children, me and my husband. Here, there are a lot of rules, no education, there are no neighbours, there are no children, in Syria it is not like this. In Syria, there are a lot of children, a lot of families in the neighbourhood. I can leave my children with my family, with my mother, and I go shopping and then come back. But here we don't have any people. And I only trust my husband. I don't want to leave my children with anyone. And it is difficult, because my children are bored during the day, they cause problems for us, they cry and do bad things, and we don't know what we can do for the children. And in Syria, the children go on the street, play, and it was safe. But not anymore. (Interview mit Medya 2017:16)

Andeira, die als in Syrien geborene Palästinenserin ihr ganzes Leben nur einen Asylbescheid besaß, konnte sich aufgrund ihrer Anstellung und der ihres Mannes in Dubai einen gewissen Lebensstandard erarbeiten, den sie mit der Flucht verlor: „In Dubai wollte ich vier Kinder,

aber hier... In Dubai hatte ich eine Frau, die mir hilft, das Haus zu putzen, es gab viele Restaurants, wo wir essen gekauft haben oder sie es gebracht haben. Hier habe ich viel Arbeit zuhause, auch mit den Kindern, ich muss immer kochen, da bleibt keine Zeit für vier Kinder. Drei Kinder sind gut jetzt.“ (Interview mit Andeira 2017:15)

Wie aus diesem Kapitel hervorgeht, kann zwar durch die gesellschaftliche Akzeptanz der Verhütung von gewonnener Freiheit gesprochen werden, gleichzeitig wurden aber zahlreiche Faktoren identifiziert, die meine Interviewpartnerinnen strukturell und diskursiv in ihrer Reproduktionsentscheidung einschränken. Die interviewten Frauen wählten unterschiedliche Strategien, mit diesen Einschränkungen umzugehen. Strukturell und gesellschaftlich bedingte Hindernisse führten in manchen Fällen zur Entscheidung gegen eine weitere Schwangerschaft. Mütter mit Kleinkindern wandten kreative Strategien innerhalb ihres Handlungsrahmens an, die von privater Deutschnachhilfe bis hin zur Organisation eines Kochkurses reichten, um trotz alltäglicher Kinderbetreuung ihre deutschen Sprachkenntnisse verbessern und Kontakt zu ÖsterreicherInnen pflegen zu können.

7.5 Mutterschaft: transkulturelle Identitäten

In der Flucht- und Migrationsforschung wird oft von den transkulturellen Identitäten betroffener Personen gesprochen. Flucht nimmt Einfluss auf das Identitätsbewusstsein, die Fremdzuschreibung der „Flüchtlingsidentität“ ist im Aufnahmeland vordergründig (Binder 2017:136). Diese Kategorisierung geht mit personalen Veränderungen einher. „Durch die veränderte Lebenssituation werden bisher als selbstverständlich erachtete Dinge nicht mehr selbstverständlich – sei es die soziale Position in der Gesellschaft, sei es die ökonomische Situation, sei es die Familiensituation.“ (Binder 2017:136) Neben sozialen, finanziellen und familiären Veränderungen finden Modifikationen der Geschlechterrollen sowie der Identität als Mutter (und Vater) statt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Mutterschaft ebenso wie die Rolle des Vaters nicht biologisch gegeben ist, sondern sozial und kulturell konstruiert wird (Stülb 2010:123). Es geht in diesem Kapitel nicht vordergründig um transkulturelle Konzeptionen von Mutterschaft, sondern vielmehr um neue Rollen, Erfahrungen und Verantwortung der Mütter (und Väter), die aus den Veränderungen durch Flucht resultieren.

Obwohl in den letzten Jahrzehnten die weibliche Arbeitsmarktbeteiligung auch in Syrien stetig gestiegen ist, fordern die hohen Kosten der Lebenserhaltung in Vorarlberg zunehmend die Erwerbstätigkeit geflüchteter Frauen.

Jetzt ist es auch nicht mehr wie vor 30 Jahren. Vor 30 Jahren waren Frauen immer zuhause, haben zuhause gearbeitet. Immer am Putzen, Kochen, vielleicht hatten sie Tiere und waren im Garten. Aber jetzt ist es auch anders, weil viele Frauen arbeiten. Zwei meiner Geschwister arbeiten auch im Kindergarten. Und jetzt haben Frauen vielleicht vier oder fünf Kinder. Weil mit der Arbeit und Kindern ist es schwer. [...] Hier ist alles teurer, Miete und so. Mann und Frau müssen hier zusammenarbeiten. (Interview mit Manar 2017:12/17)

Der Anspruch an die Frau, sowohl Mutter als auch Ernährerin zu sein, ist in Österreich weit verbreitet. Einige der Interviewpartnerinnen waren in Syrien und der Region trotz (mehrfacher) Mutterschaft ebenfalls erwerbstätig. Der Wunsch nach einer Ausbildung und / oder Anstellung in Vorarlberg ist unter den Frauen groß. Stereotype Zuschreibungen wie in Rana D.s Fall, der anstelle einer Anstellung ein Dasein als Hausfrau geraten wurde, oder administrative Hindernisse wie bei Jehan, die für eine Bescheinigung als Englischlehrerin zusätzlich zur ihrem Zeugnis eine derzeit unzugängliche, detaillierte Beschreibung des Curriculums aus Syrien benötigt, füttern den Diskurs und die Fremdzuschreibung der arabischen Frau als Mutter und Hausfrau. Frauen wie Rana D., vor der Flucht berufstätig, leiden unter der primären Identifikation und Rollenzuschreibung als Mutter und Hausfrau (Binder und Tošić 2003:470). Die Entwurzelung aus dem Arbeitsalltag eines oder beider Elternteile und die damit verbundene prekäre finanzielle Situation verändert den sozialen Status der Betroffenen und kann sich negativ auf das Selbstverständnis einer Mutter auswirken.

Wir hatten unser Geld, unser Haus und konnten immer anderen Menschen helfen. Jetzt brauchen wir immer Hilfe, das gibt immer Probleme, das ist nicht gut für unsere Psyche. Wir können nicht alles für unsere Kinder kaufen, meine Tochter sagt immer, Mama, mein Freund hat dieses Spiel, meine Freundin hat das und das. Viele Sachen können wir nicht machen. Wir bräuchten auch ein Auto, in Dubai hatte ich ein Auto, mein Mann hatte auch ein Auto. Jetzt ist eine schwierige Zeit. (Interview mit Andeira 2017:13)

Andeira beschreibt den sozialen „Abstieg“ vieler geflüchteter Familien, der sich unter anderem in finanziellen Einschränkungen äußert. Die ökonomische Situation wurde als eines der prävalentesten Argumente gegen eine weitere Schwangerschaft genannt. Wiederholt sprachen die interviewten Frauen, und wenn anwesend besonders ihre Ehemänner, die hohen Kosten an, die mit einem Kind in Vorarlberg verbunden sind. Fahed, Jehans Partner, nannte zudem den global steigenden Konsum als Grund, wieso Kinderzahlen sinken:

Jetzt ist es schwierig, fürs Leben, mit dem Geld. Früher konnte ein Mann mit einer Hose und einem Hemd das ganze Jahr leben, kein Problem. Jetzt hat jedes Kind vier, fünf, sechs, zehn oder mehr Hosen. Ich glaube, in der ganzen Welt sind die Gedanken jetzt anders, so passiert das. In unserer Stadt, aber auch Kurden in anderen Städten, z.B. Kobane, Qamishli, wollen auch viele Kinder, aber in Afrin, meiner Stadt, nein. Es gibt jetzt eine Kultur oder wie einen Gedanken, weniger Kinder sind besser. (Interview mit Jehan 2017:16)

Kanaaneh (2002), die die Reproduktionsstrategien palästinensischer Frauen in Israel untersuchte, konnte dieses Phänomen ebenfalls beobachten. Die Autorin identifiziert die Idealisierung kleiner, moderner und konsumfähiger Familien in einer ökonomisch benachteiligten Gesellschaft (2002:103). Diese Idealisierung basiert auf dem Wunsch, unter harten Bedingungen die neuentdeckten Bedürfnisse, wie im Rahmen meiner Fallstudie von Fahed beschrieben, befriedigen zu können. "Family planning has become an essential new household economic strategy." (Kanaaneh 2002:22) Andeira, die sich aufgrund ihres Lebensstandards und ihrer finanziellen Lage in Dubai vorstellen konnte, vier Kinder zu haben, entschied sich in Vorarlberg gegen eine weitere Schwangerschaft. Gerade in einer kapitalistisch geprägten Gesellschaft hängen soziokulturelle Konzeptionen der Mutterschaft von ökonomischen Faktoren ab. Um das Selbstverständnis einer fähigen Mutter zu erhalten, traf Andeira die Entscheidung gegen ein weiteres Kind.

Da nicht nur die Rolle der Mutter im Aufnahmeland Veränderungen unterliegt, möchte ich an dieser Stelle auch kurz auf die Vaterrolle eingehen. Schon zu Beginn meiner Forschung erwähnte Andrea Hollenstein, eine Flüchtlingskoordinatorin der Marktgemeinde Lustenau, die veränderten Positionen in der Familie als Folge von Flucht. Besonders in Familien mit Neugeborenen und / oder Kleinkindern kommt auf den Vater oft eine neue Verantwortung zu. Andrea konnte beobachten, wie Väter sich erstmals aktiv an der Kinderbetreuung beteiligen, was hauptsächlich am Beschäftigungsstatus der Männer und an der Verkleinerung des familiären Unterstützungsnetzwerkes liegt. Manars Mann Mohammed erzählte mir während des Interviews mit seiner Frau, dass er sich bei der neugeborenen Tochter das erste Mal intensiv um das Baby kümmern kann. Zu Zeiten der Geburt seiner Söhne verbrachte er arbeitsbedingt abwechselnd mehrere Wochen in Damaskus und ein paar Tage zuhause in Daraa. Während seiner Abwesenheit wohnte Manar bei ihren Eltern, die sie unterstützten. Mohammed arbeitet bei einer Elektrofirma in Vorarlberg, doch er erzählte mir stolz, dass er für Marias Betreuung vor Arbeitsbeginn verantwortlich ist. In vielen Fällen finden die Männer schneller Zugang zum Arbeitsmarkt. Trotzdem kommt ihnen aufgrund der Abwesenheit weiblicher Unterstützung durch Mütter, Schwiegermütter, Schwestern und Schwägerinnen in Vorarlberg vermehrt die Aufgabe der Kindererziehung und -betreuung zu.

Bezugnehmend auf das Gedicht von Warsan Shire in Kapitel 5 möchte ich abschließend auf die Zukunft der Kinder als einer der Gründe eingehen, die Heimat zu verlassen und sich unter erschwerten Bedingung eine neue Existenz aufzubauen. Neben der oft lebensbedrohlichen Situation in den ehemaligen Wohnorten der Geflüchteten spielt die Zukunft der Kinder eine

große Rolle in der Fluchtentscheidung. Fluchttraumata der Mütter stammen in meiner Fallstudie primär von der enormen Angst um ihre Kinder. Auch im Aufnahmeland ist das Wohl der Kinder zentral. Ola nimmt zugunsten ihrer Kinder die gesellschaftlich schlechtere Position in Vorarlberg und den Verlust ihres sozialen Netzwerks in Kauf.

Wir möchten zurück, aber ich glaube, der Krieg endet nicht. Aber meine ganze Familie ist dort. Aber meine Kinder wollen nicht zurück, Kinan sagt nein. Weil er drei Jahre im Krieg gelebt hat, er hat alles gesehen und hatte immer Angst. Und als wir hier angekommen sind, hat er immer gefragt, Mama, kommt hier Bashar? Und ich habe gesagt, nein, er kommt nicht, er darf nicht nach Europa kommen. Und er hat gesagt, Gott sei Dank Mama. Jetzt sagt er Österreich ist sein Land. Ich und mein Mann haben viel in Syrien, aber für Kinan und Mohammed ist alles hier. Sie sprechen auch sehr gut Deutsch, also ich glaube, sie wollen nicht nach Syrien. (Interview mit Ola 2017:8)

Auch die Hebamme Rana D., die sichtlich am Verlust ihres Lebens in Syrien leidet und in ihrem Wohnort, einem kleinen Dorf in Niederösterreich, unglücklich ist, relativiert ihre Situation damit, dass Österreich zwar nicht für sie und ihren Ehemann, aber für ihre Kinder besser wäre (Interview mit Rana D. 2017:2). Die angeführten Beispiele zeigen, dass im Aufnahmeland neue Verantwortung entsteht und folglich die Mutteridentität unter Berücksichtigung neuer gesellschaftspolitischer, kultureller und ökonomischer Umstände von den Frauen ausgehandelt wird.

8. Schlussfolgerungen und Ausblick

Was lässt sich aus dieser Fallstudie schließen und welche Erkenntnisse können praktische Anwendung finden? Bezugnehmend auf die erste Frage und unter Berücksichtigung der anfangs dargelegten Forschungsziele kann gesagt werden, dass vielschichtige Veränderungen des Reproduktionsverhaltens und der Mutterschaftserfahrung als Folge von Krieg und Flucht identifiziert werden konnten.

Diskursive, administrative und ökonomische Einschränkungen sowie die erweiterte gesellschaftliche Akzeptanz von Verhütung sind Gründe für eine Entscheidung gegen ein weiteres Kind. Dabei schränken erstere Einflussfaktoren die Frau in ihrer Entscheidungsfreiheit ein, während die Verringerung des verwandtschaftlichen Drucks beispielsweise als Erweiterung ihrer Handlungsmacht gesehen werden kann. Durch Verlusterfahrungen und das Schwinden des sozialen und familiären Netzwerkes erlangt die sogenannte Kernfamilie neue Bedeutung. Der Schritt vom öffentlichen (Arbeits-)Leben in den häuslichen Bereich, bedingt durch die aufgezwungene Untätigkeit im Asylverfahren, führt mitunter zu einer primären Identifikation als Eltern und dem Wunsch nach einer sinnstiftenden Aufgabe.

Mullings (1995:128), die von „adaptive’ reproductive decisions in a situation where the population is endangered by excessive morbidity and mortality” spricht, bezieht sich in ihren Ausführungen auf das New Yorker Stadtviertel Harlem in den 80ern und 90ern. Ihre Beobachtung hat jedoch auch im Kontext des Kriegsgebietes Syrien Gültigkeit. Daten zur Zahl schwangerer Geflüchteter im Libanon deuten darauf hin, dass die Geburtenrate aufgrund der äußeren Umstände abnimmt. Fehlende medizinische Infrastruktur, eingeschränkte Bewegungsfreiheit und die generelle Unsicherheit im Land verändern das Reproduktionsverhalten. Gleichzeitig werden die geburtshilflichen Vorgänge adaptiert: die Kaiserschnitttrate steigt. Diese Entwicklung hat bereits medizinische und ökonomische Folgen, deren volles lokales und globales Ausmaß sich in den kommenden Jahren zeigen wird.

Kultur- und sozialanthropologisch relevante Schlussfolgerungen konnten auch im Zusammenhang mit lokalkulturellen Traditionen und Konzeptionen von Schwanger- und Mutterschaft gezogen werden. Der Brauch der Namensänderung der Eltern bei der Geburt beispielsweise impliziert neben der identitätsstiftenden Rolle eines Kindes eine Art Wiedergeburt der Frau als Mutter durch die Vergabe eines neuen Namens. Ein weiterer Punkt ist die soziale Bedeutung der Schmerzerfahrung. Meine Untersuchungen deuten darauf hin, dass häufige, kulturell bedingte Schmerzäußerungen die Schonung sowie besondere Privilegien der Frau in der prä- und postnatalen Zeit legitimieren. Es konnte zudem gezeigt werden, wie solche Traditionen und Praktiken im Aufnahmeland gelebt und adaptiert werden.

Die Frage nach dem Zugang zu medizinischer und sozialer Versorgung und Betreuung in Vorarlberg kann anhand der Erfahrungsberichte der betroffenen Frauen beantwortet werden. Zu Beginn der Schwangerschaft waren die Interviewpartnerinnen mit dem schwierigen Zugang zu gynäkologischer Versorgung konfrontiert, der jedoch nicht spezifisch für die untersuchte Gruppe ist. Im geburtshilflichen Kontext berichtete der Großteil der Interviewpartnerinnen von positiven Erfahrungen, vor allem in der Interaktion mit medizinischem Personal. Lokal-kulturelle Besonderheiten sowie gesellschafts- und religionsbedingte Wünsche wurden von diesem meist berücksichtigt. Dennoch besteht in manchen Fällen Bedarf an prä- und postnataler Begleitung, die auf Frauen mit Fluchterfahrung und die lokalkulturellen Gegebenheiten aus der Region abgestimmt ist. Da Flucht das soziale Netzwerk der betroffenen Personen stark verändert, vergrößert sich im geburtshilflichen Kontext der Bedarf an institutionalisierter Unterstützung. Auch wenn Angebote wie beispielsweise Hausbesuche durch eine Hebamme nach der Entbindung bestehen, scheitert die Inanspruchnahme meist an fehlender Information.

Nun zur Frage der praktischen Umsetzung der Erkenntnisse dieser Forschung. Durch eine Analyse sozialpolitischer Strukturen, die Einfluss auf schwangere Syrerinnen in Vorarlberg nehmen, konnten folgende Anwendungsbereiche identifiziert werden: Eine meines Erachtens sinnvolle Maßnahme wäre die Erweiterung des Angebots einer kostenfreien Kinderbetreuung während der (verpflichtenden) Deutschkurse. In Wien werden Kurse für Frauen inklusive Betreuung für Kleinkinder angeboten, auch in Vorarlberg werden solche Kurse vereinzelt organisiert (FEMAIL 2017). Oft handelt es sich hierbei um niederschwellige Angebote, die nicht als zertifizierte, sogenannte „Integrationskurse“ gelten. Nach Auskunft einer Mitarbeiterin des ÖIF Vorarlberg stellt der Mangel an Kinderbetreuung während der Deutschkurse ein großes Problem dar (telefonische Auskunft, 26. Februar 2018). Zertifizierte Tageskurse mit Betreuung für Kinder von fünfzehn Monaten bis fünf Jahre werden ausschließlich beim BFI Feldkirch angeboten, wobei die Nachfrage das Angebot bei weitem übersteigt. Die häufige Unterbringung syrischer Familien in kleinen Gemeinden mit teils schlechter Verkehrsanbindung erschwert darüber hinaus den Zugang zu Kursen in Feldkirch. Um den an die Mindestsicherung gekoppelten Spracherwerb von Müttern zu fördern, muss das Angebot der Kinderbetreuung während der Kurse ausgeweitet werden. Diese Maßnahme wäre ein erster Schritt, um der gesellschaftlichen Marginalisierung von Müttern mit Fluchthintergrund und der Reproduktion der Stratifizierung entgegenzuwirken.

Bedarf besteht außerdem bei der finanziellen Unterstützung für Verhütung. Wie in Kapitel 3.3.2 dargestellt, gibt es im Vergleich zum Bundesland Wien keine derartige Unterstützung für ökonomisch benachteiligte Frauen in Vorarlberg.

Zur Erweiterung des sozialen Netzwerkes und genereller Unterstützung geflüchteter Schwangerer und neuer Mütter könnte in Anlehnung an das „Befriending Project“ in Großbritannien (Garlick 2016, McCarthy und Haith-Cooper 2013) ein ähnliches Projekt in Vorarlberg implementiert werden. Das „Befriending Project“ paart Schwangere mit Migrations- oder Fluchthintergrund und freiwillige „Befriender“, ebenfalls geflüchtete oder immigrierte Mütter, die sich schon länger in Großbritannien befinden und dort ein Kind geboren haben. Im Kontext Vorarlbergs könnte der Kontakt einer geflüchteten oder migrierten Schwangeren zu schwangeren / pensionierten / interessierten Frauen aus Vorarlberg vermittelt werden. Diese Maßnahme hätte das Potenzial, das soziale Netzwerk der geflüchteten Frau zu erweitern, und würde gleichzeitig einem möglichen Informationsmangel während und nach der Schwangerschaft entgegenwirken.

9. Literaturverzeichnis

Abu-Lughod, Lila (2013): *Do Muslim Women Need Saving?* Cambridge und London: Harvard University Press.

Akashe-Böhme, Farideh (2006): *Sexualität und Körperpraxis im Islam*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Balanche, Fabrice (2015): 'Go To Damascus, My Son': Alawi Demographic Shifts under Ba'ath Party Rule. In: Michael Kerr und Craig Larkin (Hg.): *The Alawis of Syria: War, Faith and Politics in the Levant*. London: 79-106.

Bashour, Hyam und Asmaa Abdulsalam (2005): Syrian Women's Preferences for Birth Attendant and Birth Place. In: *Birth* 32 (1): 20-26.

Bashour, Hyam; Raghda Hafez und Asmaa Abdulsalam (2005): Syrian Women's Perceptions and Experiences of Ultrasound Screening in Pregnancy: Implications for Antenatal Policy. In: *Reprod Health Matters* 13 (25): 147-154.

Bashour, Hyam; Asmaa Abdulsalam; W. Al-Faisal und Salah Cheikha (2008): Patterns and determinants of maternity care in Damascus. In: *Eastern Mediterranean Health Journal* 14 (3): 595-604.

Bashour, Hyam; Asmaa Abdulsalam; Aisha Jabr; Salah Cheikha; Mohammed Tabbaa; Moataz Lahham; Reem Dihman; Mazen Khadra und Oona M. R. Campbell (2009): Maternal mortality in Syria: causes, contributing factors and preventability. In: *Tropical Medicine and International Health* 14 (9): 1122-1127.

Bashour, Hyam; Ghada Saad-Haddad; Jocelyn DeJong; Mohammed Cherine Ramadan; Sahar Hassan; Miral Breebaart; Laura Wick; Nevine Hassanein und Mayada Kharouf (2015): A cross sectional study of maternal 'near-miss' cases in major public hospitals in Egypt, Lebanon, Palestine and Syria. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 15 (296): 1-11.

Bellafronto, Catherine (2005): *Women's Rights in the Middle East and North Africa – Syria*. <http://www.refworld.org/docid/47387b70c.html>. Zugriff am 14. Jänner 2018.

Bernard, H. Russell (1988): *Research Methods in Cultural Anthropology*. London: Sage Publications.

Binder, Susanne (2017): Sozialanthropologische Flüchtlingsforschung: Begriffsbestimmungen, Konzepte und theoretische Perspektiven. In: Susanne Binder und Gebhard Fartacek (Hg.): *Facetten von Flucht aus dem Nahen und Mittleren Osten*. Wien: 124-149.

Binder, Susanne und Jelena Tošić (2003): Flüchtlingsforschung: Sozialanthropologische Ansätze und genderspezifische Aspekte. In: *SWS-Rundschau* (43.Jg.) 4: 450-472.

Brettell, Caroline B. und James F. Hollifield (2000): *Migration Theory. Talking Across Disciplines*. London: Routledge.

- Browner, Carole H. und Carolyn F. Sargent (1996): Anthropology and Studies of Human Reproduction. In: Carolyn F. Sargent und Thomas Johnson (Hg.): *Handbook of Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Westport und London: 219-234.
- Castles, Stephen (2003): Towards a Sociology of Forced Migration and Social Transformation. In: *Sociology* 37 (1): 13-34.
- Colen, Shellee (1995): "Like a Mother to Them": Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. In: Faye Ginsburg und Rayna Rapp (Hg.): *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: 78-102.
- Cosminsky, Sheila (1977): Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca. In: *Medical Anthropology* 6 (3): 69-104.
- Coulson, N.J. (1971): *Succession in the Muslim Family*. Cambridge: University Press.
- Dabash, Rasha und Farzaneh Roudi-Fahimi (2008): Abortion in the Middle East and North Africa. In: *Population Reference Bureau*: 1-8.
- Davis-Floyd, Robbie E. und Carolyn F. Sargent (1997): Introduction: The Anthropology of Birth. In: Robbie E. Davis-Floyd und Carolyn F. Sargent (Hg.): *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, Los Angeles, London: 1-51.
- DeSouza, Ruth (2004): Motherhood, Migration and Methodology: Giving Voice to the Other. In: *The Qualitative Report* 9 (3): 463-482.
- Douglas, Mary (1988 [1966]): *Reinheit und Gefährdung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Duden Online Wörterbuch (2017): *Wochenbett*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Wochenbett>; Zugriff am 14. Jänner 2018.
- Ekman, Mikael (2017): *ILAC Rule of Law Assessment Report: Syria 2017*. International Legal Assistance Consortium.
- Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen (2017): <http://www.fachdialognetz.de/>; Zugriff am 27. Oktober 2017.
- Fartacek, Gebhard (2010): *Unheil durch Dämonen? Geschichten und Diskurse über das Wirken der Ginn. Eine sozialanthropologische Spurensuche in Syrien*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Feldman, Rayah (2013): When maternity doesn't matter: Dispersing pregnant women seeking asylum. *Maternity Action and Refugee Council Report*. http://www.refugeecouncil.org.uk/assets/0002/6402/When_Maternity_Doesn_t_Matter_-_Ref_Council_Maternity_Action_report_Feb2013.pdf; Zugriff am 08. Februar 2017.
- FEMAIL (2017): *frauen:aktiv. Angebote für Migrantinnen in Vorarlberg*. <http://www.femail.at/broschueren-und-mehr/femail-broschueren/frauenaktiv-20172018.html>; Zugriff am 20. Februar 2017.

Fiala, Christian (2012): Who Pays the Piper? Funding for Contraception and Abortion. In: *Conscience* XXXIII (1): 34-35.

Flick, Uwe (2014): Mapping the Field. In: Uwe Flick (Hg.): *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. London: 3-18.

Foster, George M. und Barbara Gallatin Anderson (1978): *Medical Anthropology*. New York: John Wiley & Sons.

Fouad, Fouad M.; Annie Sparrow; Ahmad Tarakji; Mohamad Alameddine; Fadi El-Jardali; Adam P Coutts; Nour El Arnaout; Lama Bou Karroum; Mohammed Jawad; Sophie Roborgh; Aula Abbara; Fadi Alhalabi; Ibrahim AlMasri und Samer Jabbour (2017): Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for *The Lancet*–American University of Beirut Commission on Syria. In: *Health Policy*: 1-11.

Frankfurter Allgemeine (2017): *Trotz Krieg: Babyboom in der Ukraine*. <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/geburtenrate-steigt-trotz-krieg-babyboom-in-der-ukraine-14937083.html>; Zugriff am 22. März 2017

Garlick, Hattie (2016): Labour of love: the volunteers helping fellow refugees give birth. In: *The Guardian*. 17.12.2016.

Gibson-Helm, Melanie; Helena Teede; Andrew Block; Michelle Knight; Christine East; Euan M Wallace und Jacqueline Boyle (2014): Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (392): 1-11.

Ginsburg, Faye und Rayna Rapp (1995): Introduction: Conceiving the New World Order. In: Faye Ginsburg und Rayna Rapp (Hg.): *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: 1-17.

Green, Josephine M.; Mary J. Renfrew und Penny A. Curtis (2000): Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. In: *Midwifery* 16: 186-196.

Hadolt, Bernhard (1992): *Geburtssysteme im Kulturvergleich: Ethnologische Untersuchungen über den soziokulturellen Kontext von Geburt anhand von Beispielen aus Österreich, Nordindien und Ostmalaysien*. Diplomarbeit Universität Wien.

Harrell-Bond, B.E. und E. Voutira (1992): Anthropology and the Study of Refugees. In: *Anthropology Today* 8 (4): 6-10.

Heim, Kurt (2014): *Geburtenregister Österreich. Bericht Geburtsjahr 2012*. Fachbeirat Geburtenregister Österreich / Arbeitsgemeinschaft der OEGGG: Innsbruck.

Heine, Ina und Peter Heine (1993): *O ihr Musliminnen...Frauen in islamischen Gesellschaften*. Freiburg, Basel, Wien: Herder.

Henderson, Jane; Gao, Haiyan und Redshaw, Maggie (2013): Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 13 (196): 1-14.

- Higginbottom, Gina M.; Jalal Safipour, Sophie Yohani; Beverly O'Brien; Zubia Mumtaz; Patricia Paton; Yvonne Chiu und Rubina Barolia (2016): An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 16 (20): 1-15.
- Hobsig, Edith (2004): Frauen auf der Flucht: Asyl und Integration in Österreich aus frauenspezifischen Perspektiven. In: *L'Homme Z. F. G.* 15 (2): 233-248.
- Hussain, Musharraf (2012): *The Five Pillars of Islam*. Leicestershire: Kube Publishing Ltd.
- Huster, Karin (2013): *Caesarean section rates among the Syrian refugee population in Lebanon: possible causes, implications and recommendations going forward*. Masterarbeit, University of Washington.
- Huster, Karin; Njogu Patterson; Marian Schilperoord und Paul Spiegel (2014): Cesarean Sections Among Syrian Refugees in Lebanon from December 2012/January 2013 to June 2013: Probable Causes and Recommendations. In: *Yale Journal of Biology and Medicine* 87: 269-288.
- ILO – International Labour Organisation (2014): NATLEX: Database of national labour, social security and related human rights legislation. *Syrian Arab Republic – Maternity Protection: Legislative Decree No. 35*.
http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=62674&p_country=SYR&p_count=318&p_classification=16&p_classcount=1; Zugriff am 29. November 2017.
- Inhorn, Marcia C. (1994): *Quest for Conception. Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Inhorn, Marcia C. und Carolyn F. Sargent (2006): Introduction to Medical Anthropology in the Muslim World. In: *Medical Anthropology Quarterly* 20 (1): 1-11.
- Jordan, Brigitte (1993 [1978]): *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Long Grove: Waveland Press.
- Jordan, Brigitte (1995): Die Geburt aus Sicht der Ethnologie. In: Wulf Schiefenhövel et al. (Hg.): *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Berlin: 25-30.
- Jordan (1997): Authoritative Knowledge and Its Construction. In: Robbie E. Davis-Floyd und Carolyn F. Sargent (Hg.): *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, Los Angeles, London: 55-79.
- Jurdi, Rozzet und Marwan Khawaja (2004): Caesarean section rates in the Arab region: a cross-national study. *Health Policy and Planning* 19 (2): 101-110.
- Kanaaneh, Rhoda Ann (2002): *Birthing the Nation. Strategies of Palestinian Women in Israel*. University of California Press: Berkeley und Los Angeles.
- Kaufmann, Margit E. (2002): *KulturPolitik – KörperPolitik – Gebären*. Opladen: Leske + Budrich.

Khademi, Gholamreza; Maryam Ajilian Abbasi; Abbas Bahreini und Masumeh Saeidi (2016): Customs and Desirable after Childbirth in Islam. In: *International Journal of Pediatrics* 4 (1):1297-1303.

Kitzinger, Sheila (1962): *The Experience of Childbirth*. London: Gollancz Press.

Kitzinger, Sheila (1978): *Women as Mothers*. New York: Random House.

Klassen, Pamela E. (2001): Sacred Maternities and Postbiomedical Bodies: Religion and Nature in Contemporary Home Birth. In: *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 26 (3): 775-809.

Kottwitz, Anita; C. Katharina Spieß und Gert G. Wagner (2011): Die Geburt im Kontext der Zeit kurz davor und danach – Eine repräsentative empirische Beschreibung der Situation in Deutschland auf der Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). In: Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und Barbara Thiessen (Hg.): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: 129-153.

Kriss, Rudolf und Hubert Kriss-Heinrich (1962): *Volksglaube im Bereich des Islam: Amulette, Zauberformeln und Beschwörungen*. Band II. Wiesbaden: Harrassowitz.

Leach, Edmund (1961): *Rethinking Anthropology*. London: The Athlone Press.

Leach, Edmund (1978): *Kultur und Kommunikation: Zur Logik symbolischer Zusammenhänge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Levitt, Peggy und Nina Glick Schiller (2004): Conceptualizing Simultaneity: A Transnational Social Field Perspective on Society. In: *International Migration Review* 38 (3): 1002-1039.

MA 40, Gesundheit & Pflege: *Hilfe in besonderen Lebenslagen*.

<https://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/gesundheitsrecht/sozialhilfe/sonderbedarf.html>
; Zugriff am 27. Oktober 2017.

Malinowski, Bronislaw (1948 [1929]): *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia: An Ethnographic Account of Courtship, Marriage, and Family Life among the Natives of the Trobriand Islands, British New Guinea*. London: Routledge & Paul.

Malkki, Liisa H. (1995): Refugees and Exile: From “Refugee Studies” to the National Order of Things. In: *Annual Review of Anthropology* 24: 495-523.

Masliyah, Sadok (1998): *Abu and Umm in the Iraqi Dialect*. In: *Journal of Semitic Studies* XLIII (1): 113–129.

Mauss, Marcel (2014 [1934]): Die Techniken des Körpers. In: Frank Adloff et al. (Hg.): *Kultursoziologie: Klassische Texte – Aktuelle Debatten*. Frankfurt und New York: 153-173.

Mayring, Philipp (2002): *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel.

McCarthy, Rose und Melanie Haith-Cooper (2013): Evaluating the impact of befriending for pregnant asylum-seeking and refugee women. In: *British Journal of Midwifery* 21 (6): 404-409.

McClain, Carol (1982): Toward a Comparative Framework for the Study of Childbirth: A Review of the Literature. In: Margarita Kay (Hg.): *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: 25-60.

McCormack, Karen (2005): Stratified Reproduction and Poor Women's Resistance. In: *Gender & Society* 19 (5): 660-679.

McHugh, Jess (2016): Refugee Women Are Carrying More Than An Uncertain Future. In: *International Business Times*. <http://www.ibtimes.com/refugee-women-are-carrying-more-uncertain-future-2333260>; Zugriff am 21. November 2017.

Mead, Margaret und Niles Newton (1967): Cultural Patterning of Perinatal Behavior. In: S. Richardson und A. F. Guttmacher (Hg.): *Childbearing: Its Social and Psychological Aspects*. Baltimore: 142-244.

Meuser, Michael und Ulrike Nagel (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Susanne Pickel et al. (Hg.): *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen*. Wiesbaden: 465-479.

Mikkelsen, Britha (2005): *Methods for Development Work and Research. A New Guide for Practitioners*. Sage Publications: New Delhi, Thousand Oaks, London.

Mittelberger, Camilla (2017): Ein Krieg, zwei Geschichten: Damaszener Stadtteile in den Tagen der Revolution. In: Susanne Binder und Gebhard Fartacek (Hg.): *Facetten von Flucht aus dem Nahen und Mittleren Osten*. Wien: 269-280.

Montagu, Ashley (1974 [1937]): *Coming Into Being Among The Australian Aborigines. A Study of the Procreative Beliefs of the Native Tribes of Australia*. London und Boston: Routledge & Kegan Paul.

MSF – Mediciens Sans Frontieres (2013): *Syrian Refugees in Lebanon: "Pregnant Women Often Have No Idea Where to Go"* <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/syrian-refugees-lebanon-pregnant-women-often-have-no-idea-where-go>; Zugriff am 20. November 2017.

MSF – Mediciens Sans Frontieres (2016): *International Activity Report*. Lausanne.

Mullings, Leith (1995): Household Headed by Women: The Politics of Race, Class, and Gender. In: Faye Ginsburg und Rayna Rapp (Hg.): *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: 122-139.

Münz, Rainer (2013 [2007]): *Fertilität und Geburtenentwicklung*. Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung. <https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/faktoren/fertilitaet.html>; Zugriff am 25. Oktober 2017.

Nadig, Maya (2011): Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual: Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In: Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und Barbara Thiessen (Hg.): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: 39-73.

Newman, Lucille F. (1965): *Culture and Perinatal Environment in American Society*. Dissertation, University of California, Berkeley.

Newton, Niles (1975): Birth Rituals in Cross-Cultural Perspective: Some Practical Applications. In: Dana Raphael (Hg.): *Being Female. Reproduction, Power and Change*. The Hague und Paris: 37-41.

Oakley, Ann 1980. *Women Confined: Toward a Sociology of Childbirth*. New York: Schocken Books.

Osterman, Michelle und Joyce Martin (2011): Epidural and Spinal Anesthesia Use During Labor: 27-state Reporting Area, 2008. In: *National Vital Statistics Reports* 59 (5): 1-16.

ÖGF: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (2013): *Angebote der ÖGF-Beratungsstellen*. <http://oegf.at/familienplanung/beratungsstellen.html>; Zugriff am 27. Oktober 2017.

Österreichisches Hebammengremium. *Flüchtlingsbetreuung*. <http://www.hebammen.at/hebammen/empfehlungen/>; Zugriff am 25. Februar 2018.

Phonogrammarchiv der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ÖAW). www.phonogrammarchiv.at; Zugriff am 19. Februar 2018.

pro familia (2015): *Pressemitteilung zum Tag des Flüchtlings am 2. Oktober*. Frankfurt am Main.

Ramrayka, Liza (2016): The Quiet Crisis of Europe's Pregnant Refugees. *News Deeply*. <https://www.newsdeeply.com/refugees/articles/2016/06/08/the-quiet-crisis-of-europes-pregnant-refugees>; Zugriff am 21. November 2017.

Raphael, Dana (1975): *Being Female. Reproduction, Power and Change*. The Hague, Paris: Mouton Publishers.

Rapp, Rayna (1997): Foreword. In: Robbie E. Davis-Floyd und Carolyn F. Sargent (Hg.): *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, Los Angeles und London: xi-xii.

Refaat, Marwan M. und Kamel Mohanna (2013): Syrian refugees in Lebanon: facts and solutions. In: *The Lancet* 382: 763-764.

RMSA – Refugee Midwifery Service Austria (2016). www.rmsa.help; Zugriff am 14. Jänner 2017.

Rose, Lotte und Ina Schmied-Knittel (2011): Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und

- Barbara Thiessen (Hg.): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: 75-100.
- Roudi-Fahimi, Farzaneh (2003): Women's Reproductive Health in the Middle East and North Africa. In: *Population Reference Bureau*: 1-8.
- Russo, Alana; Belinda Lewis; Andrew Joyce; Belinda Crockett und Stanley Luchters (2015): A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. In: *BMC Pregnancy & Childbirth* 15 (197): 1-13.
- SAMS – Syrian American Medical Society (2016): *Annual Report*. Washington DC.
- Sargent, Carolyn und Grace Bascope (1996): Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. In: *Medical Anthropology Quarterly* 10 (2): 213-236.
- Sargent, Carolyn und Thomas Johnson (1996): Introduction. In: Carolyn Sargent und Thomas Johnson (Hg.): *Handbook of Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Westport und London: i-xxi.
- Sargent, Carolyn und Stéphanie Larchanché (2011): Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness and Access to Care. In: *Annual Review of Anthropology* 40: 345-361.
- Save the Children (2014): *State of the World's Mothers 2014. Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Westport.
- Schiefenhövel, Wulf; Christine Gottschalk-Batschkus und Dorothea Sich (1995 [1983]): *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schildberger, Barbara (2011): *Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe. Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Shalinsky (2006): Participant-Observation. In: H. James Birx (Hg.): *Encyclopedia of Anthropology*. Thousand Oaks, London, New Delhi: 1829.
- Shore, Cris und Susan Wright (2011): Introduction: Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility. In: Shore et al. (Hg.): *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. Oxford und New York: 1-25.
- Sieder, Reinhard (2008): Erzählungen analysieren – Analysen erzählen: Narrativ-biografisches Interview, Textanalyse und Falldarstellung, in Karl R. Wernhart und Werner Zips (Hg.): *Ethnohistorie: Rekonstruktion und Kulturkritik. Eine Einführung*. Wien: 145-172.
- Small, Rhonda; Carolyn Roth; Manjri Raval; Touran Shafiei; Dineke Korfker; Maureen Heaman; Christine McCourt und Anita Gagnon (2014): Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (152) 1-17.
- Statistik Austria (2017a): Bevölkerung am 1.1.2017 nach detailliertem Geburtsland und

Bundesland. *Statistik des Bevölkerungsstandes*. Wien am 23. Mai 2017.

Statistik Austria (2017b): Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2017 nach detaillierter Staatsangehörigkeit. *Statistik des Bevölkerungsstandes*. Wien am 08. Februar 2017.

Statistik Austria (2017c): Migration & Integration. zahlen.daten.indikatoren. Wien.

Stoller Shaw, Nancy (1974): *Forced Labor: Maternity Care in the United States*. New York: Pergamon Press.

Strasser, Sabine (1994): *Die Unreinheit ist fruchtbar! Der Körper als Ausdruck von Ordnung und Unordnung in einem türkischen Dorf am Schwarzen Meer*. Dissertation, Universität Wien.

Stülb, Magdalena (2010): *Transkulturelle Akteurinnen. Eine medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland*. Berlin: Weißensee Verlag.

Thompson, Paul. 2000. *The Voice of the Past. Oral History*. Oxford und New York: Oxford University Press

Turner, Victor (1969): *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Abingdon und New York: Routledge.

UNFPA – United Nations Population Fund und UNDP – United Nations Development Programme (2014): *Syria Humanitarian Assistance Response Plan (SHARP)*.

UNFPA – United Nations Population Fund (2015): *Women and Girls in the Syria Crisis: UNFPA Response. Facts and Figures*.

UNFPA – United Nations Population Fund (2016): *Women and Girls in the Syria Crisis: UNFPA Response. Facts and Figures*.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2017a): *Figures at a Glance. Statistical Yearbook*. <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>; Zugriff am 17. November 2017.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2017b): Syria Regional Refugee Response. http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php#_ga=2.8298929.2024532667.1510842106-406888159.1510227612; Zugriff am 17. November 2017.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2017c): *Mapping Statelessness in Austria*.

UNHCR, UNFPA und Women's Refugee Commission (2016): *Initial Assessment Report: Protection Risks for Women and Girls in the European Refugee and Migrant Crisis*.

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (2013): *At a glance: Syrian Arab Republic. Statistics*.

https://www.unicef.org/infobycountry/syria_statistics.html#120; Zugriff am 15. November 2017.

UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Fund (2016): *UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women. Antenatal Care Coverage*.
<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>; Zugriff am 24. November 2017.

UN Security Council (2016): *Resolution 2286. Protection of civilians in armed conflict*. Verabschiedet durch das 7685. Treffen des Sicherheitsrates am 3. Mai 2016.

UN Population Policy Data Bank. *Syrian Arab Republic. Abortion Policy*.

Van Eijk, Esther (2013): *Family Law in Syria: A Plurality of Laws, Norms, and Legal Practices*. Diplomarbeit, Universität Leiden.

Van Gennep, Arnold (2005 [1909]): *Übergangsriten. Les rites de passage*. Frankfurt und New York: Campus Verlag.

Villa, Paula-Irene; Stephan Moebius und Barbara Thiessen (2011): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Einführung*. In: Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und Barbara Thiessen (Hg.): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: 7-21.

Von Welser, Maria (2016): *Kein Schutz – nirgends: Frauen und Kinder auf der Flucht*. München: Ludwig Verlag.

WHO – World Health Organisation (2015): *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Human Reproduction Programme, Department of Reproductive Health and Research. Switzerland.

WHO – World Health Organisation (2016a): *HeRAMS | December 2016 | Snapshot for Public Hospitals in Syria*.

WHO – World Health Organisation (2016b): *Maternal Mortality: Syrian Arab Republic*. Global Health Observatory.

WHO – World Health Organisation (2016c): *Health Profile 2015: Lebanon*. Regional Office for the Eastern Mediterranean.

World Bank Data (2017a): *Gender Statistics*.
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=gender-statistics#>; Zugriff am 15. November 2017.

World Bank Data (2017b): *Population, total. Syria*.
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=SY>; Zugriff am 08. November 2017.

10. Anhang

10.1 Rechtstexte und politische Anträge

Antrag 11/2013: Selbständiger Antrag der Abgeordneten zum Vorarlberger Landtag Vahide Aydin, Klubobmann Johannes Rauch, Bernd Bösch und Katharina Wiesflecker, Die Grünen. *Chancengleichheit für Kinder von Geburt an*. 6. Februar 2013.

Bundesgesetz für den Hebammenberuf (1994). *Bundesgesetz Nr. 310*. Wien.

Genfer Konvention (1949): *IV. Geneva Convention Relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War of 12 August 1949*. Genf.

Labour Law No.17 (2010): Arabische Republik Syrien.

Mindestsicherungsverordnung, Änderung (2017): *40. Verordnung, Vorarlberg Landesgesetzblatt*, ausgegeben am 21. Juni 2017.

Legislative Decree 276 (1969): *Nationality Law*. Syrien.

Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates zur *Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen*. 26. Juni 2013.

RV 66/2015: Mindestsicherungsgesetz, Änderung: Gesetz über eine Änderung des Mindestsicherungsgesetzes, ausgegeben am 9. Dezember 2015.

Staatsbürgerschaftsgesetz 1985: *Bundesgesetz über die österreichische Staatsbürgerschaft*. Österreich

10.2 Schriftverkehr

E-Mail an die Autorin, weitergeleitet von Gabi Sprickler-Falschlunger und verfasst von einer Mitarbeiterin des *Amtes der Vorarlberger Landesregierung*. 19. Mai 2017.

E-Mail an die Autorin, gesendet von der Hebamme Carolin Henrichs, *LKH Feldkirch*. 25. Oktober 2017.

E-Mail an die Autorin, gesendet von Anita Mikulasek, *Statistik Austria*. 1. Dezember 2017.

E-Mail an die Autorin, gesendet von Anita Mikulasek, *Statistik Austria*. 6. Dezember 2017.

E-Mail an die Autorin, weitergeleitet von Gabi Sprickler-Falschlunger und verfasst von einer Mitarbeiterin des *Amtes der Vorarlberger Landesregierung*. 20. November 2017.

10.3 Verzeichnis der Interviews und Fachgespräche

Interviews mit einer Signaturnummer sind im Phonogrammarchiv der Österreichischen Akademie der Wissenschaften archiviert (<http://www.phonogrammarchiv.at>)

Interview mit Andeira am 18. Mai 2017, Lochau. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170518.G002

Interview mit Bahia am 5. April 2017. Lustenau. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170405.G001

Interview mit Jehan am 23. April 2017. Göfis. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170423.G001

Interview mit Manar am 7. April 2017, 23. Mai 2017 und 6. Jänner 2018. Sulz. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170407.G001

Interview mit Marwa am 22. April 2017. Rankweil. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170422.G001

Interview mit Medya am 13. Juli 2017. Lustenau. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170713.G001

Interview mit Nur am 18. Mai 2017. Klaus. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170518.G001

Interview mit Ola am 08. März 2017. Hard. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170308.G001

Interview mit Rana D. am 10. Juli 2017. Wien.

Interview mit Rana K. am 6. April 2017 und 23. Mai 2017. Lustenau. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170406.G001

Interview mit Zainab am 8. April 2017. Lustenau. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170408.G001

Interview mit dem Gynäkologen Louai am 5. Juli 2017. Wien. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170705.G001

Interview mit der Gynäkologin Samar am 4. Juli 2017. Wien. Phonogrammarchiv, Signaturnummer: 20170704.G001

Interview mit der Hebamme Andrea am 17. Juli 2017. Lustenau.

Interview mit der Hebamme Susanne am 22. August 2017. Bregenz.

Fachgespräch mit der Hebamme Daniela am 19. Oktober 2017. Dornbirn.

Fachgespräch mit der Hebamme Lisa am 10. Jänner 2018. Dornbirn.

10.4 Geburtshilfliche Fachbegriffe Deutsch-Arabisch (ÖHG)

<i>Kommt etwas aus der Scheide ?</i>	يأتي شيء من المهبل؟
Schleim	مخاط
Flüssigkeit oder Wasser	سائل أو ماء
Blut	دم
Ausfluss	إفراز

<i>Ich werde Sie jetzt untersuchen</i>	انا ساعمل فحص طبي الان
äußerlich abtasten	جس خارجيا
mit dem Ultraschall	الفحص بالموجات فوق الصوتية , سونار
vaginale Untersuchung	الفحص المهبلي
rektale Untersuchung	فحص المستقيم

<i>Bitte ziehen Sie sich aus</i>	الرجاء خلع الملابس
Bitte die Unterhose ausziehen	الرجاء خلع الملابس الداخلية الخاصة بك
Bitte Oberkörper (Brust) freimachen	الرجاء خلع الجزء العلوي، الصدر
Bitte alles ausziehen	الرجاء خلع جميع الملابس
Ich nehme Ihnen Blut ab	أنا اسحب الدم منك
Ich messe den Blutdruck	انا اقيس ضغط الدم
Ich untersuche den Harn	انا افحص البول

<i>Therapie</i>	علاج
Die Tabletten einmal täglich schlucken	ابتلاع أقراص مرة واحدة يوميا
Die Tabletten zweimal tägl. schlucken	ابتلاع أقراص مرتين يوميا
Die Tabletten dreimal täglich schlucken	ابتلاع أقراص ثلاث مرات في اليوم
vor dem Essen	قبل وجبات الطعام

<i>Geburtshilfliche Befragung</i>	أسئلة بخصوص الولادة
-----------------------------------	---------------------

Deutsch – Arabisch

Vokabel zum Zeigen für die Verständigung mit schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen

Ziehen	الشعور بالشد
Brennen	الشعور بالحرق
Juckreiz	الشعور بالحكة

<i>Haben Sie Beschwerden?</i>	هل لديكم شكاوى؟
Übelkeit	غثيان
Schmerzen	ألم
Blutung	نزيف
Ausfluss	إفراز
Probleme beim Harnlassen	مشاكل التبول
Probleme beim Stuhlgang	مشاكل مع حركات الأمعاء
Druck	الشعور بالضغط
Krampf	الشعور بالمغص

<i>Wo spüren Sie das?</i>	حيث تشعر هذه؟
Im Unterbauch rechts	في الجهة اليمنى أسفل البطن
Im Unterbauch links	في الجهة اليسرى أسفل البطن
Im Oberbauch rechts	في الجزء العلوي من البطن على اليمين
Im Oberbauch links	في الجزء العلوي من البطن الأيسر
Im Bereich der Flanken (Nierenlager)	في مجال الكلى
Im Bereich der Leisten	الأربية في مجال
In der Scheide	في المهبل

mit dem Essen	مع وجبات الطعام
Eisen	حديد
Magnesium	المغنيسيوم
Vitamine	فيتامين
Antibiotikum	مضاد حيوي
Name des Medikaments	اسم الدواء
Für Tage	لأيام
Für Wochen	لأسابيع
Salbe für den Genitalbereich	مرهم لمنطقة الأعضاء التناسلية
Salbe für die Haut	مرهم للجلد
Zäpfchen für die Scheide	التحاميل للامهبل
am Abend vor dem Schlafengehen	في المساء قبل النوم
Zäpfchen rektal	التحاميل للمستقيم

Ich empfehle einen Krankenhausaufenthalt	أنصح لك بالبقاء في المستشفى
zur Schonung	لحماية
zur Wehenhemmung	لحل المخاض
zur Antibiotikatherapie	لعلاج بالمضادات الحيوية
zur Schmerztherapie	للعلاج بالمسكنات
zur Geburtseinleitung	تحريض المخاض

Diese Vokabelliste kann dabei unterstützen, arabisch-sprachigen Frauen zumindest die wichtigsten Begriffe im Rahmen einer geburtshilflichen Untersuchung oder Betreuung zu erklären.

Für den Inhalt verantwortlich: Österreichisches Hebammengremium, Landesgeschäftsstelle Wien. www.hebammen.at
Übersetzung: Dr. Zyadeh-Jinnate Schadia, OÄ im Wilhelminenspital Wien

Nutzung und Vervielfältigung ausdrücklich erlaubt.

Wien, im April 2016



Geburtshilfliche Fachbegriffe المصطلحات الفنية التوليد

Deutsch - Arabisch

Vokabel zum Zeigen
für die Verständigung mit schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen

Allergie	حساسية
Antibiotika	المضادات الحيوية
Antikörper	لأجسام المضادة
Apotheke	صيدلية
Ausfluss	إفرازات مهبلية
Äußerliche Untersuchung	الفحص الطبي الخارجي
Baby	طفل رضع
Becken	حوض
Beckenendlage	الوضع المقعدة

Betäubung	مخدر
Blinddarm	الزائدة الدودية
Blinddarmreizung/ Entzündung	التهاب الزائدة الدودية
Blutdruck	ضغط الدم
Blutgruppe	فصيلة الدم
Blutkreislauf	دوران دم
Blutuntersuchung	فحص دم
Brustuntersuchung	فحص الثدي
Diabetes mellitus	مرض السكري
Durchfall	الإسهال
Einlauf	حقنة شرجية
Eisenmangelanämie	أنيميا نقص الحديد
Erbrechen	قيء

Fetale Dystrophie	نقص بنمو الجنين
Fieber	حرارة
Frauenarzt	طبيب نسائي
Fruchtwasser	السائل الذي يحيط بالجنين
Fruchtwassertest	اختبار السائل الذي يحيط بالجنين
Gebärmutter	الرحم
Gebärmutterkontraktionen	تقلصات الرحم
Geburt	الولادة
Geburtswehen	مخاض، انقباضات الولادة
Geschätztes Geburtsgewicht	الوزن المقدر للجنين
Glukosetoleranztest	اختبار تحمل الجلوكوز
Harn	بول
Harnblase	مثانة بولية

Harnuntersuchung	اختبار البول
Harnwegsinfekt	التهاب المسالك البولية
Hebamme	القابلة المولدة
Hepatitis	التهاب الكبد الوبائي
Herztöne	أصوات القلب
Herztonschreiber	تسجيل ضربات القلب
HIV	فيروس نقص المناعة البشرية
Impfung	تلقيح
Infektion, Entzündung	العدوى، التهاب
Intravenöse Therapie	العلاج عن طريق الوريد
Kinderarzt	طبيب أطفال
Krämpfe	مغص، تشنجات
Krankenhaus	مستشفى

Krankenschwester	ممرضة
Kurettage	كحت
Lues, Syphilis	الزهري، افرنجي
Makrosomie	عملقة الجنين
Menstruation	الحيض
Menstruationszyklus	دورة الحيض
Nabelschnur	الحبل السري
Nierenschmerzen	آلام في الكلى
Obstipation	الإمساك
Ödeme	وزمات
Operation	عملية
Plazenta	مشيمة
Portio, Muttermund	عنق الرحم

Rezept	وصفة
Röteln	الحصبة الألمانية
Salbe	مرهم
Schädelage	العرض الرأسي
Schleim	مخاط
Schmerzen	آلم
Schmerzmittel	مسكن الألم
Schwangerschaftsdiabetes	سكري الحمل
Spritze	حقنة
Tablette	أقراص دواء
Toxoplasmose	مرض القطط
Tropfen	قطرة
Ultraschall, Sono	بالموجات فوق الصوتية، سونو

Untersuchung	الفحص الطبي
Vaginale Untersuchung	الفحص المهبلي
Wehen	مخاض، انقباضات الولادة
Wehenhemmung	حل المخاض
Zäpfchen	تحميلة
Zwillinge	حمل التوأم

JA	نعم
NEIN	لا

Jemanden anrufen	الاتصال بشخص ما
Seit wann?	منذ متى
Bitte	لو سمحت
Danke	شكرا
Entschuldigung!	عذرا

Diese Vokabelliste kann dabei unterstützen, arabisch-sprachigen Frauen zumindest die wichtigsten Begriffe im Rahmen einer geburtshilflichen Untersuchung oder Betreuung zu erklären.

Für den Inhalt verantwortlich: Österreichisches Hebammengremium,
Landesgeschäftsstelle Wien. www.hebammen.at
Übersetzung: Dr. Zyadeh-Jinnie Schadia,
OÄ im Wilhelminenspital Wien

Nutzung und Vervielfältigung ausdrücklich erlaubt.

Wien, im April 2016



Quelle: <http://www.hebammen.at/hebammen/empfehlungen/>

10.5 Abstract Deutsch

Das Interesse dieser Studie richtet sich auf die Auswirkungen von Krieg und Flucht auf eine besonders vulnerable Gruppe, nämlich Frauen, die ein Kind erwarten. Diese kultur- und sozialanthropologische Forschung beschäftigt sich insbesondere mit der Situation geflüchteter Syrerinnen im Bundesland Vorarlberg.

Unter Anwendung der empirischen Methoden des narrativen und semi-strukturierten Interviews und der teilnehmenden Beobachtung sowie vor dem Hintergrund extensiver Literaturrecherche und rezenter anthropologischer Theorienbildung wurden Veränderungen in der Schwanger- und Mutterschaft als Folge von Krieg und Flucht identifiziert. Dabei werden Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft als kulturell bedingte Phänomene verstanden, die innerhalb eines gesellschaftsspezifischen „Geburtssystems“ (Jordan 1993[1978]) verortet werden können. Das „Geburtssystem“ und die Hierarchisierung von Wissen innerhalb dieses Systems bilden gemeinsam mit Colens (1995) Konzept der „stratifizierten Reproduktion“ den theoretischen Rahmen einer Analyse der Schwanger- und Mutterschaft im Fluchtkontext.

Eine detaillierte Darstellung des syrischen Gesundheitssystems und ausgewählter lokal-kultureller Traditionen, wie beispielsweise die elterliche Namensänderung und das Phänomen der *kabsa*, dienen der soziokulturellen Kontextualisierung und der ethnisch-religiösen Einbettung der Forschungsergebnisse. Untersuchungen zum Zugang der Frauen zu medizinischer und sozialer Versorgung sowie zur Berücksichtigung lokal-kultureller Konzeptionen von Schwangerschaft und Geburt in der Interaktion zwischen den syrischen Frauen und dem medizinischen Personal zeigten unterschiedliche Handlungsstrategien (Anpassung, Abgrenzung, Mitgestaltung) innerhalb des österreichischen Geburtssystems auf. Diskursive, stereotype Darstellungen der arabischen Frau als Hausfrau und Mutter sowie der Verlust eines gewissen Lebensstandards schränken die Frauen in ihrer Entscheidungsfreiheit für oder gegen eine (weitere) Schwangerschaft ein, während die Verringerung des verwandtschaftlichen Drucks als Erweiterung ihres Handlungsrahmens gesehen werden kann. Durch Verlusterfahrungen und das Schwinden des sozialen und familiären Netzwerkes erlangt die sogenannte Kernfamilie neue Bedeutung. Derartige Veränderungen der Reproduktionsstrategien konnten als eine der Auswirkungen von Krieg und Flucht innerhalb der untersuchten sozialen Gruppe identifiziert werden.

10.6 Abstract Englisch

The current research observes the impact of war and flight on a particularly vulnerable group, namely pregnant women. This anthropological study focuses specifically on the situation of Syrian refugees living in the Austrian county of Vorarlberg.

The empirical methods chosen consist of narrative and semi-structured interviews as well as participant observation. An analysis of the collected data includes extensive literature research, taking into account recent anthropological theoretical developments. These methods allow for the identification of changes in pregnancy and motherhood as a result of war and flight. Pregnancy, child birth and motherhood are understood to be culturally shaped phenomena, which can be situated within a “birthing system” (Jordan 1993[1978]) specific to each society. The “birthing system” and the hierarchy of knowledge therein, together with Colen’s (1995) concept of “stratified reproduction”, constitute the theoretical framework for the analysis of pregnancy and motherhood in the context of flight.

A detailed account of Syria’s health system as well as selected local cultural traditions, such as parental name change or the phenomenon of *kabsa*, allow for sociocultural and religious contextualisation of the research results. An examination of access to medical and social care amongst Syrian women together with the consideration of culture-specific conceptions of pregnancy and child birth during patient-staff interactions reveal strategies applied within the Austrian birthing system (adaptation, differentiation, active participation). Stereotypical discursive representations of the Arabic woman as house wife and mother as well as the loss of a certain standard of living limit the women in their freedom of choice for or against (another) pregnancy. In contrast, a reduction of influence from relatives due to geographical distance results in an expansion of the refugees’ action framework. The experience of loss and the dwindling of the social and familial network causes increased focus on the nuclear family. Such changes to strategies of reproduction are one of the effects of war and flight among Syrian refugees in Vorarlberg.