



Rassismus in der Geburtshilfe

Katharina Rauh

Wie die Hebammen Schlieve und Suri (2022) in ihrem Aufruf „Lasst uns aktiv werden!“ in der „Deutsche[n] Hebammen Zeitschrift“ beschreiben, sind Rassismus und Diskriminierung in der Geburtshilfe und im Kreißsaal auch in Deutschland ein relevantes Thema. Im deutschsprachigen Raum ist die Datenlage sehr dünn und heterogen. Die durchgeführten Studien beziehen sich häufig generell auf Gebärende mit Migrationshintergrund, ohne dass unterschieden wird, inwieweit sich beispielsweise Sprachbarrieren, Religion, Ethnie oder sozioökonomischer Status (SES) auswirken. Ausreichende qualitative und quantitative Studien mit intersektionalem Ansatz sind für den deutschsprachigen Raum erforderlich (Winkler & Babac, 2022).

Im Folgenden wird beispielhaft aufgezeigt, inwieweit rassistische Diskriminierung in der Geburtshilfe Auswirkungen auf die Gesundheit Schwarzer Frauen* hat und exemplarisch Lösungsansätze vorgestellt. Der vorliegende Beitrag entstand durch eine analytische Literaturrecherche der Online-Literaturdatenbank PubMed im Sommer 2023. Primär sind Studien aus den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) verfügbar, so dass sich die vorgestellten Erkenntnisse mehrheitlich darauf beziehen.

Ursachen

Den Auswirkungen von Rassismus in der Geburtshilfe liegt ein multifaktorielles Geschehen zu Grunde, das sowohl historisch, soziostrukturell als auch politisch bedingt und bisher noch nicht gänzlich erforscht ist. Aspekte sind unter anderem rassistische Strukturen, Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung, gesellschaftliche rassistische Diskriminierung sowie Mangel an kultureller Kompetenz, und Vorurteile beim medizinischen Personal. Historisch und soziokulturell bedingte Stereotypen, Vorannahmen und Vorurteile bleiben bis heute noch offen oder als „implicit bias“ bestehen.

**Of all the forms of inequality,
injustice in health care is the
most shocking and inhumane.**

Dr. Martin Luther King, Jr., 25.03.1966



„Implicit bias“
beschreibt
unterbewusste
Vorurteile,
Stereotype,
Gedanken
und Gefühle
gegenüber
Individuen und ist
abzugrenzen von
offener, direkter
Diskriminierung.



Die meisten Menschen, die im medizinischen Bereich tätig sind, sind sich dieser gar nicht bewusst, obwohl fast jede*r davon betroffen ist. Er wirkt sich auf das menschliche Verstehen, Handeln und Entscheiden aus, und somit auch auf die Behandlung von Menschen innerhalb des Gesundheitssystems. Da es sich hierbei um einen unterbewussten Vorgang handelt, ist er schwer messbar und schwierig, die Folgen darauf zurückzuführen sowie ein Bewusstsein für eine aktive Auseinandersetzung damit zu schaffen. Die Auswirkungen können sowohl im Entscheidungsprozess, in der Kommunikation zwischen Patient*innen und medizinischem Personal, als auch im Zugang zur und der Annahme von Gesundheitsversorgung auftreten.

Die Lebensbedingungen und -realitäten von Schwarzen Menschen in den USA haben Einfluss und Auswirkungen auf deren Gesundheit. Die „Weathering Hypothesis“ vermutet, dass sich der Gesundheitszustand Schwarzer Menschen bereits ab dem jungen Erwachsenenalter aufgrund der Kumulation von sozioökonomischen Stressereignissen stärker verschlechtert als bei weißen Personen.

Diese Hypothese wird durch Studien unterstützt, die zeigen, dass sowohl ein geringer SES als auch Schwarz-sein mit vermehrt chronischen Erkrankungen im Verlauf des Lebens assoziiert sind. Unter anderem ursächlich für dieses Phänomen sind nicht-medizinische Faktoren, die Gesundheitsoutcomes beeinflussen, sogenannte „Social Determinants of Health“, ebenso wie Rassismus. Struktureller Rassismus spielt hierbei eine große Rolle, aber auch der interpersonelle Rassismus hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheit, sowie den Schwangerschaftsverlauf.

Auswirkungen von Rassismus in der Geburtshilfe

Black Indigenous and People of Colour (BIPOC) Frauen*, die in erster Generation in die USA emigriert sind, haben statistisch signifikant weniger Kinder mit geringem Geburtsgewicht als in den USA geborene Frauen* der gleichen Ethnie, ebenso erleben Schwarze Frauen*, die aus Sub Sahara Afrika in die USA emigrierten, signifikant weniger Frühgeburten als in den USA geborene Schwarze Frauen*. Dies legt die Annahme nahe, dass der Auslöser nicht die unterschiedlichen Ethnien selbst, sondern die Lebensrealitäten Schwarzer Frauen* in den USA sind.

In den USA wurden vermehrt ab 1980 Studien durchgeführt, die einen Unterschied im Outcome der Schwangerschaften bezüglich Morbidität und Mortalität von Schwarzen und weißen Frauen* belegen.

Schwarze Frauen* haben ein deutlich höheres Risiko peripartal zu versterben, im Vergleich mit weißen Frauen* 2,5 mal häufiger.

Auch die Kindersterblichkeit innerhalb des ersten Lebensjahrs gemessen pro 1000 Lebendgeburten zeigt große ethnische Unterschiede zwischen Schwarzen (10,8) und weißen Kindern (4,6).

Zu den häufigsten Ursachen für Kindersterblichkeit zählen unter anderem Frühgeburtlichkeit und ein geringes Geburtsgewicht, wovon Kinder Schwarzer Frauen* häufiger betroffen sind.

Durch die kindliche Unreife verstärken sich die Auswirkungen des bereits erhöhten Risikos, der qualitativ schlechteren Betreuung und Behandlung und der sozioökonomischen Nachteile. Diese bleiben auch im weiteren Lebensverlauf bestehen und ziehen wiederum besonders im ersten Lebensjahr erhöhte Morbidität und Mortalität nach sich.

Dabei sind in Bezug auf geringes Geburtsgewicht Schwarze Personen egal welchen Bildungsgrads überproportional häufiger betroffen als Frauen* aller anderen Ethnien.

Ebenfalls ist das Risiko für Frühgeburtlichkeit bei gebildeten Schwarzen Frauen* trotz hohem SES höher als bei weißen Frauen* mit vergleichbarem sozialem Stand (9,9% versus 5,5%).

Mögliche Lösungsansätze

Für eine gleiche Behandlung Schwarzer Personen bedarf es einer nationalen, politischen und vor allem strukturellen Veränderung mit und für Schwarze Gebärende, damit gleiche Chancen auf eine physiologische Schwangerschaft und gesunde Kinder bestehen. Lokale Ansätze mit dem Ziel, die Auswirkungen zu reduzieren und den verschiedenen Ursachen entgegenzuwirken, können ebenso einen kleinen, aber wichtigen Teil beitragen. Einige Lösungsansätze werden im Folgenden vorgestellt.

Stärkung von „Human Factors“

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen schwerer maternaler* Morbidität und ethnischer Diversität der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

und Hebammen wurde eine hohe ethnische Diversität des medizinischen Personals mit einer geringeren Morbidität bei Schwarzen, Hispanischen, Asian and Pacific Islander und weißen Frauen* assoziiert. Darauf stützt sich die Annahme, dass eine kulturelle und ethnische Diversität innerhalb des medizinischen Personals für alle Gebärenden vorteilhaft ist.

Mehr Diversität innerhalb der Hebammen ist wichtig, um alle Frauen* gut begleiten zu können, da Hebammen eine wichtige Rolle in der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchner*innen innehaben. Dafür müssen auch rassistische Diskriminierung in der Ausbildung und Berufsgruppe der Hebammen eliminiert werden.

Die Begleitung Schwarzer Mütter* sollte beziehungsorientiert und anti-rassistisch sein, sowie auf den Prinzipien der reproduktiven Gerechtigkeit beruhen. Weitere Kernthemen um die geburtshilfliche Versorgung Schwarzer Frauen* zu verbessern, sind bessere Kommunikation, Aufklärung, Respekt und eine gute Vertrauensbasis.

Aufklärungsarbeit in Praxis und Lehre

Auch gezielte Workshops und Aufklärungskampagnen zum Thema „Rassismus in der Geburtshilfe“ sowohl in der Lehre als auch in der Praxis sind sinnvoll, um Aufmerksamkeit auf diese relevante Thematik zu lenken und ein Bewusstsein dafür zu schaffen.

Beispielhaft wurden in einem ein- bis zweistündigen, interaktiven Workshop der sich an Ärzt*innen richtete Themen wie Mikroaggressionen, Stereotype, verschiedene Ebenen des Rassismus, Auswirkungen und anti-rassistische Konzepte diskutiert. Anschließend gaben mehr als zwei Drittel der Befragten an, Unterschiede in der

Behandlung und Rassismus besser erkennen und benennen zu können.

Gezielt in Bezug auf die Geburtshilfe ist eine Implementation vergleichbarer Workshops denkbar, ebenso wie andere Interventionen auf Basis bereits entwickelter Prinzipien und Strategien, um anti-rassistische Maßnahmen in Kliniken einzuführen.

Kulturelle Kompetenz in der Hebammenarbeit ist ein grundlegender Soft-Skill im Umgang mit Menschen aus verschiedenen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen. Das Erlernen dieser wichtigen Grundlage der Hebammenarbeit bereits in der Ausbildung erscheint sinnvoll, damit alle Hebammen die Chance haben, alle Frauen* kompetent und kultursensibel zu betreuen.

Rassismuskritische Forschung

Historisch bedingt bestehen noch viele Stereotype über medizinische Unterschiede zwischen Menschen verschiedener Ethnien. Gerade im Bereich der Forschung ist es von zentraler Bedeutung, dass aktuelle und vor allem zukünftige Studien, Empfehlungen und Standards unter einem rassismuskritischem Ansatz betrachtet und hinterfragt werden. Dabei ist allerdings wichtig, dass umsichtig vorgegangen wird, um epigenetische Unterschiede zwischen Ethnien in Bezug auf Komorbiditäten zu identifizieren, deren Wahrscheinlichkeiten unter anderem durch „Social Determinants of Health“ und täglich erlebten Rassismus erhöht sind. Deshalb sollten bei der Entwicklung von Empfehlungen auf Basis differenzierter Untersuchung von Unterschieden in Outcomes auch immer Risikofaktoren und deren Auswirkung auf das Outcome berücksichtigt werden.

Der Ansatz darf dabei nicht „colorblind“ sein, um die Ethnie als Risikofaktor für unerwünschte Ereignisse zu identifizieren.

Real auftretende Disparitäten sollten Beachtung und die gelebte Realität von BIPOC Gehör finden.



Sinnvoll sind qualitative Befragungen Schwarzer Gebärender um die Perspektive der Betroffenen abzubilden. Anhand dieser lassen sich weitere Problematiken identifizieren und anti-rassistische Ansätze und Strategien entwickeln. Ein Beispiel hierfür ist die PREM-OB Scale, kurz für „Patient-Reported Experience Measure of OBstetric racism“, ein mit Schwarzen Frauen* speziell für die Charakterisierung und Quantifizierung von peripartal erlebtem Rassismus entwickelter Fragebogen.

Des Weiteren sollten bestehende Methoden und Empfehlungen hinterfragt werden, beispielsweise bei der Auswahl der Kriterien zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit für eine vaginale Geburt nach vorheriger Sectio (VBAC) mithilfe eines „VBAC-Calculators“. Die angemessene Berechnung gelingt auch, wenn der ursprünglich verwendete Risikofaktor „Ethnizität“ durch den Risikofaktor „behandlungsbedürftiger chronischer Hypertonus“ ersetzt wird, wodurch die höhere Komorbiditätsrate von BIPOC Schwangeren abgebildet wird, ohne alle Schwarzen Schwangeren zu verallgemeinern.

Fazit

Obwohl die zitierten Studien sich bezüglich der Ansätze, Forschungsziele, Rahmenbedingungen und der untersuchten Personengruppen unterscheiden, weisen sie alle auf die Problematik hin. Diese Ergebnisse lassen sich allerdings aufgrund struktureller Unterschiede des Gesundheitssystems nur bedingt direkt auf die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland übertragen.

Wie häufig rassistische Diskriminierung im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Deutschland auftritt und wie sich diese auf das Geburtserleben und -outcome auswirkt, muss zentraler Untersuchungsgegenstand für künftige Forschung sein. Nur so können Maßnahmen zur Verbesserung der Gerechtigkeit in der Versorgung entwickelt werden. Sowohl qualitative als auch quantitative Forschung ist notwendig, um einen Überblick über die aktuelle Lage in Deutschland zu gewinnen und um Aufmerksamkeit auf die Thematik zu lenken. Die untersuchten Aspekte und Ergebnisse aus den USA können als Orientierung dienen.

Um eine gleichwertige, diskriminierungssensible Betreuung aller Gebärenden zu ermöglichen, müssen bereits jetzt mehr Diversität innerhalb der Arbeitskräfte, kultursensible Aus- und Weiterbildung und für Deutschland angepasste Aufklärungskampagnen gefördert werden.

Auch die Forderung, den Risikofaktor „black race“ für die Schwangerschaftserkrankung Präeklampsie durch „anti-black racism“ zu ersetzen, wäre ein Beispiel für Veränderung in Praxis und Forschung. So werden durch Rassismus bedingte Unterschiede in der Entstehung von Krankheiten und der Gesundheitsversorgung Schwangerer und Peri- und Postpartaler deutlicher erkannt und können gezielt angegangen werden. ■



Katharina Rauh

Die 22-jährige Hebammenstudentin beschäftigt sich sowohl im Studium als auch privat mit Chancengleichheit und Vielfalt. In ihrer Freizeit ist sie sportlich aktiv und verbringt viel Zeit in der Natur.

Kontakt:
katharina.rauh@mail.de