



Viel Verantwortung, wenig Wertschätzung ●

CARE-Studie zur Rolle von Hebammen in fragilen Kontexten am Beispiel von Irak und Côte d'Ivoire.



**Besonderer Dank gilt den Hebammen aus Côte d'Ivoire
und dem Irak, die für Interviews zur Verfügung standen:**

**Achi, Awa, Carine, Diomande, Diyana, Khawla, Mariame,
Mariette, Rasha, Sonia, Syntiche, Yasmin**

IMPRESSUM

Herausgeber:
CARE Deutschland e. V.
Siemensstraße 17
53121 Bonn
Tel.: 0228 – 97563 0
E-Mail: info@care.de
www.care.de

Verantwortlich:
Karl-Otto Zentel, Generalsekretär

Inhaltliche Leitung:
Carla Dietzel (Côte d'Ivoire), Anica Heinlein (Irak)

Mitarbeit:
Barbara Kühhas, Omar Saleh, Ndri Yao, Marie-Paule Yao, Leon Stumberger, Alida Kehlenbach,
Corinna Henrich, Katharina Kohl

Für ihre inhaltliche und logistische Unterstützung dieser Studie danken wir den CARE-Kolleginnen
Octavie Yah bei CARE Côte d'Ivoire und Huda Ali bei CARE Irak.

Satz und Layout: TIPP 4 GmbH

Bildnachweise:
Côte d'Ivoire: CARE Deutschland/Keren Lasme
Irak: CARE Deutschland/Saba Kareem

November, 2023

Copyright © CARE Deutschland e. V.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist mit der Angabe des
Copyright-Inhabers gestattet. Alle anderen Formen der Reproduktion dürfen ausschließlich
mit Genehmigung des Copyright-Inhabers erfolgen.

Inhalt

Executive Summary	5
--------------------------------	---

1

Hebamme: Ein Traumberuf?	8
1.1 Hebammen: Weit mehr als nur Geburtshelfer:innen	11
1.2 Hebammen als Teil der Krisenversorgung	12
1.3 Zweierlei Diskriminierung: Als Frau in einem „Frauenberuf“.....	12
1.4 Finanzierungsstand und mangelnde Priorisierung: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte	13
1.4.1 Deutschlands Geberperformance im Bereich SRGR.....	14
1.5 CARE Theory of Change: Hebammen als Akteur:innen des Wandels.....	16

2

Hebammen im Einsatz für ein selbstbestimmtes Leben – Beispiele aus dem Irak und Côte d’Ivoire	19
2.2 Irak: Aktiv in der Krise	20
2.2.1 Hebammen im Irak: Zahlen und Fakten.....	21
2.2.2 Irakische Hebammen im Gesundheitssystem: Aufgaben und Restriktionen....	23
2.2.3 Der irakische Hebammenverband: Tiger ohne Zähne	25
2.2.4 Ausbildung und staatliche Anerkennung.....	26
2.2.5 Zusatzausbildung und -aufgabe: Familienplanung und Aufklärung	27
2.2.6 Überlastung und mangelnde Unterstützung	28
2.2.7 CARE-Projekt: Gesundheit und Wiederaufbau unter Beteiligung von Hebammen	30
2.3 Côte d’Ivoire: Aktiv im Post-Konflikt.....	32
2.3.1 Das Aufgabenfeld ivorischer Hebammen: Balanceakt zwischen rechtlicher Beschränkung und individueller Verantwortung.....	33
2.3.2 Hebamme werden: Drei Jahre bis zum Abschluss.....	38
2.3.3 Wenig attraktive Rahmenbedingungen: die Arbeit in abgelegenen Gebieten.....	39
2.3.4 Geschlechternormen und die Arbeit von Hebammen.....	41
2.3.5 Erschwerte Bedingungen: Arbeiten ohne Strom, Wasser, Ausstattung und Krankenwagen	44
2.3.6 Kostenlose Pflege: Erwartungen an Hebammen	45
2.3.7 CARE-Projekt: Transformation der Geschlechterrollen durch den <i>Social Analysis and Action (SAA)</i> Ansatz	47

3

Zusammenfassung und Forderungen	49
Literatur	53

Abkürzungen

AA	Auswärtiges Amt
ASFI	Association de Sages Femmes Ivoiriennes Verband der ivoirischen Hebammen
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CFA-Franc	Franc de la Communauté Financière d'Afrique Währung der Westafrikanischen Wirtschafts- und Währungsunion
CSC	Community Score Card
FLHWS	Frontline Health Workers Gesundheitspersonal an der Basis, primäres Gesundheitspersonal
HICs	High Income Countries Länder mit hohem Einkommen (Weltbank-Klassifizierung)
HRP	Humanitarian Response Plan Humanitärer Reaktionsplan
ICM	International Confederation of Midwives Internationale Konföderation der Hebammen
IS	Islamischer Staat
LGBTQI+	Lesbian (Lesbisch), Gay (Schwul), Bisexuell, Trans, Queer und Intersexuell, das + verdeutlicht, dass es noch mehr sexuelle Identitäten oder Geschlechtsidentitäten gibt.
LICs	Low Income Countries Länder mit niedrigem Einkommen (Weltbank-Klassifizierung)
LMICs	Lower-Middle-Income Countries Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (Weltbank-Klassifizierung)
MISP	Minimum Initial Service Package (for Sexual and Reproductive Health) Minimum Servicepaket der Erstversorgung (für sexuelle und reproduktive Gesundheit)
NROs	Nichtregierungsorganisationen
ODA	Official Development Assistance Öffentliche Mittel für Entwicklungsleistungen
OECD – DAC	Organisation for Economic Co-operation and Development – Development Assistance Committee Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Fachausschusses für Entwicklungszusammenarbeit
PHCC	Primary Health Care Center Basisgesundheitszentrum
SAA	Social Analysis and Action
SDGs	Sustainable Development Goals Ziele für nachhaltige Entwicklung
SRGR	Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte
SRMNJG	Sexuelle, reproduktive, Mütter-, Neugeborenen- und Jugendgesundheit
UNFPA	United Nations Population Fund Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organization Weltgesundheitsorganisation

Executive Summary

Das Wort Hebamme kommt vom althochdeutschen *hev(i)anna*, was so viel bedeutet wie „Ahnin/Großmutter, die das Neugeborene aufhebt/hält“. Die Tätigkeit einer Hebamme wird als einer der ältesten Frauenberufe der Welt angesehen. Tempelmalereien von der Drillingsgeburt der Pharaonenkinder des ägyptischen Sonnengottes Re aus dem dritten Jahrtausend vor Christus sind eines der ältesten Zeugnisse der Hebammenkunst.

Hebammen sind Hilfe und Stütze für Frauen in absoluten Ausnahmesituationen und begleiten sie nicht nur während, sondern auch vor und nach der Geburt. Wenn es zu Komplikationen kommt, versuchen sie alles, um Mutter und Kind zu retten. Doch ihre Aufgaben gehen über die Geburtsbegleitung hinaus: Für viele Jugendliche weltweit sind Hebammen außerdem der einzige Zugang zu Aufklärung und Verhütungsmitteln. Dadurch gewinnen sie Kontrolle über die eigene Sexualität und Selbstbestimmung über den eigenen Körper. So tragen Hebammen maßgeblich zur Verwirklichung von sexuellen und reproduktiven Rechten bei.

Weltweit fehlen etwa 900.000 Hebammen, um die bestehenden Bedarfe zu decken. Gleichzeitig sind Geburtshelfer:innen, in der großen Mehrheit Frauen, in vielen Kontexten mit diversen individuellen und strukturellen Herausforderungen konfrontiert und können so ihr volles Potential als Akteur:innen des Wandels kaum entfalten.

In Krisen, Konflikt- und Post-Konfliktkontexten gewinnen Hebammen zusätzlich an Bedeutung. Aufgrund der engen Verbindung zu ihren Klientinnen bleiben sie mit größerer Wahrscheinlichkeit als anderes Gesundheitspersonal auch während einer Krise tätig und arbeiten auch dann noch, wenn die öffentliche Gesundheitsversorgung längst unter Druck gerät oder zusammenbricht. Als oftmals einziges medizinisches Personal nimmt ihr Arbeitspensum in solchen Situationen zu, denn: In Krisen und fragilen Kontexten kommt es verstärkt zu geschlechtsspezifischer Gewalt.



Die Hebamme Diomande auf ihrer Geburtsstation im ländlichen Côte d'Ivoire.

Ungeplante Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten nehmen zu.

Am Beispiel von Hebammen im Irak und in Côte d'Ivoire, zwei Ländern, die exemplarisch für Konflikt- und Postkonflikt-Kontexte stehen, untersuchte CARE, inwiefern Hebammen als Akteur:innen des Wandels trotz der durchaus unterschiedlichen Kontexte vor ähnlichen Herausforderungen stehen. Hierzu wurden Interviews mit 24 Expert:innen geführt, darunter Hebammen, Vertreterinnen eines Hebammenverbandes, Vertreter:innen aus dem Gesundheitsbereich und CARE-Projektmitarbeitende. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden durch Desk-Studien ergänzt. Es stellte sich die erkenntnisleitende Frage, inwieweit es

in beiden Kontexten trotz aller Unterschiede Strukturen und Bedarfe gibt, bei denen Projektarbeit ansetzen kann, um gezielt Veränderung zu unterstützen.

Die vorliegende Studie folgt dem Ansatz der exemplarischen Vertiefung statt inhaltlicher Vollständigkeit; die anekdotischen Erkenntnisse aus den vorliegenden beiden Kontexten weisen jedoch deutlich darauf hin, dass die gewonnenen Ergebnisse Potential zur Skalierbarkeit haben.

Parallelen trotz aller Unterschiede?

Sowohl im Irak als auch in Côte d'Ivoire beeinflussen massive Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme durch die nationalen Regierungen und fehlende Priorisierung des Bereichs Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) durch Geber das Arbeitsumfeld direkt: In Gesundheitszentren in Côte d'Ivoire fehlen genauso Medikamente und grundlegende Bedarfsmittel zur Begleitung von Geburten wie in den untersuchten Geburtsstationen im Irak. Die Hebammen, die ihren Beruf meist aus der tiefen Motivation heraus, Leben zu retten, gewählt haben, versuchen die Missstände so gut wie möglich zu überbrücken. Dies geht so weit, dass sie sogar Medikamente oder Transport aus eigener Tasche finanzieren. Sie sind allerdings auch diejenigen, gegen die sich der Zorn der Bevölkerung richtet, wenn vom Staat versprochene oder von Gebern nur kurzzeitig finanzierte Medikamente nicht (mehr) verfügbar sind.

In beiden Systemen sind die Zuständigkeiten von Hebammen von Rechts wegen eingeschränkt. Gleichzeitig wird nicht sichergestellt, dass ausreichend Ärzt:innen für die Versorgung von Patient:innen zur Verfügung stehen. Hebammen tragen deswegen größere Verantwortung und müssen Aufgabenbereiche übernehmen, auf die ihre Ausbildung sie nicht vorbereitet hat. Ivorische Hebammen arbeiten meist als einzige Hebamme in entlegenen Gesundheitszentren. Trotzdem erlaubt es das Ausbildungssystem des Landes nicht, dass sie Spezialisierungen zum Beispiel für Notfallmedizin absolvieren. Irakische Hebammen dürfen nur wenige der von der WHO identifizierten Eingriffe zur Notfallversorgung eigenständig durchführen. Sie bewegen sich in den regelmäßig auftretenden Notfallsituationen deshalb in einem rechtlich unsicheren und persönlich

herausfordernden Raum. In beiden Kontexten bleibt den Geburtshelferinnen nichts anderes übrig: Um das Leben von Mutter und Kind zu retten, müssen sie ihre offiziellen Kompetenzen überschreiten.

Die Analyse der Länderkontexte zeigt deutlich, wie wichtig der persönliche Einsatz insgesamt beim alltäglichen Umgang mit systemischen Barrieren ist: Lücken im System werden durch das Zurückstellen von eigenen Bedürfnissen (Leben an entlegenen Standorten, Trennung von der eigenen Familie), der Überschreitung der rechtlich zugestandenen Kompetenzen (mit dem Risiko der Kriminalisierung) und einem Berufsverständnis, das neben der physischen Betreuung der Frauen auch eine psychosoziale Komponente miteinschließt (psychosoziale Fürsorge mit hohem persönlichen Einsatz) überbrückt.

In beiden untersuchten Kontexten tragen die interviewten Hebammen außerdem zu einem inklusiven und geschlechtergerechten Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit bei.

Sie fördern insbesondere durch Aufklärung (bspw. zu Familienplanungsmethoden) die Infragestellung patriarchaler und anderer diskriminierender Strukturen. Gleichzeitig sind die Hebammen auch selbst mit den Herausforderungen dieses patriarchalen Systems konfrontiert: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Gehaltssätzen, Entscheidungsbefugnissen und potentiellen Karrierewegen (Führungspositionen in Gesundheitszentren, Krankenhäusern oder der Gesundheitspolitik) kombiniert mit insgesamt geringer Wertschätzung für ihre aufopfernde und herausfordernde Tätigkeit sind sowohl in Côte d'Ivoire als auch im Irak Realität.

Die geführten Interviews in Côte d'Ivoire und im Irak zeigen, dass Fortbildung und Stärkung von Hebammen in der Familienplanung direkte Erfolge und nachhaltige Veränderung bewirken können. Vermittelte Kompetenzen im Bereich der Familienplanung sind demnach ausschlaggebend, um das Potential von Hebammen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auszuschöpfen und führen beispielsweise zu weniger Früh-schwangerschaften.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass, um in den untersuchten Länderkontexten SDG 3

(Gesundheit und Wohlergehen) und 5 (Geschlechtergerechtigkeit) zu erreichen,

- sowohl die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Hebammen als auch die Ausstattung von Gesundheitszentren, Kreißsälen und Entbindungsstationen stärker finanziert und gefördert werden muss.
- insbesondere in Krisenkontexten die Rolle von Hebammen stärker berücksichtigt werden muss. Dafür ist es ausschlaggebend, dass Hebammen an allen Entscheidungsprozessen rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRGR) beteiligt und in Führungspositionen vertreten sind.
- besonders in der Krisenreaktion und -prävention Geber und nationale Regierungen den Bereich SRGR insgesamt und die Rolle von Hebammen im Speziellen als essentiellen Bestandteil der Gesundheitsversorgung anerkennen müssen. Dies sollte durch vermehrte Investitionen in das Berufsfeld widerspiegelt werden.

Die vorliegende Studie zeigt auf, wie Hebammen täglich durch persönlichen Einsatz ressourcenschwache und teils dysfunktionale Systeme ausgleichen. Sie zahlen in meist schlecht bezahlten Arbeitsverhältnissen ohne ausreichende rechtliche und physische Arbeitssicherheit den Preis für mangelnde staatliche Fürsorge und Investitionen. Doch die Verantwortung für mehr Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte darf und kann nicht allein auf den (meist weiblichen) Hebammen liegen: Ihre Unterstützung und Förderung muss mit der gezielten Stärkung von Gesundheitssystemen und einer nachhaltigen und verlässlichen Ausstattung mit Geräten und Medikamenten einhergehen.

Um dies zu erreichen, müssen die Geschichten von Hebammen wie Diyana und Diomande, die für diese Studie interviewt wurden, gehört und ernst genommen werden.

Die Hebamme Diyana bei der Nachversorgung eines Neugeborenen im Krankenhaus in Sindschar.



1

Hebamme: Ein Traumberuf?

Diomande begleitet regelmäßig Geburten. Normalerweise in ihrem Gesundheitszentrum, aber wenn es wegen Komplikationen während der Geburt nötig ist, auch auf der Ladefläche eines dreirädrigen Motorrads auf dem Weg ins nächste Krankenhaus.

Diyana arbeitet in Wochenschichten. Eine Woche vor Ort, eine Woche zu Hause. Wenn sie Dienst hat, ist sie meist im Krankenhaus. Nur um zu essen und im benachbarten Schwesternwohnheim ein bisschen zu schlafen, verlässt sie den Kreissaal. Ein Arzt zur Unterstützung bei Komplikationen ist nur am Sonntag und Montag verfügbar.

Beide Frauen sind Hebammen. Diomande arbeitet in einem Gesundheitszentrum auf dem Land im westafrikanischen Côte d'Ivoire, in dem es keinen Krankenwagen gibt und die Stunde Fahrt ins nächste Krankenhaus größtenteils über unbefestigte Straßen führt. Bei Komplikationen während der Geburt müssen die Frauen, begleitet von der Hebamme, auf dem Motorrad ins Krankenhaus transportiert werden.

Diyana arbeitet im einzigen Krankenhaus im Sindschar, einer stark von Konflikten betroffenen

Region im Nordirak. Die Wochenschichten sind notwendig, da die Sicherheitslage es nicht zulässt, dass Diyana auch hier wohnt. Sindschar wurde maßgeblich durch den Völkermord an den Ezid:innen¹ bekannt – zerstörte Städte und Dörfer, vermintes Gelände und vergiftete Wasserquellen sind bis heute die Realität.

Diomande und Diyana stehen exemplarisch für viele Hebammen weltweit: Die Hauptverantwortung für die Reduktion von Müttersterblichkeit und den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten (SRGR) wird oft allein von ihnen getragen.

Qualifizierte Hebammen sind ausschlaggebend für die Reduzierung der Müttersterblichkeit, einem Teilbereich des Ziels 3 der *Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung*: Als *Frontline Health Workers* (FLHWs) arbeiten sie direkt mit der Bevölkerung. Sie sind meist die einzigen Spezialist:innen für sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Mütter-, Neugeborenen- und Jugendgesundheit (SRMNJG) im Umfeld von Kilometern. Ihre Aufklärungsarbeit bei Familienplanung und körperlicher Selbstbestimmung trägt wesentlich zu Fortschritten auf dem Weg zu Geschlechtergerechtigkeit und

¹ In deutschsprachiger Literatur ist oftmals auch von *Jesid:innen*, *Yezid:innen*, *Yazidis* oder *Yezidis* die Rede. Viele in Deutschland lebende Ezid:innen lehnen diese Fremdbezeichnung jedoch ab und bevorzugen die Selbstbezeichnung *Ezid:innen* oder *Êzîd:innen*. Im Sinne der Barrierefreiheit wird in dieser Studie Ersteres verwendet.

der Überwindung schädlicher Geschlechternormen bei.

Bei allem Verdienst ist diese Rolle oft undankbar: Hebammen arbeiten in patriarchal geprägten Systemen und als primäres Gesundheitspersonal in einem zumeist stark unterfinanzierten Sektor. In keiner Hinsicht werden sie so unterstützt, wie es die Verantwortung und die hohe Arbeitsbelastung, die sie tragen, erfordern würde. Ihr Beruf erfährt meist wenig Wertschätzung im öffentlichen Gesundheitssystem oder der Gesellschaft, sie haben wenig Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, leiden unter fehlender Rechtssicherheit und werden nur unzureichend entlohnt.

Auch darin mag begründet sein, wieso ein massiver Mangel an Personal in diesem Bereich herrscht: 2021 fehlten weltweit rund 900.000 Hebammen, die nötig gewesen wären, um die bestehenden Bedarfe im Bereich SRMNJG zu decken.²

In Krisen, Konflikt und Post-Konfliktkontexten verschärft sich diese ohnehin prekäre Situation noch zusätzlich: Schwangere Frauen müssen auch in akuten Krisensituationen medizinisch betreut werden. Sexualisierte und geschlechtsspezifische Gewalt, ungeplante Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten nehmen zu. Gleichzeitig brechen Gesundheits- und Versorgungsdienste weg. Die Müttersterblichkeit in humanitären Krisen und fragilen Kontexten ist fast doppelt so hoch wie der Weltdurchschnitt,³ mehr als die Hälfte aller Frauen, die während oder in Folge einer Geburt sterben, sind in humanitären Kontexten zu beklagen.⁴

Gleichzeitig wird das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, Selbstbestimmung und sexuelle Identität in Krisen häufig als erstes beschnitten. In bereits vor dem Konflikt unterfinanzierten Systemen wird sogenannte allgemeine Gesundheitsversorgung als prioritär gesehen; Ressourcen für spezifische Dienste, zu denen SRG dann meist gezählt wird, werden knapper. Zudem beeinträchtigen langanhaltende Krisen auch vormals gut funk-



Untersuchungsliege im Gesundheitszentrum Fari M'bao in Côte d'Ivoire.

tionierende Gesundheitssysteme, die mit Dauer der Situation teilweise oder auch vollständig zusammenbrechen.

Hebammen sind jedoch auch in Krisensituationen häufig diejenigen, die bleiben. Als Teil ihrer Gesellschaft und im Einsatz für das Leben und die Selbstbestimmung riskieren sie dabei oft unter schlechten Arbeitsbedingungen ihre persönliche Sicherheit.

2 UNFPA, WHO und ICM (2021a): [The State of the World's Midwifery 2021](#).

3 WHO (2023a): [Maternal Mortality](#) (abgerufen am 17.10.2023).

4 WHO, UNICEF, UNFPA, Weltbank und United Nations Populations Division (2019): [Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division](#).

Die Entwicklung zum Menschenrecht auf Familienplanung

Die internationale Staatengemeinschaft verpflichtete sich bereits vor über 50 Jahren zum kontinuierlichen Ausbau und Schutz der SRGR für alle. Das Bekenntnis zum Recht auf Familienplanung und die Anerkennung von Familienplanung als Teil der primären Gesundheitsversorgung folgten in den 1960er und -70er Jahren. Im Kairoer Aktionsprogramm wurden 1994 schließlich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung als Menschenrechte anerkannt.

SRGR ist heute als Menschenrecht in allen wegweisenden Dokumenten verankert: in der Frauenrechtskonvention CEDAW (1979), der Pekinger Aktionsplattform (1995), der Istanbul-Konvention (2011), den Zielen für nachhaltige Entwicklung (2015) oder auch dem EU-Aktionsplan für die Gleichstellung der Geschlechter GAP III (2020), um nur einige zu nennen.

Die aktuell umfassendste Definition von SRGR, auf der sowohl die neuen Ansätze der deutschen Bundesregierung zu feministischer Entwicklungs- und Außenpolitik beruhen und an der sich auch CARE orientiert, ist die der Gutmacher-Lancet-Kommission: „Sexuelle und reproduktive Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf alle Aspekte der Sexualität und Reproduktion, nicht nur das

Fehlen von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen. Ein positiver Umgang mit Sexualität und Reproduktion sollte daher die Rolle von befriedigenden sexuellen Beziehungen, Vertrauen und Kommunikation bei der Förderung des Selbstwertgefühls und des allgemeinen Wohlbefindens anerkennen. Jede einzelne Person hat das Recht, Entscheidungen über den eigenen Körper zu treffen und Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die dieses Recht unterstützen.“⁵

Das Recht auf Familienplanung ist nicht unumstritten: Viele Bereiche im menschenrechtlichen Rahmenwerk rund um SRGR werden von konservativen Kräften und Anti-Gender-/Anti-Rights-Bewegungen in Frage gestellt. Die SRGR-Definition der *Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung* (ICPD, 1994) in Kairo, die „vereinbarter Standard“ der Vereinten Nationen ist (sog. *agreed language*), ist permanenten Angriffen ausgesetzt.⁶ Umfassende Sexuaufklärung, sichere und legale Schwangerschaftsabbrüche, Beratung und Dienstleistungen im Bereich sexueller Gesundheit, die reproduktiven Rechte von LGBTQI+-Personen sowie das Recht auf eine selbstbestimmte, befriedigende Sexualität ungeachtet der sexuellen Orientierung sind Ziel von anhaltenden konservativen Kampagnen.

5 Gutmacher-Lancet-Kommission für reproduktive und sexuelle Gesundheit und Rechte (2021): Fortschritt beschleunigen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle – Kurzfassung, S. 4.

6 Das auf der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung ICPD verabschiedete Aktionsprogramm forderte, dass alle Menschen Zugang zu umfassender reproduktiver Gesundheitsfürsorge haben sollten, einschließlich freiwilliger Familienplanung, sicherer Schwangerschafts- und Geburtshilfe sowie der Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten. Außerdem wurde anerkannt, dass die reproduktive Gesundheit und die Stärkung der Rolle der Frau eng miteinander verknüpft sind und dass beide für den Fortschritt der Gesellschaft notwendig sind. UNFPA: Explainer: What is the ICPD and why does it matter? (abgerufen am 20.09.2023).



Diyana und Kolleginnen mit einem Neugeborenen.

1.1 Hebammen: Weit mehr als nur Geburtshelfer:innen

Weltweit wären im Jahr 2019 rund 6,5 Milliarden Arbeitsstunden erforderlich gewesen, um den gesamten Bedarf an grundlegender SRMNJG-Versorgung zu decken. Bis 2030 werden es geschätzte 6,8 Milliarden Stunden sein. Nur etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) des Bedarfs entfällt auf Interventionen im Bereich der Gesundheit von Müttern und Neugeborenen (vorgeburtliche, geburtliche und postnatale Betreuung). 37 Prozent sind andere Interventionen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit wie Beratung, Familienplanung, umfassende Versorgung im Fall von Schwangerschaftsabbrüchen sowie Erkennung und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen. Weitere acht Prozent sind Interventionen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen.⁷ Bei der derzeitigen Zusammensetzung und Verteilung von Gesundheitspersonal im Bereich der sexuellen, reproduktiven, Mütter-, Neugebo-

renen- und Jugendgesundheit (SRMNJG) kann nur höchstens 75 Prozent des weltweiten Bedarfs gedeckt werden. In Ländern mit niedrigem Einkommen verringert sich dieser Wert auf nur 41 Prozent.⁸

Gleichzeitig könnten voll ausgebildete, lizenzierte und integrierte Hebammen unterstützt von interdisziplinären Teams und einem befähigenden Umfeld rund 90 Prozent der wesentlichen Interventionen im Bereich SRMNJG über den gesamten Lebensverlauf durchführen, obwohl sie weniger als zehn Prozent des globalen Personals im Bereich stellen.⁹ Ihr Potential wird somit weit nicht ausgeschöpft.

Bereits jetzt bieten Hebammen, je nach nationaler Gesetzeslage, viele wichtige klinische Interventionen der SRMNJG an. Nicht nur für Mütter sind Hebammen Schlüsselfiguren: Sie sind auch essentiell für die verbesserte Versorgung von Neugeborenen, der Förderung des Stillens und der Unterstützung von Mutter und Familie bei der Säuglingspflege.

⁷ UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

⁸ UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

⁹ UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

Darüber hinaus können sie durch ihren direkten Kontakt in das innerste von Familien eine zentrale Rolle beim allgemeinen Zugang zu Gesundheitsversorgung, der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und der Umsetzung sexueller und reproduktiver Rechte spielen. In der Bevölkerung sind sie durch ihre Aufgaben bei der Geburtshilfe auch eine natürliche Anlaufstelle für Aufklärung und Empfängnisverhütung, der umfassenden Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sowie dem Screening und der Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen und Krankheiten.

In Gesellschaften, in denen Frauen und jungen Menschen das Wissen um den eigenen Körper manchmal bewusst vorenthalten wird, ist auch der Aufklärungsbereich nicht zu unterschätzen. So sind Hebammen zum einen der Schlüssel zu Wissen, das für alle Frauen relevant ist, wie beispielsweise über Menstruation oder Familienplanungsmethoden. Zum anderen sind sie für marginalisierte, beispielsweise an HIV-erkrankte oder behinderte Frauen oft die einzige Möglichkeit des Zugangs zu Wissen und Gesundheitsdienstleistungen und tragen so zur Verwirklichung von Rechten bei.

Zudem leisten Hebammen in vielen Fällen bedeutende und maßgebliche Aufklärungsarbeit bei der Verhinderung von schädlichen Praktiken wie bspw. weiblicher Genitalverstümmelung oder anderen Formen geschlechtsbasierter Gewalt.

1.2 Hebammen als Teil der Krisenversorgung

In der Realität können Hebammen aufgrund von mangelnder Ausbildung, Ausrüstung und Zulassung oftmals nur einen Bruchteil der beschriebenen Versorgungsleistungen vollumfänglich ausführen. In humanitären und Entwicklungskontexten limitieren knappe Ressourcen ihre Arbeit noch zusätzlich. Doch Hebammen sind Spezialist:innen und können bei guter Ausbildung und entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen die meisten der SRMNJG-Dienstleistungen erbringen, die in einer Krise zur Priorität werden.

Ein weiterer Grund spricht für Hebammen als Schlüsselfiguren bei der Versorgung: Sie bleiben mit größerer Wahrscheinlichkeit als anderes Gesundheitspersonal auch während einer Krise tätig. Dies begründet sich zum einen in ihrer engen Verbindung zu den Gemeinschaften, in denen sie arbeiten. Zum anderen haben sie aufgrund ihrer oft schlechteren sozialen Stellung und Bezahlung im Vergleich zu anderem Gesundheitspersonal oft nicht die finanziellen Möglichkeiten, aus dem Krisengebiet zu fliehen. Sie spielen damit auch eine wichtige Rolle bei der Unterstützung und Betreuung von geflüchteten und binnenvertriebenen Frauen und Mädchen, da sie oft selbst Angehörige dieser Gruppe sind.

Die Internationale Konföderation der Hebammen (*International Confederation of Midwives, ICM*) hat 2014 eine Stellungnahme zur Rolle der Hebammen in der Katastrophenvorsorge veröffentlicht. Sie stellen darin fest, dass es von entscheidender Bedeutung ist, Hebammen in die nationale Notfallvorsorge miteinzubeziehen, um sicherzustellen, dass die Hebammentätigkeit bei der Katastrophenhilfe integriert wird. Dementsprechend ist es aber auch wichtig, dass die Lehrpläne für die allgemeine und berufliche Hebammenausbildung die Bereitstellung einer effektiven SRMNJG-Versorgung in einer Krise abdecken.¹⁰

1.3 Zweierlei Diskriminierung: Als Frau in einem „Frauenberuf“

Die Geschlechterverteilung in den Gesundheitsberufen wird durch bestehende Geschlechternormen bestimmt. Diese definieren Pflege eher als Frauenarbeit, während „technische“ Fachgebiete wie die Medizin eher als männliche Bereiche gesehen werden. Diesem Narrativ folgend sind die Mehrheit der Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Apotheker:innen weltweit Männer, während fast alle Hebammen (93 Prozent) und der Großteil des Pfl-

¹⁰ ICM (2014): [Role of the Midwife in Disaster/Emergency Preparedness](#).

gepersonalen Frauen sind. Im Irak sind 100 Prozent und in Côte d'Ivoire 97 Prozent der Hebammen Frauen.¹¹

Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die überwiegend aus Frauen bestehen, wird geringeres gesellschaftliches Ansehen, weniger Entscheidungskompetenz und weniger Bezahlung zugewiesen als solchen, die überwiegend aus Männern bestehen.¹² Rasha, die als Hebamme im Irak arbeitet, berichtet, dass ihr Berufsstand von ihrem Umfeld oft als „überflüssig“ angesehen wird, da sie dafür bezahlt würde, was „alle Frauen wüssten“. Diese Auffassung ändere sich oft erst durch das mittelbare oder unmittelbare Erleben der ersten Geburt und der Rolle der Hebamme dabei.

Dies zeigt im Kleinen, was der *The State of the Worlds Midwifery* Bericht von UNFPA (2021)¹³ auch auf anderer Ebene feststellt: Nur in der Hälfte der Berichtsländer haben Hebammen Führungspositionen im nationalen Gesundheitsministerium inne. Die insgesamt begrenzten Möglichkeiten für Hebammen, Führungspositionen in Gesundheitszentren, Krankenhäusern oder der Gesundheitspolitik eines Landes zu bekleiden, verursachen die Abwesenheit einer wichtigen Stimme am Tisch, wenn strategische Entscheidungen im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte getroffen werden. Zudem werden so Genderstereotype verstärkt und Hebammen als Berufsgruppe daran gehindert, ihr volles Potenzial auszuschöpfen und als *Agents of Change*, als Akteur:innen des Wandels zu agieren.

In der Folge werden die Bedeutung und Komplexität der Hebammentätigkeit sowie ihre Rolle für die Familienplanung oft unterschätzt. Fehlende Investitionen in die Ausbildung, mangelnde Ausstattung ihrer Arbeitsplätze sowie ihrer Arbeitssicherheit, hohe Arbeitsbelastung und ein erhebliches geschlechtsspezifisches Lohngefälle sind weitere praktische Folgen dieser Realität.

1.4 Finanzierungsstand und mangelnde Priorisierung: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte



Diomande vor ihrer Entbindungsstation, die mit Mitteln von CARE ausgestattet wurde.

Die oft geringe Wertschätzung des Berufsstandes der Hebamme innerhalb der medizinischen Berufe wird gespiegelt durch den Finanzierungsstand von SRGR insgesamt. Der Bereich gehört weltweit zu einem der durch Regierungen und Geber unterfinanziertesten Sektoren.

11 UNFPA, WHO und ICM, 2021a; WHO (2022a): [The gender pay gap in the health and care sector a global analysis in the time of COVID-19](#).

12 WHO, 2022a.

13 UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

Mit nur 13 US-Dollar pro Kopf und Jahr könnten laut Guttmacher-Lancet-Kommission Länder mit niedrigem Einkommen (LICs) den gesamten Bedarf der Bevölkerung an Verhütungsmitteln sowie die Versorgungskosten von Müttern und Neugeborenen decken. Darunter fällt auch ein Teil der Arbeit von Hebammen. Tatsächlich werden durchschnittlich jedoch nur 1,1 US-Dollar pro Kopf für diesen Bereich ausgegeben.¹⁴

2020 verwendeten LICs durchschnittlich nur 6,22 Prozent ihrer Gesamtausgaben für Gesundheit. Über die letzten zehn Jahre stagnierte der durchschnittliche Anteil, anstatt wie eigentlich dringend erforderlich anzusteigen.¹⁵ Erst mit der COVID-19-Pandemie stiegen 2020 in allen Ländern die Gesundheitsausgaben.¹⁶ Es ist jedoch zu vermuten, dass dies in den meisten Fällen nicht zu einer Steigerung der Ausgaben für SRGR und Familienplanung führte.

Länder mit höherem Durchschnittseinkommen geben durchschnittlich auch mehr für Gesundheit aus: 8,28 Prozent leisten sich Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (LMICs), durchschnittlich 13,58 Prozent Länder mit hohem Einkommen (HICs).¹⁷ Laut Berechnungen müssten LMICs ihre Gesundheitsausgaben um 37 Prozent steigern, um eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen. Stattdessen sind bislang 55 Prozent der Ausgaben für Gesundheit in LMICs „*Out of Pocket Expenditures*“, also Ausgaben, die Individuen aus eigener Tasche für ihre Gesundheitsversorgung zahlen.

Dies führt häufig dazu, dass sich die ärmsten Bevölkerungsgruppen Gesundheitsversorgung

und Familienplanung über Verhütungsmittel nicht leisten können. Auch durch internationale Geber wird die Unterfinanzierung des Gesundheitssektors in LMICs kaum aufgefangen: Zur Erreichung universeller Gesundheitsversorgung müssten die öffentlichen Mittel für Entwicklungsleistungen (ODA) für Gesundheit für LMICs 90 Prozent höher sein als aktuell.¹⁸

Die ODA-Mittel für SRGR beliefen sich 2021 weltweit auf nur etwas mehr als 12 Milliarden US-Dollar. Dies stellte zwar in absoluten Zahlen ein Allzeithoch dar, trotzdem investierten die Geber im Vergleich zum Vorjahr einen geringeren Anteil in SRGR: Während sie 2020 noch 6,48 Prozent ihrer gesamten öffentlichen Entwicklungsgelder für SRGR bereitgestellt hatten, waren es 2021 nur noch 6,21 Prozent.¹⁹

Nur sieben OECD-DAC-Länder²⁰ geben mehr als fünf Prozent ihrer ODA-Mittel für SRGR aus: Kanada, die Niederlande, Schweden, Island, Norwegen und Luxemburg. Weltweit größter Geber, sowohl in absoluten Zahlen als auch nach prozentualem Anteil für SRGR, ist nach wie vor die US-Regierung, was den Sektor vor Herausforderungen stellt: Jeder Regierungswechsel und damit potentiell verbundene Richtungswechsel haben enormen Einfluss auf die Finanzierung des gesamten Sektors.²¹

1.4.1 Deutschlands Geberperformance im Bereich SRGR

Zwar war Deutschland 2021 in absoluten Zahlen der zweitgrößte OECD-DAC Geber für den thematisch übergeordneten Bereich Globale Gesundheit. Bei der relativen Priorisierung des Bereichs liegt Deutschland jedoch nur auf Platz

14 In Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (LMICs) lägen die Kosten nur bei 7,8 US-Dollar pro Kopf. Doch auch in diesen Ländern wurden 2016 nur 5,2 US-Dollar pro Kopf ausgegeben. Die Kosten für HIV-Prävention und -Behandlung wurden in dieser Berechnung nicht berücksichtigt. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2020): [Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities](#).

15 WHO (2021): [Global expenditure on Health: Public spending on the rise?](#)

16 WHO (2022b): [Global expenditure on health. Rising to the pandemic's challenges](#).

17 WHO (2023b): [Domestic general government health expenditure \(GGHE-D\) as percentage of general government expenditure \(GGE\) \(%\). Data by country](#) (abgerufen am 18.10.2023).

18 Strupat, C.; Balasubramanian, P.; Srigiri, S. und Hornidge, A.-K. (2023): [Health Financing in Times of Multiple Crises: Analysis and Recommendation](#).

19 SRGR bezieht sich hier auf die Kategorisierung des Donor Delivery Reports, in dem unter SRGR-Mitteln diejenigen verstanden werden, mit denen Geber die gesamte SRGR-Agenda unterstützen. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) (2023): [Donors Delivering for SRHR, Report 2023](#).

20 Länder, die dem Fachausschusses für Entwicklungszusammenarbeit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung angehören.

21 DSW, 2023.



Medizinisches Gerät im Krankenhaus von Sindschar, Irak.

16.²² SRGR-Maßnahmen widmete die Bundesregierung selbst nach einem Anstieg in den Jahren 2019 bis 2021 nur 2,62 Prozent ihrer ODA-Mittel. Ein erheblicher Teil der deutschen Mittel besteht dabei aus Kernbeiträgen für multilaterale Organisationen.²³

Die Arbeit von Hebammen kann über ODA-Mittel theoretisch in den Bereichen reproduktive Gesundheitsdienstleistungen, Gesundheitsinfrastruktur, Familienplanung und Entwicklung von Gesundheitspersonal finanziell gefördert werden. Bis auf den für reproduktive Gesundheit sanken 2021 die deutschen Mittel für all diese Bereiche.²⁴ Trotzdem ist Deutschland 2021 auch im Bereich SRGR in absoluten Zahlen zweitgrößter Geber weltweit. In Bezug auf die Priorisierung seiner Mittel, die Anwaltschaft für den Bereich sowie das Bekenntnis zur Dringlichkeit der Schließung der Finanzierungslücke belegt es unter den OECD-Ländern jedoch nur das Mittelfeld.

Es ist abzuwarten, ob das Bekenntnis zu einer feministischen Außen- und Entwicklungspolitik daran etwas verändern wird: Beide Ressorts, das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und das Auswärtige Amt (AA), haben SRGR als ein prioritäres Thema in der feministischen Außen- und Entwicklungspolitik identifiziert. In den Grundsatzpapieren bekennen sie sich zum Einsatz für die Verteidigung und Verwirklichung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte sowohl in von Deutschland finanzierten Projekten als auch in internationalen Verhandlungen. Jedoch wurden hierfür bislang noch keine konkreten finanziellen Zusagen gemacht oder Zielindikatoren definiert.

In den feministischen Leitlinien konstatiert das AA, dass das Engagement im Bereich SRGR verstärkt werden soll: „Wir werden unsere Projektarbeit verstärkt auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte ausrichten.“²⁵

22 Donor Tracker (2023): [Germany / Global Health](#) (abgerufen am 18.10.2023).

23 DSW, 2023.

24 Donor Tracker, 2023.

25 Auswärtiges Amt (2023): [Feministische Außenpolitik gestalten. Leitlinien des Auswärtigen Amtes](#), S. 41.

Das Auswärtige Amt erkennt zudem an, dass ein ganzheitlicher Ansatz, wie er auch im Triple-Nexus „Humanitäre Hilfe – Entwicklungszusammenarbeit – Friedensförderung“ gefordert wird, wesentlich ist. Außerdem will es mit seinen Finanzierungen einen Beitrag dazu leisten, den Übergang von humanitärer Hilfe zu regulärer Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu erleichtern und Versorgungslücken, die häufig an solchen Schnittstellen entstehen, zu vermeiden.²⁶

Mit Blick auf die in Anzahl, Ausmaß und Dauer zunehmende Krisen wollen BMZ und AA in „inhaltlicher Kohärenz“²⁷ an der feministischen Neuausrichtung zum Thema SRGR arbeiten und verpflichten sich hier zu „enger Zusammenarbeit“.²⁸

1.5 CARE Theory of Change: Hebammen als Akteur:innen des Wandels

Für nachhaltigen Wandel setzt CARE immer auf drei Ebenen an: auf individueller Ebene, auf Ebene der Beziehungen in der Gesellschaft und bei den Systemstrukturen.²⁹ In der Arbeit hin zu einem universellen Recht auf Gesundheit³⁰ bedeutet dies in der Projektarbeit unter anderem eine individuelle Stärkung des relevanten Gesundheitspersonals (individuelle Ebene). Weiter gehört dazu die institutionelle Stärkung lokaler Gesundheitssysteme und deren Unabhängigkeit (Systeme). Ebenso wesentlich in der Arbeit im Gesundheitsbereich ist die nachhaltige Transformation und schlussendliche Überwindung diskriminierender Normen und Praktiken, die den Zugang aller zu Gesundheitsdienstleistungen limitieren (Gesellschaft).

CARE fördert so den Aufbau widerstandsfähiger, gerechter und rechenschaftspflichtiger Gesundheitssysteme, die auf Schocks und Krisen reagieren und einen nachhaltigen Zugang

zu hochwertigen Gesundheitsdiensten für alle gewährleisten können. Aufgrund des intersektionalen Verständnisses von Diskriminierung liegt ein besonderer Fokus auf Frauen, Mädchen und den marginalisiertesten Gruppen in Krisen und fragilen Kontexten. Um nachhaltigen Wandel zu erreichen, nimmt CARE strukturelle Ursachen von Geschlechterungleichheit in den Blick. Denn restriktive Geschlechternormen und geschlechtsspezifische Ungleichheiten werden in den Gesundheitssystemen reproduziert, verstärkt und tragen zu geschlechtsspezifischen Ungleichheiten bei.³¹

Aufgrund ihrer Bedeutung für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem gilt ein besonderes Augenmerk den FLHWs, also all jenen, die an der Basis die Verbindung zwischen der institutionellen Versorgung und der Bevölkerung herstellen. Insbesondere in abgelegenen und ländlichen Gebieten gewährleisten sie für Millionen von Menschen den ersten – und oft einzigen – Zugang zu wichtigen Gesundheitsdienstleistungen.

Die meisten FLHWs sind Frauen. Sie sind selbst Mitglieder der Gemeinschaften, in denen sie arbeiten. Dies hilft ihnen nicht nur bei der Überbrückung soziokultureller Barrieren durch ein intuitives Verständnis ihrer eigenen Gemeinschaften, sondern auch dabei, gefährdete und unterrepräsentierte Personen zu erreichen. Neben der Erbringung von medizinischen Dienstleistungen tragen sie auch die Verantwortung für die Vermittlung von Gesundheitserziehung und -aufklärung, die Koordinierung der Versorgung zwischen verschiedenen Komponenten des Gesundheitssystems, die Bereitstellung von Gesundheitsressourcen und -produkten sowie die Verbesserung der Selbstwirksamkeit der Patient:innen.

Hebammen sind eine zentrale Berufsgruppe innerhalb der FLHWs. Für die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, der Verwirklichung der zugehörigen Rechte für Frauen und Mädchen und marginalisierte

26 Auswärtiges Amt (2020): [Strategie des Auswärtigen Amts zur humanitären Hilfe im Bereich Gesundheit \(2020-2025\)](#).

27 BMZ (2023): [Feministische Entwicklungspolitik. Für gerechte und starke Gesellschaften weltweit](#), S. 21.

28 Auswärtiges Amt, 2023, S. 40.

29 CARE (2023a): [Gender Equality Framework. CARE's Theory of Change for Achieving Gender Equality](#).

30 CARE (2021): [Health Impact Area Strategy – Vision 2030](#).

31 CARE, 2021.



Stärkung des Potenzials und der Handlungsfähigkeit von Frauen, Mädchen und anderen Gruppen, die von Ungerechtigkeit betroffen sind



Veränderung der Machtverhältnisse, um kollektives Mitspracherecht und Gemeinwohl zu ermöglichen



Transformation der Gesundheitssysteme und -strukturen, um den allgemeinen Zugang zu Gesundheit zu ermöglichen

Frontline Health Workers (FLHWs) Strategie: Wirkungslogik

Zentrale Ansätze:

Verbesserung der Handlungsspielräume und des Wohlbefindens von FLHWs



Transformation von Normen, Vertrauen und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung



Stärkung des primären Gesundheitsversorgungssystems



Schlüsselaktivitäten:

- Ausbildung
- Ausrüstung
- Management
- Anreize, wie Performance-Ziele, inklusive Entscheidungsfindung, Optionen für Führungspositionen



- Unterstützung von Reflektion
- Gender-Analysen
- Partizipative Einbeziehung der Bevölkerung
- Datensammlung



- Verbesserung und Verknüpfung der Dienstleistungen
- Lokalisierung der Verwaltung
- Bereitstellung von Ressourcen



Ergebnis:

FLHWs sind geschult, ausgerüstet und haben Anreize, um die Lücken beim Zugang zu Gesundheitsinformationen und bei der Erbringung gerechter Dienstleistungen zu schließen.

Die Bevölkerung engagiert sich aktiv zur Unterstützung der Erbringung und Akzeptanz von primären Gesundheitsdienstleistungen und für die Veränderung von Normen in Richtung gesundem Verhalten.

Die Systeme der primären Gesundheitsversorgung integrieren FLHWs als Leistungserbringer:innen und gehen auf die Bedürfnisse der gefährdeten Bevölkerungsgruppen ein.

Wirkung

Das Potenzial von FLHWs als Akteur:innen des Wandels in ihren Gemeinschaften wird maximiert.

Gruppen sowie der Mütter- und Neugeborenen-Gesundheit ist die Arbeit mit Hebammen ausschlaggebend. CARE unterstützt mit seinen Programmen Hebammen deshalb gezielt als kompetente, gut ausgestattete und gestärkte Akteur:innen des Wandels. Die Arbeit für mehr Mitspracherecht und Unabhängigkeit von Hebammen stärkt dabei nicht nur ihre Rolle im Gesundheitssystem, sondern auch ihre Position als Frauen und trägt so zu einer Transformation patriarchal geprägter Gesellschaftssysteme bei.

Etwa ein Viertel der 129 Millionen Menschen weltweit, die auf humanitäre Hilfe angewiesen sind, sind Frauen und heranwachsende Mädchen im gebärfähigen Alter. CARE identifiziert die Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte in Notsituationen damit als entscheidend für bedarfsorientierte Hilfe in Krisen.

Als Organisation mit doppeltem Mandat in humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit ist CARE gut positioniert, sowohl flexibel auf Notfälle zu reagieren als auch die Widerstandsfähigkeit der öffentlichen Gesundheitssysteme zu stärken. Es ist von entscheidender Bedeutung für die Versorgung von Frauen und Mädchen, von Beginn einer Krise an umfassende SRG-Dienste zu planen, die auch über die im *Minimum Initial Service Package (MISP)*³² beschriebenen lebensrettenden Maßnahmen hinausgehen. So wird ein reibungsloser Übergang zur Arbeit der Stärkung der Gesundheitssysteme ermöglicht.³³ Die Arbeit mit Hebammen, ihre Weiterbildung und die Stärkung ihrer Position im Gesundheitssystem muss dementsprechend bereits in humanitären Programmen angelegt und im Sinne des Nexus in strukturbildende Programme in fragilen Kontexten überführt werden, wie in diesem Bericht an den Länderbeispielen Irak und Côte d'Ivoire dargestellt wird.



32 Das *Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health* (Minimum Servicepaket der Erstversorgung für sexuelle und reproduktive Gesundheit) umfasst eine Prioritätsliste lebensrettender Maßnahmen im Bereich SRGR, die insbesondere zu Beginn eines jeden humanitären Notfalls (idealerweise innerhalb der ersten 48 Stunden) umgesetzt werden müssen. The Sphere Project (2018): Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response.

33 Dieser orientiert sich am *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* der IAWG, 2018.

2

Hebammen im Einsatz für ein selbstbestimmtes Leben – Beispiele aus dem Irak und Côte d’Ivoire

Hebammen sind weltweit mit einer Vielzahl von individuellen und systemischen Barrieren konfrontiert. Schädliche Geschlechternormen schränken sowohl Patient:innen als auch Hebammen ein und fordern sie heraus. Konflikte und Krisen erschweren in vielen Regionen ihre Arbeit und gefährden ihre Sicherheit.

Es stellt sich damit die Frage, wie die Unterstützung von Hebammen nachhaltig und konkret gestaltet werden kann: Was brauchen Geburtshelfer:innen in Kontexten, in denen sie unzureichend ausgebildet an unterausgestatteten Arbeitsplätzen arbeiten und unter extrem hohem persönlichem Einsatz ihre Aufgabe erfüllen?

Zur Beantwortung dieser Fragen untersuchte CARE mit Irak und Côte d’Ivoire zwei Länderkontexte, die exemplarisch für Konflikt- und Postkonflikt-Kontexte stehen. In Desk-Studien zur Situation von SRGR und durch Interviews mit Hebammen und anderen Expert:innen vor Ort wurde herausgearbeitet, vor welchen Herausforderungen Hebammen in diesen Kontexten stehen, welche Bedarfe und Forderungen sie haben und was damit die praktischen Rahmenbedingungen für die Projektarbeit vor Ort sind.³⁴

Die vorliegenden Ergebnisse geben einen Einblick in die Lebensrealitäten der Hebammen und liefern wichtige Anknüpfungspunkte, wie Wirkung in einem komplexen Bereich erzielt werden kann.

³⁴ Im Irak wurden vier Hebammen und Projektpersonal von CARE Irak interviewt. In Côte d’Ivoire fanden Interviews mit sieben Hebammen, Vertreterinnen des nationalen Hebammenverbands, CARE-Projektmitarbeiter:innen und Personen aus der Gemeinde, die im Gesundheitsbereich und Gemeindedialogen aktiv sind, statt. Diyana aus dem Irak und Diomande aus Côte d’Ivoire nehmen hier eine prominentere Rolle ein, da sie auch in der von CARE organisierten Fotoausstellung „Im Einsatz für das Leben – Hebammen weltweit“ porträtiert wurden.

2.2 Irak: Aktiv in der Krise

2014 muss die Ezidin Diyana³⁵ gemeinsam mit ihrer Familie und tausenden anderen Menschen aus dem nordirakischen Sindschar in die Berge fliehen. Dort wird sie Zeugin einer dramatischen Geburt, bei der das Kind verstirbt und die Mutter nur knapp überlebt: Vielleicht wäre das Kind zu retten gewesen, doch niemand wusste, was zu tun ist. Für Diyana ist es der Moment, in dem sie beschließt, Hebamme zu werden.

Heute ist der Sindschar nicht mehr aktiv umkämpft, aber die Gegend ist immer noch sehr unsicher. 2023 kann Diyana auf Grund der Sicherheitssituation immer noch nicht vor Ort leben, wo sie seit fünf Jahren im einzigen örtlichen Krankenhaus arbeitet. Deshalb lebt die 26-Jährige im Mamrashan Camp nordöstlich von Mossul, von wo aus sie gut drei Stunden zur Anreise nach Sindschar ins Krankenhaus braucht. Ihre Schichten dauern deshalb jeweils eine ganze Woche. In den letzten fünf Jahren war sie zunächst in der allgemeinen Geburtsabteilung und ist nun seit zwei Jahren im Kreißaal tätig. Das Krankenhaus in Sindschar benötigt dringend medizinische Ausrüstung und Ärzte. „Wenn Sie ein Kind gebären möchten, sollten sie es sonntags oder montags tun, dann ist im Notfall auch ein Arzt da“, erklärt Diyana.

Diyana ist Hebamme und zugleich Aufklärerin. Sie leitet Trainings zur Familienplanung und



Die Hebamme Diyana im Krankenhaus von Sindschar.

erklärt Verhütungsmethoden. Sie will Frauen stärken. Trotz widriger Umstände setzt sie alles daran, den Frauen in Sindschar im Moment der Geburt, dann wenn sie höchst verwundbar sind, ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

*Hier geht es zu
mehr Informationen
über Diyana und
ihre Arbeit*



Der Irak kommt seit Jahrzehnten nicht zur Ruhe: Aufgrund von von aufeinanderfolgenden Krisen hat das Land eine komplexe und anhaltende jahrzehntelange Geschichte von Konflikt, Binnenvertreibung und Gewalt. Dies hat sowohl bei den Menschen als auch bei den Systemen Spuren hinterlassen. Viele Gesundheitseinrichtungen sind nach wie vor zerstört, ein Großteil der irakischen Bevölkerung leidet unter unbehandelten psychischen Traumata.

Mehr als fünf Jahre nach dem offiziellen Ende der Kampfhandlungen sind die Fortschritte

beim Wiederaufbau nach wie vor begrenzt und humanitäre Bedarfe bestehen fort. Das Land ist weiterhin mit vielfältigen sicherheitspolitischen und sozioökonomischen Krisen konfrontiert, die durch den Verfall der weltweiten Ölpreise im Jahr 2020 und die COVID-19-Pandemie, die alle Entwicklungsbereiche in Mitleidenschaft gezogen hat, sowie die Auswirkungen der Klimakrise noch verschärft werden. Immer noch agieren bewaffnete Gruppen auch gegen die Zivilbevölkerung und die zivile Infrastruktur.

³⁵ Im Irak wurden für die vorliegende Studie Diyana (26) und Khawla (28), Hebammen im Sindschar, und Rasha (27) und Yasmin (29), Hebammen im Shekhan Krankenhaus interviewt. Alle Frauen sind unverheiratet und haben keine Kinder. Drei von ihnen haben Angst vor ihrer ersten eigenen Geburt.

Obwohl laut dem *Humanitarian Response Plan (HRP) 2022*, der nur zu 67 Prozent gedeckt war, im Irak noch eine Million Menschen in akuter Not waren, wurde für 2023 ein offizielles Ende der humanitären Koordinierung erklärt. 2023 wurde erstmals kein humanitärer Bedarfsplan mehr erstellt.

Die Folgen der jahrelangen bewaffneten Auseinandersetzungen sind jedoch auch heute noch deutlich spürbar: Nach wie vor leben mehr als eine Million Menschen als Binnenvertriebene vor allem im Norden des Landes.³⁶ Viele von ihnen sind Ezid:innen und flohen vor den Kämpfen im Sindschar-Gebiet. Nach den gewaltsamen Ereignissen, die der Bundestag im Januar 2023 als Völkermord anerkannt hat, suchten die meisten Überlebenden in den Gebieten der Autonomen Region Kurdistan im Irak Zuflucht.



Die Lebenssituation ist sowohl für die Menschen, die bereits in ihre Herkunftsgemeinden zurückgekehrt sind, als auch für die weiterhin als Binnenvertriebene Lebenden schwierig. In vielen Gebieten ist die Infrastruktur zerstört, der Wiederaufbau läuft nur schleppend. In den Gebieten wie dem Sindschar, in denen weiterhin bewaffnete Auseinandersetzungen stattfinden, sind auch humanitäre Unterstützung und Wiederaufbau Gefahren ausgesetzt. Immer wieder werden neu ausgestattete Gesundheits-

zentren besetzt, geplündert und das medizinische Gerät gestohlen. Die Sicherheitslage ist volatil und es fehlt den Menschen an Möglichkeiten, sich ihren Lebensunterhalt zu erwirtschaften. Eine halbe Million Rückkehrer:innen waren 2022 weiter auf humanitäre Hilfe angewiesen.

In großen Teilen des Iraks funktioniert das Gesundheitssystem inzwischen wieder hinreichend gut. Auch im nordwestlichen Ninawa konnten in den letzten Jahren enorme Fortschritte hinsichtlich Kinder- und Säuglingssterblichkeit erzielt werden. In einigen Distrikten wie Sindschar ist die Versorgung jedoch weiterhin schwierig.³⁷ Der Irak gibt mit etwa sechs Prozent seiner Gesamtausgaben vergleichsweise wenig für Gesundheit aus.³⁸

Frauen leiden in humanitären Krisen wie dieser besonders unter mangelnden Angeboten im Bereich der reproduktiven Gesundheit: Schlechte Entbindungspraktiken, der Mangel an eingerichteten und funktionierenden Geburtsstationen und eine sehr hohe Rate an Anämie unter schwangeren Frauen wurden auch im Irak als primäre Probleme in der Krise identifiziert. In diesem fragilen Kontext kommt Hebammen als Personal der medizinischen Grundversorgung, aber auch als wichtige Akteur:innen im Bereich sexueller und reproduktiver Rechte besondere Bedeutung zu.

2.2.1 Hebammen im Irak: Zahlen und Fakten

Irak zählt zu den Ländern in der arabischen Region, in denen der Mangel an Hebammen am höchsten ist. 2017 gab es im Irak nur 0,96 Hebammen pro 10.000 Menschen (absolut: 3.793 Hebammen).³⁹ 2020 fehlten laut einer Analyse von UNFPA etwa 18.800 Hebammen im Land, um eine effiziente Bedarfsdeckung zu erreichen. Prognosen gehen davon aus, dass sich dieser Mangel bis 2030 noch verschärfen wird, wenn keine proaktiven Maßnahmen zur vermehrten Ausbildung von Hebammen ergriffen werden.⁴⁰

36 Internationale Organisation für Migration (2023): [Displacement Tracking Matrix. Iraq](#) (abgerufen am 18.10.2023).

37 WHO (2022c): [Global Health Observatory Data Repository. Iraq](#); WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2018): [Iraq: Health Systems Profile](#).

38 WHO, 2023b.

39 UNFPA, WHO und ICM, (2021b): [The State of the World's Midwifery, Country Profile Iraq](#).

40 UNFPA (2022): [The state of the Midwifery Workforce in the Arab Region](#).



Diyana und Kolleginnen im Krankenhaus.

Das Potential zur Deckung des Bedarfs an essentiellen SRMNJG-Dienstleistungen durch die vorhandenen Arbeitskräfte (Hebammen, Pflegekräfte, Ärzt:innen) liegt im Irak bei 94 Prozent. Dieses *Potential to Meet Need (PMN)*⁴¹ bildet jedoch die Deckung des Bedarfs ab, „wenn [die Arbeitskräfte] gut ausgebildet und gleichmäßig verteilt wären und in einem förderlichen Umfeld⁴² arbeiten würden (und somit in der Lage wären, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu leisten)“⁴³. Im Irak sind diese Bedingungen jedoch nicht erfüllt. Insbesondere das Potential von Hebammen wird so nicht voll ausgeschöpft.

Besonders die Verteilung von Personal ist im Irak ein Problem: Spezialisierte Ärzt:innen, die SRMNJG-Leistungen anbieten, konzentrieren sich in den großen Städten des Landes.⁴⁴ Die Hebamme Diyana erklärt, dass auch im

Jahr 2023 nur sonntags und montags Ärzt:innen im Krankenhaus in Sindschar zugegen sind. Und selbst wenn sie anwesend sind, sind sie schwer überlastet. Deshalb überweisen sie Frauen oft bereits früh in der Wehenphase bei sich abzeichnenden Komplikationen in die nächstgrößeren Krankenhäuser nach Tel Afar oder Mossul. Für die Frauen ist dies mit großen Strapazen und aufgrund der gewaltgeprägten Vergangenheit und der Sprachbarriere auch mit Ängsten verbunden.

„Viele der Frauen sprechen nur Kurdisch, kein Arabisch, vor allem, wenn sie keine Ausbildung haben oder nicht studieren. Es ist also schwer für sie, sich zu verständigen, wenn sie in Mossul im Krankenhaus sind. Sie bitten mich dann um Hilfe, aber ich kann nichts für sie tun, wenn der Arzt sie überweist. Es ist so, wie es ist.“
Diyana, 26, Hebamme

41 Potential die Bedarfe zu decken = verfügbare Arbeitszeit / benötigte Arbeitszeit für universelle Abdeckung der essentiellen SRMNJG Leistungen UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

42 Ein förderliches Umfeld bedeutet, dass SRMNJG-Beschäftigte ihre Tätigkeit in vollem Umfang ausüben können, für unabhängige Entscheidungen im Rahmen der geregelten Standardarbeitsanweisungen verantwortlich sind, in einer funktionierenden Gesundheitsinfrastruktur mit angemessenen Humanressourcen, Geräten und Vorräten arbeiten, Zugang zu rechtzeitiger und respektvoller Beratung, Zusammenarbeit und Überweisung haben, vor körperlichen und seelischen Schäden sicher sind und eine gerechte Entlohnung, einschließlich Gehalt und Arbeitsbedingungen, erhalten. UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

43 UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

44 WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2018.

2.2.2 Irakische Hebammen im Gesundheitssystem: Aufgaben und Restriktionen

Die Müttersterblichkeitsrate⁴⁵ sank im Irak von 116,9 pro 100.000 Lebendgeburten im Jahr 2000 auf 76,1 im Jahr 2020.⁴⁶ Eine Erklärung hierfür ist vermutlich der mit 96 Prozent sehr hohe Anteil der durch ausgebildetes Personal betreuten Geburten.⁴⁷ Der Irak ist somit auf einem guten Weg, das SDG 3 zu erfüllen, bis 2030 die Müttersterblichkeitsrate auf weniger als 70 Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten zu senken.

Viele SRMNJG-Interventionen dürfen im Irak offiziell nur Ärzt:innen durchführen, obwohl sie effizienter und kostengünstiger von Hebammen übernommen werden könnten.⁴⁸ Irakische Hebammen sind durch die geltenden Gesetze nur zu wenigen Leistungen autorisiert. Sie dürfen beispielsweise nur zwei der sieben Behandlungsvorgänge ausüben, die die WHO für die „Geburtshilfliche Notfallversorgung und Neugeborenenversorgung“ identifiziert. Im Vergleich dazu sind marokkanische Hebammen befugt, alle dieser sieben Grundfunktionen durchzuführen.⁴⁹ Vor allem in entlegenen Gesundheitszentren und Standorten mit Ärzt:innenmangel wie dem Sindschar wäre es von großem Vorteil, wenn gut ausgebildete und ausgerüstete Hebammen umfassender agieren dürften.

Theoretisch dürfen Hebammen Geburten nur unter der Führung und in Präsenz von spezialisierten Gynäkolog:innen betreuen. Die Praxis

sieht jedoch häufig anders aus. Oft kommen die Gebärenden erst in den Kreißsaal, wenn die Geburt schon in vollem Gange ist, was die Hebammen auch in ein rechtliches Dilemma bringt. Hebammen müssen dann sofort Hilfe leisten, auch wenn dies über die ihnen rechtlich zugestandenen Kompetenzen hinausgeht.

Auch in anderen Bereichen dürfen Hebammen im Irak nur begrenzt unabhängig agieren. An den prä- und postnatalen Untersuchungen dürfen sie in Krankenhäusern nur teilnehmen. Manchen Hebammen berichten aber, dass sie diese praktisch auch eigenverantwortlich durchführen.⁵⁰

„Die vorgeburtlichen Untersuchungen werden in Shekhan vier und acht Wochen vor der Geburt durchgeführt, aber nur von den Ärztinnen und Ärzten. Anders ist das in den Gesundheitszentren (PHCCs – Primary Health Care Centers), wo sowohl Ärzte als auch Hebammen stationiert sind, da können beide die Voruntersuchungen durchführen. Hausbesuche der Hebammen nach der Geburt sind unüblich, es sind ja auch viel zu viele Geburten und so viele Frauen könnten wir unmöglich besuchen.“

Yasmin, 29, Hebamme

Alle Entscheidungen werden jedoch vom ärztlichen Personal gefällt. Die Expertise und Einschätzung der Hebamme werden dabei kaum berücksichtigt. Dies beinhaltet auch die Wahl der Geburtsmethode, was potentiell auch die mit 33,2 Prozent hohe Rate von Kaiserschnitten erklärt.⁵¹

45 Die Müttersterblichkeitsrate bezeichnet die geschätzte Zahl von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren, pro 100.000 Lebendgeburten, die aufgrund schwangerschaftsbezogener Gründe oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft sterben.

46 Der Irak liegt somit auf Platz 76 von 182 Ländern. UNFPA, DSW (2023): [UNFPA-Weltbevölkerungsbericht 2023: 8 Milliarden Leben, unendliche Möglichkeiten. Deutsche Kurzfassung des Weltbevölkerungsberichts](#).

47 Betreute Geburten meint den Prozentsatz an Geburten, die von geschultem medizinischem Personal (Ärzt:innen, Krankenpfleger:innen oder Hebammen) durchgeführt wurden.

48 UNFPA, 2022.

49 Für irakische Hebammen ist nur die Neugeborenen-Reanimation mit Beutel und Maske und die assistierte Geburt durch Saugglocke (Vakuumentextraktion) erlaubt. Zu der von der WHO definierten geburtshilflichen Notfallversorgung gehören des Weiteren die Verabreichung von intravenösen/intramuskulären Antibiotika, Verabreichung von intravenösen/intramuskulären uterotischen Medikamenten (z. B. Oxytocin), Verabreichung von intravenösen/intramuskulären Antikonvulsiva und Uterotonika, manuelle Entfernung der Plazenta und manuelle Vakuumentextraktion von zurückgehaltenen Produkten. UNFPA, 2022.

50 Im Irak nehmen 67,9 Prozent der Frauen die vorgeburtlichen Untersuchungen mindestens viermal wahr. Eine Nachsorgeuntersuchung innerhalb von zwei Tagen nach der Geburt erfolgt bei 82,6 Prozent der Frauen. UNICEF (2018): [UNICEF Data. Iraq](#) (abgerufen am 18.10.2023).

51 UNFPA, WHO und Interagency Working Group on SRH and HIV linkages (2021): [Sexual and Reproductive Health and Rights Infographic Snapshot. Iraq 2021](#).



Diyana bei der Untersuchung einer Patientin.

„Wenn die Patientinnen zur Geburt ins Krankenhaus kommen, unterschreibt zunächst der Arzt oder die Ärztin ein Papier, und dann machen eigentlich die Hebammen so gut wie alles im weiteren Geburtsverlauf. Wenn Komplikationen abzusehen sind, dann tendieren die Ärzte dazu, die Patientinnen an das nächstgrößere Krankenhaus weiter zu überweisen. Es ist die alleinige Entscheidung der Ärzte, und wir Hebammen haben hier kein Mitspracherecht und unsere Meinung wird auch nicht gehört – manchmal wissen die Hebammen, dass die Ärzte nur keine Risiken oder Arbeit auf sich nehmen wollen, und die Frauen deshalb häufig weiter überweisen.“

Yasmin, 29, Hebamme

Eine große Herausforderung im Hebammenalltag ist die Armut der Bevölkerung. Für Routine-Vorsorgeuntersuchungen belaufen sich die Kosten in den öffentlichen Gesundheitszentren zwar nur auf 3.000 irakische Dinar (entspricht ca. zwei Euro). Bei Notfällen reduzieren sich die Kosten auf 500 irakische Dinar (ca. 40 Cent). Jedoch muss auch die Fahrt ins Krankenhaus finanziert werden und Ultraschalldiagnostik ist eine Zusatzleistung, die die finanziellen Möglichkeiten der Frauen oft übersteigt. Die Frauen sparen auch an diesen

Untersuchungen, da die Geburtsbegleitung im Krankenhaus rund zehn Euro kostet, die für die auszustellenden Papiere bezahlt werden müssen. Zudem müssen Medikamente oft selbstständig in Apotheken besorgt werden, da sie im Krankenhaus nicht vorhanden sind. Damit kommen die Gebärenden meist ohne Ultraschall oder andere Laboruntersuchungen zur Geburt.

„Die finanzielle Lage der Menschen in Sindschar ist wirklich schlecht. Sie haben keine Einkommensquellen. Es gibt keine Arbeitsmöglichkeiten. Wenn man Frauen also überweist und der Krankenwagen nicht verfügbar, müssen sie ein Auto mieten oder mit dem Taxi fahren. Manchmal haben sie dafür kein Geld, dann geben wir ihnen das Geld.“

Khawla, 28, Hebamme

Hebammen im Irak übernehmen auch wichtige Aufgaben in der psychologischen Betreuung von Frauen. Diese „einzigartige Betreuungsphilosophie von Hebammen“⁵² erleichtert insbesondere für die vulnerabelsten und marginalisiertesten Gruppen, wie zum Beispiel traumatisierte Frauen mit Fluchterfahrung, den Zugang zu Gesundheitsversorgung.

52 UNFPA, WHO und ICM, 2021a.



Diyana vor dem Eingang der chirurgischen Abteilung des Krankenhaus Sindschar.

„Manchmal kommt die Frau und bekommt das Kind – und dann braucht sie eine Art psychologische Unterstützung. Jemand, der mit ihr spricht, um sie zu beruhigen oder zu trösten oder irgendeine Art von Unterstützung gibt. Für manche Menschen ist es sehr schwer. Selbst wenn man sie überweist, haben sie Angst, das Gebiet, in dem sie leben, zu verlassen. Auf dem Weg von Sindschar nach Mossul muss man durch Tel Afar und all die Gebiete fahren, in denen sich die wichtigsten Dörfer und Bezirke des IS befanden. Für sie ist es also sehr beängstigend, mitten in der Nacht irgendwohin zu reisen. Das ist nicht einfach.“

Diyana, 26, Hebamme

2.2.3 Der irakische Hebammenverband: Tiger ohne Zähne

Hebamme ist im Irak als eigenständiger Beruf anerkannt und es ist gesetzlich definiert, was eine professionelle Hebamme ist. Zur Berufsausübung wird eine Lizenz benötigt, sowie die Eintragung der lizenzierten Hebammen in ein Register. Dieses untersteht dem irakischen *Nursing Syndicate*, einer allgemeinen Berufsvertretung für Pflegefachkräfte.⁵³

Auch der Berufsverband der Hebammen, erstmalig 1959, dann 1971 und 2012 neu gegründet, untersteht dem *Nursing Syndicate*. Er ist für die Weiterentwicklung des Berufsbildes, die individuelle und fachliche Beratung und Vertretung seiner Mitglieder sowie für die Regierungsberatung in Bezug auf Grundlagenpapiere im Bereich der Mütter- und Neugeborenen-Gesundheit zuständig. Verhandlungen über Arbeits- und Lohnbedingungen mit der Regierung fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich des Berufsverbands.⁵⁴

Der Durchschnittslohn von irakischen Hebammen liegt bei rund 6.000 Euro. Dies wird von einigen Hebammen als zu geringe Entlohnung ihres Einsatzes empfunden. Hinzukommt, dass die Geburtshelfer:innen auch nicht hinreichend abgesichert sind: Die Arbeitssicherheit ist genauso wenig gewährleistet wie die finanzielle Absicherung bei Arbeitsunfällen. Obwohl sich die interviewten Hebammen dieser Missstände sehr bewusst sind, war keiner von ihnen eine Hebammengewerkschaft oder Interessenvertretung im Irak bekannt, die sich für die Arbeitsbedingungen der Hebammen und die Wertschätzung ihrer Arbeitsleistung einsetzen würde.

53 UNFPA (2014): *The State of the World's Midwifery 2014*. Iraq.

54 UNFPA, 2014.



Beratung durch die Hebamme Diyana im Sindschar.

„Unser Gehalt und unsere Absicherung ist nicht gut. Es gibt z. B. eine Versicherungsleistung, die man bekommt, wenn man sich während der Arbeit viral infiziert. Hebammen bekommen 80.000 irakische Dinar (ca. 58 Euro) im Versicherungsfall, Ärzte und Ärztinnen jedoch 150.000 (ca. 108 Euro). Das empfinde ich als ungerecht, denn normalerweise machen die Hebammen die ganze „dreckige Arbeit“ und haben damit ein viel höheres Risiko. Während Covid haben die Ärzte oft die Patientinnen gar nicht untersucht, sondern gleich die ganze Arbeit den Hebammen überlassen.“

Yasmin, 29, Hebamme

Im Irak bekleiden weder im nationalen Gesundheitsministerium noch in sub-nationalen Gesundheitsministeriumsabteilungen oder der berufsregulierenden Autorität Hebammen Führungspositionen. Es gibt keine rein für Hebammen zuständige, regulierende Einheit im Gesundheitswesen.⁵⁵ Somit ist die direkte Vertretung ihrer Interessen eingeschränkt. Da es im Irak auch keine Hebammen

in Führungs- und Leitungspositionen im Gesundheitswesen gibt, sind von Hebammen geleitete Verbesserungen der SRMNJG-Leistungserbringung nicht möglich. Damit bleibt erhebliches Potential, nachhaltig die Situation der sexuellen, reproduktiven und Mütter-, Neugeborenen- und Jugendgesundheit zu verbessern, bislang ungenutzt.

2.2.4 Ausbildung und staatliche Anerkennung

Um die Hebammenausbildung beginnen zu dürfen, ist die Absolvierung des 10. Schuljahres und ein Mindestnotendurchschnitt erforderlich. Die Ausbildung an der staatlichen irakischen *Midwife High School* dauert drei Jahre.⁵⁶ Die Ausbildung zur Hebamme und ihre Tätigkeit wird im Irak von weiten Teilen der Bevölkerung nicht besonders wertgeschätzt. Frauen, die sich für die Ausbildung zur Hebamme entscheiden, begegnen Geringschätzung und Unverständnis über die Rolle und Bedeutung von Hebammen.

55 UNFPA, 2022.

56 Interview mit Omar Saleh, Gesundheitsexperte, CARE Irak. Siehe auch UNFPA, 2014.

„Die Leute schauen auf unseren Job und das, was wir tun, herab. Es gibt einen verniedlichenden, abwertenden Begriff, den sie auf Kurdisch verwenden. Die Leute sind nicht sehr gut über unsere Arbeit und die Bedeutung unsere Arbeit informiert. Dabei ist das, was wir tun, viel wichtiger als der Arzt, denn der Arzt kommt und sieht die Patientin kurz und geht, und dann ist die Hebamme diejenige, die die volle Verantwortung für die Geburt übernimmt.“

Khawla, 28, Hebamme

Es besteht kein standardisiertes Curriculum und es ist auch kein Minimum an supervisierten Geburten während der Ausbildung vorgeschrieben. Nur 50 Prozent der Ausbilder:innen von Hebammen sind selbst Hebammen.⁵⁷ Es findet weder eine qualitative Überprüfung dieser Ausbildung statt, noch wird eine kontinuierliche Weiterbildung für Hebammen angeboten. Ein über die Grundausbildung hinausgehendes Bachelorstudium, das auch einen hohen Anteil an Praxis beinhaltet, gibt es im Irak nur in einer Region.

Angesichts der hohen Geburtenraten von durchschnittlich 3,4 Kindern pro Frau⁵⁸ und des anspruchsvollen Umfelds in den Entbindungsstationen mit wenig Ausstattung und zu wenig Personal, sind frisch diplomierte Hebammen im Irak in der Regel hohem Stress ausgesetzt.⁵⁹ Nach ihrem Abschluss können Hebammen nur in manchen Regionen im Irak ein Übergangszeitprogramm absolvieren, das sie dabei unterstützen soll, ihr theoretisches Wissen in die Praxis umzusetzen. Viele beginnende Hebammen fühlen sich überfordert von der enormen Verantwortung und der Herausforderung, ohne weitere strukturierte Anleitung das erworbene theoretische Wissen in die Praxis umzusetzen. Dies führt bereits zu diesem Zeitpunkt zu einer hohen Abbruchrate und Aufgabe des Berufs.

Hebammenabsolventinnen sind für den Einstieg in den Beruf sowohl auf ein praktisches Curriculum in der Ausbildung und ein unterstützendes Umfeld durch Kolleg:innen und Führungskräfte angewiesen, welches es ihnen ermöglicht, ausreichend praktisches Selbstvertrauen zu erwerben. Nur so bleiben sie im Beruf und können effiziente Leistungen erbringen.⁶⁰

2.2.5 Zusatzausbildung und -aufgabe: Familienplanung und Aufklärung

Eine wichtige Aufgabe von Hebammen weltweit ist die Information über Familienplanung und Aufklärungsarbeit.⁶¹ Gesetzliche Rahmenbedingungen im Irak schränken die Palette der Leistungen, die Hebammen anbieten dürfen, jedoch stark ein. Dschibuti und Jemen sind die einzigen Länder in der Region, die ihren Hebammen erlauben, alle fünf Verhütungsmethoden (Pille, Injektion, Intrauterinpeessar, Notfallverhütung und Implantat) anzubieten. Hebammen im Irak, wie auch in Jordanien und Libyen, dürfen ausschließlich Kondome verteilen, eine Verhütungsart, die in der arabischen Welt wenig verbreitet ist.⁶²

Um in Gesundheitseinrichtungen Aufklärung zu Familienplanung anbieten zu dürfen, können irakische Hebammen freiwillig an einem Zusatztraining der lokalen Gesundheitsbehörden teilnehmen. Der Bedarf an Beratung ist eindeutig gegeben. Fast 90 Prozent der Frauen, die kürzlich entbunden haben, äußern den Wunsch, zwei oder mehr Jahre nicht schwanger zu werden. Trotzdem liegt die Verwendung von Verhütungsmitteln nach wie vor nur zwischen 28 und 36 Prozent.⁶³ Zwar erhöht sich die Anzahl von Frauen, die aktiv verhüten, seit einigen Jahren. Geschlechternormen und fehlende Selbstbestimmung sind jedoch nach wie vor große Hindernisse. Die Verwendung von

57 UNFPA, 2022.

58 DSW, 2023.

59 Naqshbandi, P. S.; Karim, M. A. und Qadir, D. O. (2019): A qualitative Study of the Recent Midwifery Graduates' lived Experiences During Transition Period. International Journal of Medical Investigation.

60 UNFPA, WHO und ICM, 2021a.

61 WHO (2018): Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception.

62 UNFPA, 2022.

63 Weitere signifikante Unterschiede zeigen sich daran, dass jüngere Frauen am wenigsten moderne oder andere FP-Methoden verwenden. Auch die hohe Rate von "Nicht-gewollten Schwangerschaften" ist auffällig – rund 24 Prozent der Schwangerschaften (während der Umfrageperiode) waren entweder nicht beabsichtigt oder nicht gewollt, mit einem höheren Prozentsatz bei Frauen über 30 Jahren. UNFPA und Republic of Iraq, Ministry of Health (2020): National Birth Spacing & Family Planning Strategy (2021 – 2025).



Wartende Patientinnen vor der Station, in der Diyana arbeitet.

Verhütungsmitteln ist faktisch nur mit der Zustimmung des Mannes möglich.

„Erst unlängst kam eine 37-jährige Frau zu uns, die bereits 13 Kinder hatte. Ihr Mann verbot ihr trotzdem, Verhütungsmittel zu nehmen.“

Yasmin, 29, Hebamme

Auch ein anderer Faktor hat erheblichen Einfluss: Obwohl andere Verhütungsmethoden generell erlaubt sind, erhalten Frauen im öffentlichen Gesundheitssystem nach Verschreibung durch eine:n Ärzt:in de facto nur die Anti-Babypille. Andere Verhütungsmittel sind generell nur über den Privatsektor erhältlich und teuer: Die Kosten belaufen sich auf 100 bis 300 Euro. Trotzdem hält der Privatsektor über 80 Prozent Marktanteil bei der modernen Familienplanung, auf den öffentlichen Sektor entfallen nur 15 Prozent.⁶⁴ Die Zahlen zeigen damit deutlich, dass finanziell schwächere Frauen und Familien nur eingeschränkten Zugang zu modernen Verhütungsmitteln haben.

2.2.6 Überlastung und mangelnde Unterstützung

Hebammen im Irak sind vom öffentlich-staatlichen Gesundheitssystem angestellt. Gesetzlich geregelt arbeiten sie 40 Stunden in der Woche. Die Länge der einzelnen Schichten ist vom jeweiligen Krankenhaus oder Geburtzentrum abhängig.

„Irakische Hebammen arbeiten in Schichten, die normalerweise 24 Stunden dauern und sehr anstrengend sind, denn man kommt nicht wirklich zum Schlafen. Meist sind mehrere Hebammen anwesend, die sich die Arbeit etwas aufteilen. In unserem Kreißaal sind vier Betten, wo die Frauen gleichzeitig gebären. Während der Schichten sind die Hebammen im Gästehaus des Krankenhauses untergebracht, das allerdings in einem fürchterlichen Zustand ist. Auch das Essen, das wir bekommen, ist kaum zu genießen.“

Yasmin, 29, Hebamme

⁶⁴ UNFPA und Republic of Iraq, Ministry of Health, 2020.



Diyana mit Kolleginnen im Gästehaus des Krankenhauses, in dem sie während ihrer Wochenschichten wohnen.

Wie alle irakischen Angestellten haben auch Hebammen Anspruch auf Mutterschutz (21 Tagen vor der Geburt und bis 51 Tage danach) und Elternzeit (bis zu einem Jahr). Beim Wiedereinstieg in den Job sind sie jedoch wie viele Frauen im Irak mit patriarchalen Rollenbildern und der fehlenden systemischen Unterstützung für arbeitende Mütter konfrontiert.

„Wenn Hebammen selbst Kinder bekommen, können sie ein Jahr in Elternzeit gehen, mit halbem Lohnbezug. Ob sie dann wieder in den Job einsteigen, ist wiederum eine Frage, die mit dem Ehemann zu klären ist, aber ich würde jedenfalls wieder weiterarbeiten wollen. Manche Hebammen nehmen auch Kinder in die Schicht mit, wenn sie keine Betreuung haben.“

Yasmin, 29, Hebamme

In Sindschars einzigem Krankenhaus, in dem Diyana als Hebamme arbeitet, sind insgesamt 36 Hebammen angestellt. Während einer Schicht sind immer sechs Hebammen im Dienst. Sie arbeiten in einem großen Saal mit vielen Gebärenden gleichzeitig. Für die letzte Phase der Geburt gibt es einen Raum mit zwei Betten. Wenn diese belegt sind, müssen andere

Geburten im großen Wehensaal stattfinden. Seit internationale Nichtregierungsorganisationen (NROs) ihre Tätigkeiten aufgrund mangelnder Finanzierung im Gebiet eingestellt haben, kommen mehr Frauen in das Krankenhaus. Lokale Gesundheitszentren, die vorher noch einen Teil der Arbeit abgefangen hatten, haben ihre Geburtsstationen geschlossen.

Für Hebammen führt dies zu einer konstanten Überlastung. Der fehlenden Basisversorgung kann oft nur durch Überweisung von Schwangeren in andere Krankenhäuser begegnet werden. Hebammen fühlen sich in ihrer Arbeit dabei oft zu wenig wertgeschätzt und wahrgenommen.

„Wir würden gerne das Gefühl haben, dass wir in der Gemeinschaft wichtig sind und dass sie unseren Job verstehen und sehen, wie wichtig es ist, was wir tun. Die Menschen in den Gemeinschaften verstehen die Bedeutung der Hebammenarbeit nicht gut genug. Und natürlich brauchen wir mehr Training, um unsere Fähigkeiten laufend zu verbessern und weiterzuentwickeln.“

Khalwa, 28 und Diyana, 26, Hebammen

2.2.7 CARE-Projekt: Gesundheit und Wiederaufbau unter Beteiligung von Hebammen

Im beschriebenen Umfeld setzte CARE ein Projekt⁶⁵ im besonders schwer vom bewaffneten Konflikt betroffenen Gouvernement Ninawa im Nordirak um, welches neben anderen Komponenten zu SRGR auch die Fortbildung von Hebammen im Bereich Familienplanung und ihre Ausbildung zur Stärkung der lokalen Gesundheitsstruktur beinhaltete.

41 Geburtshelferinnen aus dem Norden Ninawas nahmen an einem achtmonatigen Kurs teil, um ihre praktische Expertise zu erweitern und für den Bereich Aufklärung besser gewappnet zu sein. Die Projektkonzeption würdigte zudem ihre Position als FLHWs, als das oft einzige medizinische Fachpersonal in ihren Heimatgemeinden. Die ausgewählten Frauen erhielten speziell auf ihre Situation zugeschnittene Kurse. Das Curriculum wurde gemeinsam von CARE und dem Krankenhaus in Dohuk entwickelt. Die Teilnehmerinnen hospitierten außerdem im Krankenhaus in Dohuk. Für die Zeit der Fortbildung wohnten sie gemeinsam in einer für sie angemieteten Wohnung, was einen partnerschaftlichen Austausch ermöglichte und den Grundstein für ein professionelles Netzwerk legte. Teil des Projektes waren zudem zwei Fachsymposien für medizinisches Personal aus dem Bereich SRMNJG. Ärzt:innen und Hebammen konnten sich hier offen über ihre Erfahrungen austauschen und voneinander lernen.

Die Projektkonzeption ging davon aus, dass die fortgebildeten Hebammen durch die verstärkte Sensibilisierungsarbeit zu einer Verbesserung des Wissens über reproduktive Gesundheit bei werdenden Müttern, sowohl Rückkehrerinnen als auch der ansässigen Bevölkerung, beitragen würden. Gleichzeitig erwartete das Projekt einen gendertransformativen Effekt, der ausgelöst durch die Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit unter anderem zum Abbau von schädlichen oder diskriminierenden



Ausstattung von Hebammen im Krankenhaus im Irak.

Geschlechterstereotypen und Praktiken führen könnte.

Da Frauen aufgrund traditioneller Rollenbilder und Erwartungen im Irak häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und traditionell kaum an Aktivitäten außerhalb der Familie teilnehmen, wurden von den Hebammen gezielt Hausbesuche und Fokusgruppengespräche angeboten. Diese wurden sehr gut angenommen, sind jedoch im nicht-projektfinanzierten Alltag der Hebammen aufgrund von knappen Ressourcen kaum möglich.

Die Materialien, die die Hebammen benutzten, behandelten auch die Gleichstellung von Frauen und Männern auf Gemeindeebene, um Frauen und Mädchen besser über ihre Rechte aufzuklären. Fragen von geschlechtsbasierter Gewalt im Zusammenhang mit SRGR (wie z. B.

65 Vom 1. Mai 2016 bis Ende 2018 führte CARE Deutschland das Projekt „Gesunder Wiederaufbau: Verbesserung der Mütter-Kind-Gesundheit in Rückkehrgebieten im Nord-Irak“ in den Subdistrikten Zummar und Rabia und den umliegenden Dörfern im Gouvernement Ninawa durch. Es wurde durch Fördermittel des BMZ mit 2,9 Mio. EUR finanziert. Das entwicklungsorientierte Hilfs- und Rehabilitierungsprojekt wurde in Partnerschaft mit der lokalen NRO Harikar und dem „Directorate of Health“ (DOH) von Ninawa durchgeführt und koordinierte die Projektmaßnahmen mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Entwicklungsakteur:innen, einschließlich UNFPA, WHO und internationalen NRO.

Frühverheiratung) waren ein großer Themenkomplex.

Begleitet wurde der Wissens- und Kompetenzaufbau durch eine strukturbildende Komponente in Form des Wiederaufbaus und der Einrichtung von vier Gesundheitszentren mit Mutter-Kind-Stationen, um den lokalen Zugang zu professioneller Unterstützung und Ausstattung während der Schwangerschaft und Geburt zu verbessern.

Während vor Projektbeginn hauptsächlich private Krankenhäuser oder Kliniken für die vorgeburtliche Betreuung und Geburten genutzt wurden, bevorzugten bei Projektende 72 Prozent der Bevölkerung die öffentlichen Geburtstationen (PHCCs). Als Gründe hierfür wurden die verbesserte Infrastruktur, die verbesserte Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Medikamenten sowie die verbesserte Betreuung durch Hebammen und Ärzt:innen genannt. Insbesondere der letzte Aspekt ist direkt auf die Fortbildung der Hebammen zurückzuführen.

Die Aufklärungsarbeit der Hebammen wurde von Projektteilnehmer:innen sehr positiv bewertet. Vor allem die Bewusstseinsbildung über Geschlechterrollen und deren Transformation sowie der Bereich geschlechtsspezifische Gewalt wurden als Mehrwert hervorgehoben. Diese Ergebnisse zeigen, dass das Projekt nachhaltig zu Veränderung beigetragen hat

und die Projektteilnehmer:innen das Gelernte in die Praxis umsetzen sowie auch als Multiplikator:innen für das erworbene Wissen agieren.

Neben der Projektevaluation gibt es noch einen sehr viel direkteren Beleg für die erfolgreiche und nachhaltige Projektkonzeption und -durchführung: Diyana nahm vor ihrer Tätigkeit als Hebamme im Krankenhaus in Sindchar an einem der achtmonatigen Kurse des CARE-Projektes teil. Sie berät und sensibilisiert auch heute, Jahre nach Projektende, weiterhin Erwachsene und Jugendliche im Bereich Familienplanung. Sie betont, dass sie hier immer auch die Ehemänner mit einbezieht und ihnen erklärt, wieso für den Körper ihrer Frau eine Schwangerschaftspause wichtig ist. Sie erzielt damit nach eigener Aussage große Erfolge, auch in der Veränderung der Einstellung der Männer. Ihre Kollegin Khawla, die im selben Krankenhaus wie Diyana arbeitet, unterstreicht zusätzlich die Bedeutung der besseren Aufklärungsarbeit und Diyanas Rolle als Multiplikatorin auch für ihre Kolleg:innen. In den letzten drei bis vier Jahren falle ihr vermehrt auf, dass Frühverheiratung massiv zurückgehe, was sie direkt auf die Aufklärungsarbeit von Akteur:innen wie Diyana zurückführt.

„Diyana hat anderes Wissen als uns vermittelt wurde. Wir lernen jeden Tag von ihr.“
Khawla, 28, Hebamme

Ergebnisse der Aufklärungsarbeit der Hebammen im Bereich Familienplanung

93 % der Projektteilnehmer:innen haben ein besseres Bewusstsein und größeres Wissen über Verhütungsmittel und Familienplanung.

76 % der Befragten fanden die Sensibilisierungssitzungen den besten Teil der Projektinterventionen.

72 % bevorzugten öffentliche Geburtsstationen gegenüber privaten Kliniken.

2.3 Côte d'Ivoire: Aktiv im Post-Konflikt

Diomande⁶⁶ will Leben retten. „Meine Schwägerin starb wenige Tage nach der Geburt ihrer Zwillinge. Da wusste ich, dass ich anderen Frauen helfen will. Jede Frau sollte eine Chance auf eine sichere Geburt haben.“ Seit 2018 ist Diomande Hebamme und arbeitet im ländlichen Gesundheitszentrum von Fari M'babo in Côte d'Ivoire. Die aus Touba im Norden Côte d'Ivoires stammende 34-jährige Hebamme wohnt mit ihren beiden Nichten direkt neben ihrem Arbeitsplatz. Sie ist immer erreichbar und arbeitet rund um die Uhr, sieben Tage die Woche. „Wenn es mir zu viel wird, nehme ich meinen Jahresurlaub. Dann fahre ich zu meinen Eltern in den Norden. Ansonsten bin ich im Dienst – zu jeder Stunde, an jedem Tag, bei jedem Wetter.“ Als Hebamme ist sie nicht nur für Geburten und die Vor- und Nachsorge verantwortlich, sondern klärt auch über Verhütung auf. Früher schämten sich die Jugendlichen, zu ihr zu kommen. Heute sind sogar die Eltern dabei. Die Zahl der ungeplanten Schwangerschaften ist stark gesunken.

„Mehr als alles andere benötigen wir einen Krankenwagen.“ Aktuell werden Notfallpatient:innen auf der Ladefläche eines motorisierten Dreirads transportiert. Im schlimmsten Fall gebären sie dort auch ihr Kind. Das hohe Risiko, während der Begleitung der Frauen von der Ladefläche zu stürzen, spielt für Diomande keine Rolle – sie will Leben retten. „Ich bin so



Die Hebamme Diomande.

stolz und glücklich, die Freude der Eltern nach einer erfolgreichen Entbindung zu sehen. Immer wieder kommen Frauen noch Jahre nach der Geburt zu mir zurück, um mir für die Unterstützung und den Rat zu danken. Das ist meine ganze Zufriedenheit.“

*Hier geht es zu
mehr Informationen
über Diomande
und ihre Arbeit*



Lange Zeit galt Côte d'Ivoire mit seinen 28,2 Millionen Einwohner:innen als stabiles und vergleichsweise wohlhabendes Land inmitten der von Armut und politischer Instabilität geprägten Region. Zwischen 2002 und 2011 erlebte das Land zwei Bürgerkriege mit tausenden Toten und über einer Million Binnenvertriebenen. Im April 2011 wurde der gewaltsame Konflikt beigelegt und es fanden demokratische Wahlen statt. Das Gesundheitssystem leidet jedoch noch immer an den Spätfolgen.

Seit 2022 führt die zunehmende Unsicherheit in den Nachbarländern der Sahelzone zu einem vermehrten Zustrom von Flüchtlingen vor allem aus Burkina Faso.⁶⁷ Dies hat den Druck auf die bereits zuvor unzureichenden sozialen Grundversorgungsdienste der beiden Regionen im Norden des Landes, die die meisten Geflüchteten aufgenommen haben, zusätzlich erhöht.

66 In Côte d'Ivoire wurden für die vorliegenden Studie die Hebammen Diomande (34), Mariame (38), Ndri, Mariette, und Achi interviewt, die in ländlichen Gesundheitszentren tätig sind. Außerdem sprach CARE mit Carine und Sonia, die in urbanen Gesundheitszentren arbeiten. Alle sind in der Gbêkê Region in Zentral-Côte d'Ivoire beschäftigt und Mitglieder des ivoirischen Hebammenverbands. Sonia ist zudem Vorsitzende der regionalen Vertretung des ivoirischen Hebammenverbands. Ein weiteres Interview fand mit der nationalen Präsidentin des ivoirischen Hebammenverbands, Awa Diallo, in Abidjan statt.

67 UNHCR (2023): [Côte d'Ivoire](#) (abgerufen am 19.10.2023).

Côte d'Ivoire ist einer der weltweit größten Kakaoproduzenten und zählt zu den wichtigsten Exportländern von Kaffee, Cashew-Nüssen, Palmöl und Kautschuk des afrikanischen Kontinents. Zudem hat das Land einen im regionalen Vergleich gut entwickelten Dienstleistungssektor. Trotzdem liegt Côte d'Ivoire beim *Human Development Index* (HDI) der Vereinten Nationen mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 58,6 Jahren und einer durchschnittlichen Schulbesuchszeit von fünf Jahren nur auf Rang 159 von 191 Ländern.⁶⁸ Die Wirtschaft ist in den letzten Jahren zwar stark gewachsen, dies findet jedoch keine Entsprechung bei den Gesundheitsausgaben.⁶⁹

Der Gesundheitssektor in Côte d'Ivoire ist von jeher stark unterfinanziert und strukturell schwach. Während der Auseinandersetzungen 2010–2011 wurde ein Großteil der Gesundheitseinrichtungen geschlossen und teils geplündert. Nach Ende des Konflikts priorisierte die Regierung die Rehabilitierung und den Aufbau von Gesundheitszentren und Krankenhäusern und führte ein System kostenloser Dienstleistungen ein. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheit an den Gesamtausgaben des Landes liegt jedoch seit Jahren bei nur etwa fünf Prozent⁷⁰ und damit weit entfernt von dem in der Abuja Deklaration⁷¹ selbstgesetzten Ziel der afrikanischen Länder, 15 Prozent des nationalen Budgets für Gesundheit auszugeben.

Nur zehn Prozent der Bevölkerung im Land haben heute Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung.⁷² Die Müttersterblichkeit ist mit 480 Frauen pro 100.000

Lebendgeburten extrem hoch.⁷³ Die Finanzmittel von internationalen Gebern für Gesundheit erreichten im Rahmen des Wiederaufbaus 2014/2015 ihren Höhepunkt, pendelten sich seitdem aber wieder auf das Vorkonflikt-Niveau ein und konzentrieren sich weiterhin auf HIV und Malaria (70 Prozent). In der sich stabilisierenden wirtschaftlichen und politischen Lage steht das Land nun vor der Herausforderung, von der Notlage zum Aufbau eines nachhaltigen Gesundheitssystems überzugehen.⁷⁴



2.3.1 Das Aufgabenfeld ivorischer Hebammen: Balanceakt zwischen rechtlicher Beschränkung und individueller Verantwortung

Diomande ist eine von etwa 7.000 professionellen Hebammen in Côte d'Ivoire.⁷⁵ Sie betreut als einzige Hebamme im Einzugsgebiet ihres Gesundheitszentrums rund 200 Schwangerschaften im Jahr.⁷⁶

68 Der *Human Development Index* (HDI) ist ein zusammenfassendes Maß für die durchschnittliche Leistung in Schlüsseldimensionen der menschlichen Entwicklung: ein langes und gesundes Leben, Bildung und ein angemessener Lebensstandard. UNDP (2023): *Human Development Index* (HDI).

69 Weltbank (2020): *Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire. Accelerating Reforms Toward Universal Health Coverage*.

70 Weltbank, 2020.

71 Heads of State and Government of the Organisation of African Unity (2001): *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases*.

72 WHO, 2023b.

73 Der weltweite Mittelwert liegt bei 223 pro 100.000 Lebendgeburten. Der Wert von Côte d'Ivoire übersteigt mit 480 sogar den Mittelwert der am wenigsten entwickelten Regionen der Welt, der bei 377 Frauen pro 100.000 Lebendgeburten liegt. DSW, 2023.

74 Weltbank, 2020.

75 Laut Präsidentin des ivorischen Hebammenverbands gab es 2023 zum Zeitpunkt des Interviews etwa 7.000 Hebammen. 2019 waren es laut UNFPA 5.601. UNFPA, WHO und ICM (2021c): *The State of the World's Midwifery, 2021. Country Profile Côte d'Ivoire*.

76 UNFPA, WHO und ICM, 2021c.

„Auf der Entbindungsstation ist die Hebamme verpflichtet, alles zu tun, was mit der Pflege zu tun hat. Wenn ich Pflege sage, dann meine ich die pränatale Konsultation, die Familienplanung, die Entbindung, die Pflege des Neugeborenen und die postnatalen Konsultationen.“

Diomande, 34, Hebamme

Die Hauptaufgabe von Hebammen in Côte d'Ivoire ist die Begleitung von Schwangerschaften ohne absehbare Komplikationen. Sie führen Beratungen und Untersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts durch. Sie begleiten die Wehen und die Geburt. Auch die Betreuung und Beratung der Mutter und des Kindes nach der Entbindung gehört zu ihren Aufgabenbereichen.⁷⁷ Seit 2010 hat sich das Kompetenzfeld der Hebammen um die Möglichkeit erweitert, Patientinnen auch außerhalb der Schwangerschaft durch die Durchführung gynäkologischer Eingriffe (Abstrich, Brustuntersuchung etc.) zu begleiten.

Diomande ist auch für Aufklärung und die Bereitstellung von Mitteln zur Familienplanung zuständig. In Côte d'Ivoire dürfen Hebammen injizierbare Verhütungsmittel und Intrauterinpressare verabreichen.

Hebammen werden in Côte d'Ivoire von ehrenamtlichen Gesundheitshelfer:innen (*Agents de Santé Communautaire*) unterstützt, deren Arbeit sie koordinieren. Diese sind vor allem für die Verbindung zur Gemeinde und Aufklärungsarbeit, unter anderem zu Familienplanung, zuständig.⁷⁸ ASC bekommen Aufwandsentschädigungen für ihre Arbeit. Wenn aktuell keine Projektfinanzierung durch NROs zur Verfügung steht, zahlen Hebammen dies häufig aus eigener Tasche, da sie auf die Unterstützung durch ASC angewiesen sind.

„Wir arbeiten mit Frauen, die uns helfen, den *Agents de Santé Communautaire (ASC)*. Sie nehmen zum Beispiel die Vitalwerte der Patientinnen, helfen ihnen, sich im Gesundheitszentrum zu installieren, führen auch die Nachsorge in der Gemeinde durch. Wir Hebammen können nicht für alle Aktivitäten, in der Gemeinde sein. Die ASC sind unsere Multiplikatorinnen. Die ASC sollen nicht die Pflege übernehmen, das ist Aufgabe der Hebamme.“

Diomande, 34, Hebamme

In Côte d'Ivoire werden 74 Prozent aller Geburten von qualifiziertem Gesundheitspersonal begleitet. Pro 10.000 Menschen gibt es dafür 2,2 Hebammen, aber nur 0,1 Gynäkolog:innen.⁷⁹ Trotz des unermüdlichen Einsatzes von Hebammen, und wo verfügbar, Gynäkolog:innen und Kinderärzt:innen liegt das Potential, die Bedarfe an SRMNJG zu decken (*Potential to Meet Need*), nur bei 39 Prozent.⁸⁰

Hebammen haben dabei eine besonders bedeutende Rolle. In ländlichen Gegenden ist die Hebamme des Gesundheitszentrums für viele Frauen die einzig verfügbare Fachkraft für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Müttergesundheit. Um erfolgreich arbeiten zu können, müssen sie von der Gemeinschaft akzeptiert sein und gute Beziehungen pflegen. Denn ob die Frauen ins Gesundheitszentrum gehen, hängt davon ab, ob sie die Hebamme als kompetent wahrnehmen, aber auch, ob sie von ihr freundlich und respektvoll empfangen werden. Um Vertrauen aufzubauen und die Skepsis vor der Begleitung der Schwangerschaft und Geburt durch die Hebamme im Gesundheitszentrum abzubauen, arbeiten Hebammen auch mit traditionellen Geburtshelferinnen, sogenannte *Matrones*, zusammen.

77 ASFI (2023): *Association de Sages Femmes Ivoiriennes (ASFI)*.

78 Weltbank, 2020.

79 UNFPA, WHO und ICM, 2021c.

80 UNFPA, WHO und ICM, 2021c.



Diomande untersucht eine Patientin in ihrem Behandlungszimmer.

„Seit einiger Zeit sind es wirklich weniger Hausgeburten geworden. Weil wir mit den **Matrones** zusammenarbeiten. **Matrones** sind die alten Frauen, die die Frauen früher bei Hausgeburten begleitet haben. Mit diesen **Matrones** stehen wir also in Kontakt. Denn man kann sie ja nicht einfach verbieten. Also haben wir uns an diese Damen gewandt und uns mit ihnen ausgetauscht. Wir haben den **Matrones** erklärt, warum es gut ist, zur Entbindung ins Gesundheitszentrum zu kommen. Das hat dazu geführt, dass die Hausgeburtenrate gesunken ist.“

Diomande, 34, Hebamme

Die primäre Gesundheitsversorgung findet im öffentlichen Gesundheitssystem in Gesundheitszentren statt, die einen Einzugsbereich von etwa 10.000 Menschen haben. Jedes rurale Gesundheitszentrum hat eine Entbindungsstation, die von einer Hebamme geleitet wird. Zudem gibt es eine allgemeine Krankenstation, der ein:e sogenannte:r *Nurse Practitioner* (im

frankophonen Côte d’Ivoire: *Infirmier*) vorsteht. *Nurse Practitioner* sind Krankenpfleger:innen mit erweiterten Kompetenzen, bei denen die volle klinische Verantwortung für die medizinische Behandlung der Patient:innen liegt und die auch Medikamente verschreiben dürfen. Für viele Frauen ist das Gesundheitszentrum die einzige erreichbare Gesundheitseinrichtung und die Hebamme die einzige spezialisierte Fachkraft für SRMNJG im Umkreis von Kilometern.⁸¹

Hebammen in Côte d’Ivoire haben weitreichende Kompetenzen. Sie dürfen jedoch offiziell Risikogeburten, wie zum Beispiel Zwillingsgeburten, nicht begleiten. Für Hebammen bedeutet dies, dass sie sich regelmäßig in eine rechtliche Grauzone begeben müssen. Um Leben zu retten, müssen sie Aufgaben übernehmen, für die sie weder autorisiert, ausgebildet noch in den ländlichen Gesundheitszentren ausreichend ausgestattet sind.

81 96 Prozent der Bevölkerung in Côte d’Ivoire lebt im Umkreis einer Stunde Reisezeit zu einer „Maternity“ (Entbindungsstation mit Hebamme). Nur zehn Prozent der Bevölkerung lebt jedoch weniger als eine Stunde entfernt von der nächsten „Emergency Obstetric and Newborn Care“ (EmONC) Gesundheitseinrichtung. UNFPA (2021): *Developing networks of health facilities for improving access to functioning emergency obstetric care at national scale: country experience in sub-Saharan Africa*.

„Ja, ich gefährde meine Arbeit, denn es gibt Entbindungen, die ich nicht machen darf. Zum Beispiel Zwillingsgeburten oder Querlagen. All die Broschüren und Protokolle hier an der Wand erinnern mich daran. Aber es ist wie ich erklärt habe: die Frauen kommen zu mir und das Baby ist schon fast da. Da kannst du nicht sagen, ‚Geh wieder‘. Dann versuchst du Mutter und Kind zu retten.“

Mariame, 38, Hebamme

Hebammen und Schwangerschaftsabbrüche

Schwangerschaftsabbruch⁸² und versuchte Abtreibung sind in Côte d’Ivoire gemäß Artikel 425 und 426 des Strafgesetzbuches von 2019 illegal. Ausnahmen davon sind nur nach einer Vergewaltigung oder bei körperlicher Gefahr für die Schwangere möglich. Das Vorliegen eines dieser Gründe muss von autorisiertem Gesundheitspersonal festgestellt werden. Bei Minderjährigen ist die Erlaubnis der Eltern nötig. Untersuchungen zeigen, dass in Côte d’Ivoire zwischen 2015 und 2019 nach offiziellen Zahlen 37 Prozent der ungeplanten Schwangerschaften in Abtreibungen endeten.⁸³ Dies ist im Vergleich zur weltweiten Rate von 61 Prozent eher gering. Aufgrund der rechtlichen Einschränkungen werden jedoch die wenigsten dieser Schwangerschaftsabbrüche legal und sicher von qualifiziertem Gesundheitspersonal durchgeführt. Inoffizielle Abtreibungen führen in vielen Fällen zu gravierenden, teils lebensbedrohlichen Komplikationen, die dann von Hebammen behandelt werden.

„Letzten Monat kam ein unverheiratetes Mädchen zu mir, die zu Hause eine Abtreibung vorgenommen hatte. Aber es ist nicht alles herausgekommen. Sie kam, ich habe sie hier behandelt, aber es war nicht ausreichend. Ich beschloss, sie in das allgemeine Krankenhaus zu bringen. Es ging ihr sehr schlecht. Sie wurde operiert und bekam eine Bluttransfusion. Das tat mir für sie leid. Es tat mir auch für die Eltern weh.“

Diomande, 34, Hebamme



Wegweiser zur Entbindungsstation (*Maternité*) und dem allgemeinen Gesundheitszentrum (*Dispensaire*).

Was tun bei Komplikationen: Die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen

Wenn die Hebammen insbesondere bei Komplikationen und Risikogeburten an die Grenzen der ihnen erlaubten oder möglichen Untersuchungen und Behandlungen kommen, werden Patient:innen an das nächste Distriktkrankenhaus überwiesen und dort von Ärzt:innen behandelt.⁸⁴

82 WHO (2023c): [Global Abortion Policies](#) (abgerufen am 19.10.2023).

83 Gutmacher Institute (2023): [Country Profile. Côte d’Ivoire](#).

84 Weltbank, 2020.



Zwei ehrenamtliche Gesundheitshelferinnen vor der Entbindungsstation.

Um die Überweisung in eine größere Klinik gut organisieren zu können, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzt:innen wichtig: Mariame beschreibt die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen im Krankenhaus als harmonisch und erfüllt von gegenseitigem Respekt. Sie hat eine Liste für Notfälle mit den Kontakten der Hebammen im Distriktkrankenhaus sowie die Telefonnummer des dortigen Arztes.

„Wenn ich eine Frau ins Distriktkrankenhaus in Béoumi schicken muss, wenn es Komplikationen gibt, rufe ich den dortigen Arzt an. Der Arzt in Béoumi hört mir zu jeder Zeit zu, auch wenn ich ihn wecke. Er hört mir zu und sagt mir dann, was ich tun soll. Es dauert ja oft lange, bis das Auto zum Transport von hier nach Béoumi organisiert ist, da sagt er mir dann ‘mach das, mach das’, bevor das Auto kommt. Wir haben keine Probleme mit ihm.“

Mariame, 38, Hebamme

Bei Überweisungen gibt es zwei große Hindernisse: Zum einen gibt es in Côte d’Ivoire im Durchschnitt nur 0,22 Krankenwagen pro Gesundheitseinrichtung und diese finden sich

vor allem in urbanen und strukturstärkeren Gegenden.⁸⁵ In den ländlichen Zentren, in denen die Hebammen Mariame und Diomande arbeiten, steht kein Krankenwagen zur Verfügung, den sie rufen könnten. Die Überweisung bei Komplikationen muss also in privaten Autos oder auf Motorrädern stattfinden. Da die Geburt bei der Überweisung oft schon fortgeschritten ist, begleitet auch die Hebamme regelmäßige Frauen auf den Behelfsgefährten in die Stadt.

„In Ermangelung eines Krankenwagens musste ich eine Dame mit einer Zwillingsschwangerschaft auf der Ladefläche eines dreirädrigen Motorrads in das allgemeine Krankenhaus von Béoumi bringen. Da sie nicht in die Stadt gehen wollte, war sie im Dorf geblieben, bis die Wehen einsetzten. Ich konnte die Frau nicht allein lassen. Also ging ich mit ihr. Auf halbem Weg kam das erste Baby. Ich habe unterwegs die Geburt begleitet. Bei der Ankunft in der Stadt kam dann das zweite. Wir gingen nur noch zur weiteren Behandlung ins Krankenhaus.“

Diomande, 34, Hebamme

85 Weltbank, 2020.

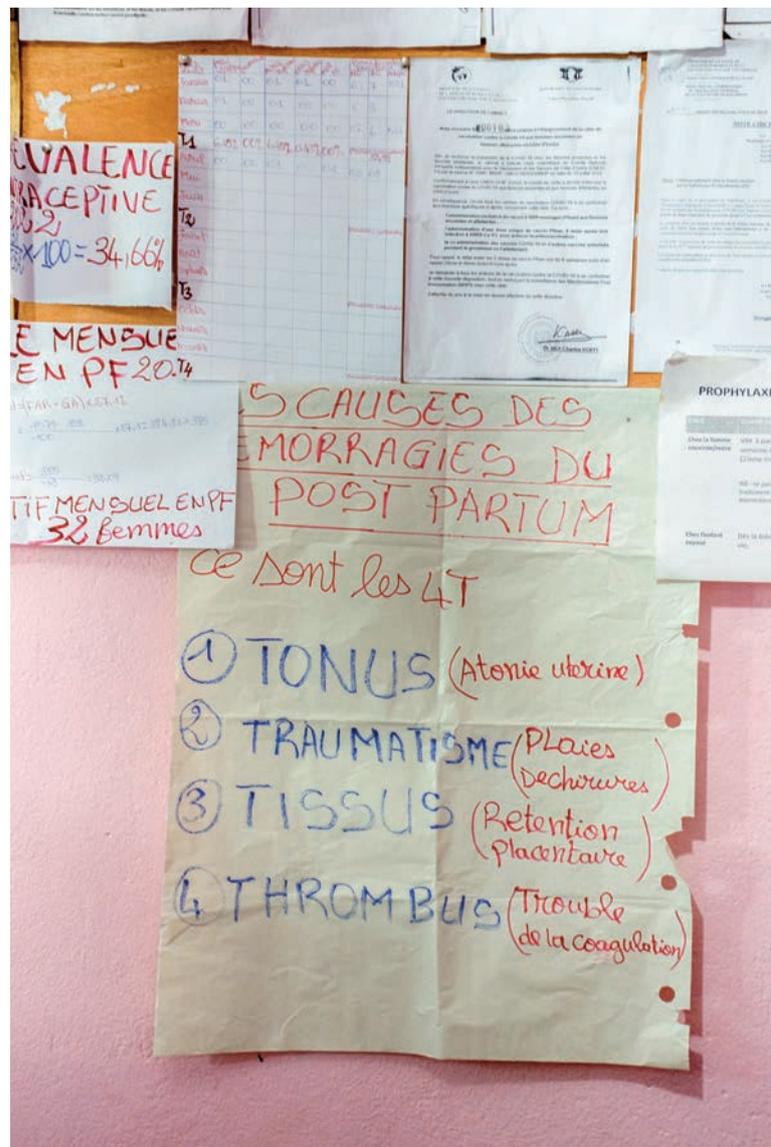
Das andere Problem ist die Finanzierung der alternativen Transporte: Die Autos, Motorräder oder Lastenmotorräder müssen zunächst organisiert und dann bezahlt werden. Familien können sich dies oft nicht leisten und versuchen deshalb die Überweisung in die Stadt zu vermeiden. Auch hier springen Hebammen mit persönlichem Engagement ein, um ihrer Verantwortung und Selbstverpflichtung, die Müttersterblichkeit zu verringern und eine gute Gesundheitsversorgung zu bieten, gerecht zu werden.

„Ich habe eine Teenagerin mit Wehen hereinbekommen. Sie hatte eine überhöhte Gebärmutterhöhe, also ein sehr großes Baby in ihrem Bauch. Deshalb konnte sie nicht vaginal entbinden. Man musste sie ins nächste Krankenhaus schicken. Und da habe ich mit den Eltern gesprochen. Ihr Vater sagte, dass er kein Geld hat. Ihre Mutter sagte, dass sie kein Geld hat. Hier ist es eigentlich so, dass sich nicht dein Mann um dich kümmert, wenn du schwanger bist, sondern deine Eltern. Das Leben des Mädchens ist in Gefahr. Das Leben des Babys ist in Gefahr. Ich habe also den jungen Mann, der sie geschwängert hat, angerufen. Er kam dann auch, hatte aber nur dreitausend Francs. Der Transport in die Stadt kostet aber fünf- undzwanzigtausend, man muss das Auto mieten. Ich will die Mutter und das Baby retten. Und es war ein Feiertag, der erste Januar, da gibt es kein Auto. Ich habe dann den Vater meiner Kinder in der Stadt angerufen. Er hat ein Auto. Ich sagte: ‚Komm. Komm und hilf mir.‘ Er hat sie abgeholt, um sie in die Stadt zu fahren. Und ich habe den Eltern des Mädchens noch Geld für die Erstversorgung gegeben, bevor sie weggegangen sind.“

Mariame, 38, Hebamme

2.3.2 Hebamme werden: Drei Jahre bis zum Abschluss

Auf ihre Arbeit in oft entlegenen Gebieten mit großer persönlicher Verantwortung werden Hebammen in Côte d’Ivoire drei Jahre lang durch das *National Institute for the Training of Health Workers (INFAS)* ausgebildet. Das erste



An der Wand im Gesundheitszentrum hängen Informationen, die Hebamme und Patientinnen über Schwangerschaft, Geburt und mögliche Komplikationen informieren.

Ausbildungsjahr absolvieren Hebammen gemeinsam mit den *Nurse Practitioners*, danach folgen zwei Jahre der Spezialisierung zur Hebamme. Nach der dreijährigen Ausbildung muss sich jede Hebamme bei der Hebammenkammer (*Ordre des Sage-Femmes*) registrieren lassen, um praktizieren zu dürfen. Die staatlichen Ausbildungsstätten sind oft nicht ausreichend ausgestattet, so dass angehende Hebammen vor allem im praktischen Bereich wenig Training und Übung erhalten.

„Es muss eine praktische Phase geben. In den Ausbildungsstätten haben wir Puppen und andere Dinge. Aber man braucht auch die kleinen Materialien wie Thermometer, Verbände oder Kompressen. Nur wenn die Hebammen die Pflege praktisch immer wieder üben können, werden wir kompetente Hebammen bekommen, die vor Ort einsatzbereit sind. Denn wenn sie nicht wissen, wie es praktisch funktioniert, gehen sie in den Einsatz und sind distanziert und manchmal haben sie Angst, zu handeln. Wir sehen, dass der Unterschied enorm ist bei Hebammen, die geübt haben. Wenn man sie in der Ausbildung nicht noch mehr fordert, sie nicht begleitet, wird es schwierig werden. Wir müssen alle Ressourcen mobilisieren, um die Hebammen auszubilden.“

Awa Diallo, Hebamme, Präsidentin des ivoirischen Hebammenverbands (ASFI)

Das Diplom der Hebammenausbildung wird nicht von Universitäten anerkannt. So können Hebammen in Côte d'Ivoire keine auf ihrer Ausbildung aufbauende Spezialisierung erwerben. Dies ist nur über ein zusätzliches Medizinstudium möglich. Der Berufsstand verliert so regelmäßig Hebammen an die höhere Spezialisierung, weil sie danach nicht mehr als Hebammen arbeiten.

Awa Diallo, Präsidentin des ivoirischen Hebammenverbands ASFI, hat selbst diese Laufbahn gewählt. Die ausgebildete Hebamme hat zusätzlich zu ihrer Hebammenausbildung eine Spezialisierung in Öffentlichem Gesundheitswesen absolviert. Die ehrenamtliche Position der Verbandspräsidentschaft übt sie neben ihrem Hauptberuf im nationalen Programm für Mutter-Kind-Gesundheit aus.

„In Burkina Faso gibt es abgelegene Gebiete, in denen es Hebammen erlaubt ist, einen Notkaiserschnitt durchzuführen. In Côte d'Ivoire musst du für jeden viel kleineren Eingriff überwiesen werden, weil Hebammen diesen nicht durchführen dürfen. Wenn Hebammen Zusatzqualifizierungen in Notfallversorgung erwerben könnten, dann bräuchte man wenigstens keinen Arzt. Und wenn der Arzt im OP ist oder weit weg, wäre die Hebamme offiziell befugt, den Eingriff vorzunehmen.“

Awa Diallo, Hebamme, Präsidentin ASFI

2.3.3 Wenig attraktive Rahmenbedingungen: die Arbeit in abgelegenen Gebieten

„Gut bezahlt? Es ist eben der Lohn (lacht). ... Naja, wir kommen damit klar, man findet sich damit ab. Wenn du erst schauen würdest, was das Gehalt ist und daraufhin deine Entscheidung treffen würdest, ob du Hebamme werden willst? Ich glaube nicht, dass du es dann tun würdest, weil ich denke, dass es Jobs gibt, die viel besser bezahlt sind als das, was wir machen. Nein, dann sollte man besser vielleicht Lieferantin werden, das ist ein Beruf, der gut bezahlt wird. Also das Gehalt ist nicht die Motivation, um Hebamme zu werden.“

Diomande, 34, Hebamme

Hebammen werden von der Regierung beschäftigt und sind damit Angestellte des öffentlichen Dienstes. Die Gehaltszahlungen sind regelmäßig, aber mit einem Einstiegsgehalt von ca. 200.000 CFA-Franc (ca. 305€) pro Monat insgesamt gering. Die Vergütung steigt mit dem Dienstalder. Sie bleibt jedoch so gering, dass der ivoirische Hebammenverband ASFI dies sogar als Grund für die Auswanderung qualifizierter Hebammen identifiziert. Die Gewerkschaften und Verbände der *Nurse Practitioners* haben in der Vergangenheit gemeinsam mit dem Hebammenverband eine regelmäßige, wenn auch geringe Erhöhung der Gehälter mit der Regierung ausgehandelt, um der Inflation Rechnung zu tragen.

Die Hebammen sind sieben Tage die Woche rund um die Uhr in Bereitschaft und haben Anspruch auf zwei Wochen Urlaub pro Jahr. Vielen Hebammen fällt es schwer, ihren Jahresurlaub zu nehmen. Sie fühlen sich der Gemeinde persönlich verpflichtet und wollen sie nicht zu lange ohne Versorgung lassen. Während des Jahresurlaubs werden sie von den *Nurse Practitioners* des Zentrums vertreten, die über keinerlei Zusatzausbildung für Geburtshilfe verfügen.

Für die erste Hebamme einer Einrichtung wird eine Unterkunft in der Nähe des Gesundheitszentrums zur Verfügung gestellt. In den seltenen Fällen, in denen einem Zentrum eine zweite Hebamme zugewiesen wird, muss diese ihre Unterkunft selbst finden und finanzieren.



Die Entbindungsstation des ländlichen Gesundheitszentrums.

„Die Wohnung ist direkt hinter dem Gesundheitszentrum, man ist praktisch die ganze Zeit bei der Arbeit. Es gibt also keine Ruhetage. Solange du da bist, arbeitest du. Zu jeder Stunde, an jedem Tag, bei jedem Wetter. Du bist verfügbar.“

Diomande, 34, Hebamme

Hebammen werden dem Gesundheitszentrum zugeteilt, in dem sie arbeiten. Bei ihrem ersten Einsatzort haben sie in der Regel kein Mitspracherecht. Erst nach einigen Monaten können sie eine Versetzung in ein anderes Gesundheitszentrum beantragen und haben dann die Möglichkeit, ihre Präferenzen anzugeben. Die Verteilung der Hebammen nach Bedarfen in der Bevölkerung ist dabei nicht immer gegeben. Der ivoirische Hebammenverband setzt sich deshalb für detaillierte Bedarfserhebungen und Zulagen für schwierige Standorte ein, um die nach Aussagen der Verbandspräsidentin eigentlich ausreichende Anzahl von Hebammen in Côte d'Ivoire adäquat nach Bedarfen einsetzen zu können.

Die Einsatzorte sind so unterschiedlich wie Côte d'Ivoires Regionen. Während Bedarfe im Norden auch aufgrund der Geflüchteten aus Burkina Faso steigen, die Infrastruktur dort

seit jeher schwach und die Bevölkerung arm ist, bieten Einsatzorte in der Hauptstadt Abidjan oder anderen strukturell stärkeren Gebieten etwas weniger Arbeitsbelastung und mehr Annehmlichkeiten und sind deshalb beliebter.

„Es gibt einige Gebiete, die sehr abgelegen sind. Hebammen, die wir in den Norden zuweisen, kommen normalerweise sofort wieder zurück. Und dann war ich vor kurzem in einer Stadt im Zentrum. Dort sind vierzehn Hebammen in einem Krankenhaus! Wenn du in Abidjan bist, bekommst du das gleiche Gehalt wie die, die an den schwierigen Standorten sind. Warum soll ich also als Hebamme meine Zeit in so einem Zentrum verbringen? Warum soll ich unter solch schwierigen Bedingungen leben und arbeiten, wenn meine Kollegin in der Stadt alle Annehmlichkeiten hat und in ihrem eigenen Zuhause lebt. Deshalb beantragen viele dann einen anderen Einsatzort. Im Zuge der Krankenhausreform setzen wir uns vom Verband dafür ein, dass Anreize geschaffen werden für den Einsatz in entlegenen und schwierigen Gebieten, damit wir auch dort die Bedarfe der Bevölkerung decken können.“

Awa Diallo, Hebamme, Präsidentin ASFI

Aktuell ist es von der intrinsischen Motivation einzelner Frauen abhängig, ob auch in entlegenen Gebieten qualifiziertes Gesundheitspersonal stationiert ist. Die Hebammen an diesen Standorten arbeiten ohne Härtezuschlag unter schwierigen Bedingungen, teils mit erheblichem Risiko für die eigene Sicherheit und unter persönlichen Entbehrungen. Die Reduktion der Müttersterblichkeit hängt somit maßgeblich davon ab, dass Frauen wie Mariame ihre eigenen Bedürfnisse hintenanstellen und bereit sind, in einer ärmeren Gemeinde Gesundheitsdienstleistungen anzubieten.

„Nach meiner Ausbildung wollte ich, dass ich in einem Dorf eingesetzt werde, weil die Frauen im Dorf sehr leiden. Ich wollte meinen Beruf dazu nutzen, um den Frauen und vor allem den Kindern zu helfen. Ich habe zwei Kinder, zehn und drei Jahre alt. Sie leben bei meiner Mutter, weil meine Unterkunft hier beim Gesundheitszentrum nicht sicher ist. Sie hält Reptilien und Schlangen nicht ab.“

Mariame, 38, Hebamme

2.3.4 Geschlechternormen und die Arbeit von Hebammen

In ihrer Arbeit in der Aufklärung und Bereitstellung von Familienplanungsmethoden stellen die Hebammen etablierte Geschlechterrollen und -normen in Frage. Die Aufklärung basiert auf gendertransformativen Ansätzen und einem inklusiven Verständnis vom Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, wie die Präsidentin des ivoirischen Hebammenverbands betont.

„Das Recht auf reproduktive und sexuelle Gesundheit ist eine der Voraussetzungen für die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung. Jede Person hat das Recht auf Informationen über ihre sexuelle Gesundheit. Sie hat das Recht auf Zugang zu sexueller Gesundheitsfürsorge. Das ist es, was wir den Hebammen oft sagen, und deshalb legen wir so viel Wert auf Kommunikation. Wenn wir unsere Aufklärungsveranstaltungen in der Gemeinde durchführen, dann deshalb, damit die Frauen wissen, dass sie ein Recht auf Gesundheit haben. Selbst wenn sie verheiratet sind, denn bei uns hier entscheidet immer noch mehr der Mann über die Gesundheit seiner Frau. Aber wenn Frauen Zugang zu medizinischer Versorgung haben, können sie frei über ihre sexuelle Gesundheit entscheiden, wissen, wann sie ein Kind bekommen wollen, wann nicht, ob sie Infektionen haben oder nicht. Und sie können sich selbst besser kennenlernen. Das wird sie auch befähigen, selbständig und ohne Einwilligung ihres Mannes Aktivitäten durchzuführen.“

Awa Diallo, Hebamme, Präsidentin ASFI

Familienplanung: Hebammen klären auf

Die durchschnittliche Anzahl von Geburten pro Frau liegt in Côte d'Ivoire bei 4,3 Kindern. 21 Prozent aller Frauen und 26 Prozent der verheirateten Frauen haben keinerlei Zugang zu Verhütungsmethoden. Die Deckung des Bedarfs mit modernen Familienplanungsmethoden liegt bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren bei nur 48 Prozent und ist damit relativ niedrig.⁸⁶ Beratung und Bereitstellung von Familienplanung ist eines der Aufgabfelder von Hebammen in Côte d'Ivoire. Um den Zugang zu Familienplanung und sexueller Gesundheit für alle zu ermöglichen, müssen Hebammen intersektional sensibel und inklusiv vorgehen und Vorurteile bei sich und anderen abbauen.

86 UNFPA (2023): [UNFPA Côte d'Ivoire](#) (abgerufen am 19.10.2023).

„Man sollte keine Vorurteile gegenüber Menschen haben, die Sex haben wollen. Egal, wie alt sie sind oder ob sie eine Behinderung haben. Wir müssen sie begleiten und ihnen Orientierung geben. Wir dürfen sie nicht verurteilen.“

Mariette, Hebamme

Die hohe Rate von Frühschwangerschaften ist eine besondere Herausforderung. Eine von vier Frauen bekommt ihr erstes Kind vor ihrem 18. Lebensjahr.⁸⁷ Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt sind eine der häufigsten Todesursachen bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren. Bei Schwangerschaften von Mädchen unter 20 treten Komplikationen für Mutter und Kind sehr viel häufiger auf, weil der Körper der werdenden Mütter noch nicht ausreichend auf eine Schwangerschaft vorbereitet ist.⁸⁸ Teilweise gehen die Frühschwangerschaften in Côte d'Ivoire auf die frühe Verheiratung von Mädchen zurück: 27 Prozent der Mädchen werden, obwohl dies rechtlich verboten ist, vor ihrem 18. Lebensjahr verheiratet, sieben Prozent sogar vor ihrem 15. Lebensjahr. Dabei sind die Zahlen in ländlichen Regionen beträchtlich höher als in den urbanen Zentren und im Norden mit bis zu 52 Prozent höher als im Süden. Insbesondere Frauen aus in Armut lebenden Familien mit geringer Bildung werden früh verheiratet. Frühverheiratung und -schwangerschaften lösen oft einen Kreislauf von Entbehrung und Entmachtung von Mädchen aus. Mädchen, die früh schwanger werden, brechen in der Regel die Schule ab und werden so der Möglichkeit, mehr Bildung zu erwerben und bessere wirtschaftlichen Möglichkeiten zu haben, beraubt.⁸⁹

Bei der Verabreichung von Verhütungsmethoden an Jugendliche unter 18 Jahren muss nach ivoirischem Gesetz ein Elternteil zustimmen. In Anbetracht der hohen Frühschwangerschaften, entscheiden Hebammen hier jedoch meist pragmatisch und beraten Jugendliche auch ohne Eltern.

„Uns Hebammen stört es nicht, wenn Jugendliche ohne ihre Eltern kommen. Wir empfangen sie trotzdem. Weil dies uns auch ermöglicht, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden. Denn wenn du nicht auf die Wünsche der Jugendlichen eingehst, wird sie morgen mit einer Schwangerschaft kommen. Und sie wird dich dann unter Umständen bitten, eine Abtreibung für sie durchzuführen – aber das ist strengstens verboten. Es ist also besser mit ihnen über Verhütungsmethoden sprechen, damit sie freier sind.“

Diomande, 34, Hebamme

In Côte d'Ivoire setzt sich ein Zusammenschluss aus zivilgesellschaftlichen Organisationen für die Verabschiedung eines neuen Gesetzes zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten ein, mit dem Verhütung für Jugendliche ab 15 Jahren zugänglich gemacht werden soll. Bisher ist das Gesetz im Parlament gescheitert, vor allem weil es auch Schwangerschaftsabbrüche legalisieren will. Eine rechtliche Änderung ist insbesondere für die Absicherung von Hebammen notwendig.

„Beschäftigte im Gesundheitswesen sind nicht sicher! Jedes Mal, wenn sie Jugendlichen Verhütungsmittel geben, riskieren sie Kriminalisierung.“

Marie-Paule Yao, Advocacy Managerin, CARE Côte d'Ivoire

Frauen im Gesundheitssystem: Geschlechterrollen und Selbstorganisation von Hebammen

Hebammen sind nicht nur bei ihren Patient:innen mit stereotypen Geschlechterrollen und negativen und einschränkenden Normen konfrontiert. Sie selbst leben als Frauen in einem patriarchalen System. Dies beeinflusst ihre Entscheidungsmöglichkeiten und schränkt ihre Optionen an einigen Stellen ein.

87 Die Rate von Frühschwangerschaften liegt in Côte d'Ivoire bei 119 von 1.000 Frauen und damit mehr als doppelt so hoch wie der globale Durchschnitt von 50. Girls not Brides (2023): [Côte d'Ivoire](#).

88 UNICEF (2022): [Early Childbearing](#) (abgerufen am 19.10.2023).

89 Girls not Brides, 2023.



Diomande erklärt Familienplanungsmethoden.

Im Gesundheitszentrum übernehmen in vielen Fällen die (meist männlichen) *Nurse Practitioner* die Leitungsfunktion (*Chef de Service*). Die Position beinhaltet, die Bedarfe des Zentrums in Hinblick auf Ausrüstung und Medikamente an die Distriktebene zu kommunizieren und steht regulär der dienstältesten Person zu. Hebammen lehnen diese Position meist ab.

„Die Hebamme kann auch *Chef de Service* sein. Aber sie akzeptiert das Angebot meist nicht. Weil das viel, viel Arbeit ist. Und hier gibt es keine Transportfahrzeuge, um in die Stadt zu fahren. Man muss also mit dem Motorrad fahren. Für eine Frau ist das schwierig, wenn der Weg nicht sehr gut ist. Also geben wir es den Männern.“

Syntiche, Hebamme

Die Zusammenarbeit mit den *Nurse Practitioners* in den Zentren ist zumeist gut. Die beiden Berufsgruppen, die das erste Jahr Ausbildung gemeinsam verbringen, haben das gleiche Gehaltsschema, die gleichen Einsatzorte und somit in vieler Hinsicht ähnliche Herausforderungen und Interessen. Die jeweiligen Berufsverbände arbeiten solidarisch zusammen. Der Berufsverband der *Nurse Practitioner* nimmt jedoch laut Präsidentin des Hebammenverbands zumeist eine stärkere Position gegenüber der Regierung ein und vertritt seine Positionen mit mehr Vehemenz als der Hebammenverband. Auch hier spielen unter anderem Geschlechternormen eine Rolle, denn die meist männlichen *Nurse Practitioner* sehen sich in der Verantwortung, für ihre Familien zu sorgen.

„Die *Nurse Practitioner* helfen uns viel, wenn sie streiken. Sie bekommen den gleichen Lohn. Wir kämpfen zusammen, aber sie sind stärker im Kampf. Und wir folgen ihnen. Sie sind Männer. Sie sind mit Ausgaben konfrontiert. Du hast als Hebamme, als Frau, vielleicht jemanden, der dich ernähren kann. Du denkst nicht, dass es so dringend ist. Aber am Ende des Monats muss der Mann seine Rechnungen bezahlen, er muss dies und jenes bezahlen. Also müssen die *Nurse Practitioner* fordernder sein. Und wenn sie fordern, ist es eine Koalition, die wir bilden. Die Gewerkschaft der Hebammen und die Gewerkschaft der *Nurse Practitioner*“

Awa Diallo, Hebamme, Präsidentin ASFI

Die Selbstorganisation der Hebammen ist generell stark: Der Verband der ivoirischen Hebammen (ASFI), den es seit 25 Jahren gibt, zählt die Aufwertung des Berufs der Hebamme und die Verbesserung der Qualität der SRMNJG-Dienstleistungen für die Bevölkerung zu seinen zentralen Aufgaben.⁹⁰

„Wir geben die Standards und Verfahren an alle weiter. Der Staat tut das auch, aber es wird nicht so weit verbreitet und wenn es Probleme gibt, heißt es, du hast das nicht eingehalten und dann wirst du bestraft oder suspendiert. Soweit darf es nicht kommen.“

Awa Diallo, Hebamme, Präsidentin ASFI

90 ASFI, 2023.

ASFI organisiert regelmäßig Fortbildungen und andere Aktivitäten für Hebammen, bei denen sie sich vernetzen und austauschen können. Auf nationaler Ebene wird der nationale Gesundheitsentwicklungsplan und der Austausch mit anderem SRMNJG-Gesundheitspersonal, insbesondere Gynäkolog:innen, unterstützt. Seit einigen Jahren ist ASFI in Côte d'Ivoire auch auf Distriktebene organisiert. Diese regionalen Zusammenschlüsse sind ein wichtiger Ort der Vernetzung für die sonst hauptsächlich solitär arbeitenden Hebammen.

2.3.5 Erschwerte Bedingungen: Arbeiten ohne Strom, Wasser, Ausstattung und Krankenwagen

Vielen Gesundheitszentren in Côte d'Ivoire fehlt es an grundlegender Infrastruktur. 2017 hatten 45 Prozent der primären und sekundären Gesundheitseinrichtungen keinen Strom und 35 Prozent kein Wasser.⁹¹ Hebammen verrichten ihre Tätigkeit so unter erschwerten Bedingungen. Insbesondere der fehlende Zugang zu sauberem Wasser bedeutet zusätzliche Arbeitslast. Das Gesundheitspersonal ist auf die Unterstützung der Gemeinde angewiesen oder muss Wasser aus teils kilometerweit entfernten Brunnen holen. Auch für die Einhaltung hygienischer Standards und die Sterilisation medizinischer Geräte ist das fehlende Wasser ein großes Problem.

„Wir haben oft ein Problem mit der Elektrizität. Ja, also alle zwei Tage kannst du mitten in der Geburt sein und der Strom ist plötzlich weg. Also wenn ich eine Frau empfangen, lege ich meine Stirnlampe direkt an. Und wenn der Strom dann ausfällt, kann ich meine Entbindungen trotzdem weiter durchführen, aber es ist nicht leicht.“

Mariame, 38, Hebamme

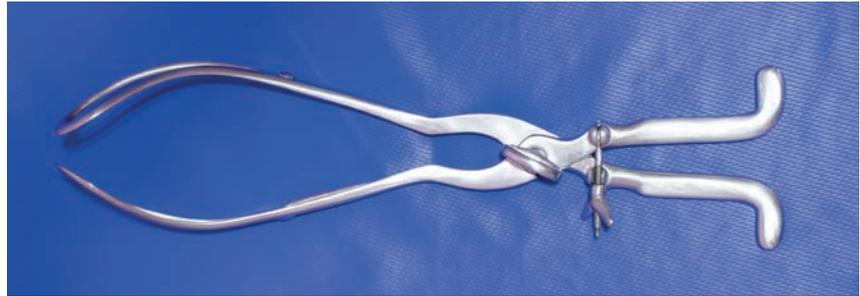
Der ivoirische Staat hat normiert, wie Gesundheitszentren aufgebaut sein sollten und welche Räumlichkeiten und dazugehörige Ausstattung zur Verfügung stehen sollten. Diomande arbeitet in einem Gesundheitszentrum, das nach diesen Standards gebaut wurde. Die zwei Gebäude der Entbindungsstation gruppieren sich um einen Innenhof. Im Kreissaal befinden sich zwei Entbindungsnischen (*Boite d'Accouchement*), sodass zwei Frauen gleichzeitig auf Geburtsstühlen entbinden können. Des Weiteren gibt es einen separaten Raum, in dem Diomande die prä- und postnatalen Untersuchungen durchführt und zu Familienplanung berät. Auf der anderen Seite des Innenhofs liegt ein Raum mit vier Betten, der als Wochenbettstation für Mütter mit ihren Neugeborenen dient.

Es existieren jedoch auch Gesundheitszentren, wie das von Mariame. Wohlhabende Mitglieder der Gemeinde bauten das Gesundheitszentrum in Eigeninitiative, weil der nächste erreichbare Kreissaal 45 Kilometer entfernt war. Beim Bau wurden die staatlichen Standards nicht eingehalten, für eine Renovierung fehlen der Gemeinde die Mittel. Mariame hat im Kreissaal nur einen Entbindungstuhl und muss, wenn eine zweite Frau gleichzeitig entbindet, diese in ihren Konsultationsraum verlegen. Eine Beratung oder Geburt unter Einhaltung der Privatsphäre ist nur schwer möglich, da das Beratungszimmer keine verschließbare Tür hat.

„Wir tun Wunder in Afrika. Siehst du, unter welchen Bedingungen wir Infektionen in Krankenhäusern verhindern sollen? Hier im Gesundheitszentrum werden Kartons genutzt, um das Fenster zu schließen, es gibt einen einzigen, nicht verstellbaren Entbindungstisch, der Boden ist nicht gefliest. All das entspricht nicht den Hygienestandards. Sogar die Wände sind in einem sehr schlechten Zustand.“

Ndri Yao, CARE Côte d'Ivoire

91 Weltbank, 2020.



Teile der Instrumente, mit denen Hebammen im ländlichen Côte d'Ivoire arbeiten. Darunter eine Stirnlampe, um bei Stromausfall weiter arbeiten zu können.

2.3.6 Kostenlose Pflege: Erwartungen an Hebammen

„Meine Hände, mit denen ich sie behandle, sind kostenlos, aber die Medikamente, die sie nehmen müssen, kosten Geld. Das können sich viele Frauen nicht leisten.“

Mariame, 38, Hebamme

Die Dienstleistungen von Hebammen sind für die Patient:innen kostenlos. Jede Ivorerin hat also Anspruch auf kostenlose vor- und nachgeburtliche Betreuung sowie Geburtshilfe im staatlichen Gesundheitssystem. Offiziell gehören pränatale Ultraschall- und Laboruntersuchungen, pränatale Konsultationen, die Entbindung in Gesundheitseinrichtungen, Kaiserschnitte und die Bereitstellung von Materialien für die Entbindung zu den kostenfreien Leistungen in Côte d'Ivoire.⁹² Da die wenigsten ländlichen Gesundheitszentren jedoch über die notwendige Ausrüstung verfügen, müssen beispielsweise Ultraschalluntersuchungen in städtischen Privatkliniken durchgeführt wer-

den. Die Leistungen dort und den Transport dorthin müssen die Frauen aus eigener Tasche bezahlen.

Auch sogenannte Geburtskits (sterile Handschuhe, Gaze, Babyseife, etc.) verspricht der Staat gratis für jede Geburt zur Verfügung zu stellen. Um mehr Frauen von den Vorteilen einer begleiteten Geburt im Geburtszentrum zu überzeugen, bewirbt der Staat dies landesweit mit Kampagnen. Die Realität in den Gesundheitszentren ist aufgrund unregelmäßiger Lieferungen oft eine andere. Häufig sind nur zu wenige und unvollständige Kits vorrätig. Hebammen fehlt dann das Material, um Frauen und Neugeborene während und nach der Geburt versorgen zu können. Es kommt vor, dass Hebammen als Repräsentant:innen des staatlichen Gesundheitssystems und einzige Fachkraft vor Ort Aggressionen und Gewalt ausgesetzt sind, wenn Familien das ihnen vom Staat versprochene Geburtskit nicht erhalten, weil das Gesundheitszentrum keines mehr vorrätig hat.

⁹² Weltbank, 2020.



Eine Frau mit Kleinkind vor der Wochenbettstation des Gesundheitszentrums Fari M'bao in Côte d'Ivoire.

„Derzeit ist immer von kostenloser Gesundheitsversorgung die Rede. Ja, es ist kostenlos, aber sind die Kits überall immer verfügbar? Und wenn es sie nicht gibt, was machen wir dann? Was soll die Hebamme tun, wenn es keine gibt? Wenn es keine Fäden zum Nähen nach einem Damriss gibt, was macht sie dann? Wenn es in der Stadt ist, ist es einfach, du stellst ein Rezept aus und dann können die Patientinnen das kaufen. Wir reden hier aber von der Arbeit auf dem Dorf, da gibt es weit und breit auch keine Apotheke.“

Awa Diallo, Hebamme, Präsidentin ASFI

Der größte Bedarf, den Hebammen identifizieren sind deshalb medizinische Geräte und zur Verfügung gestellte Medikamente. Dies gilt auch für den Bereich von Familienplanung. Verhütungsmittel sind oft zu teuer für die ländliche Bevölkerung, die hauptsächlich von der Landwirtschaft oder von Niedriglohnarbeitsplätzen lebt. Insbesondere Frauen haben

wenig Geld zu ihrer Verfügung. Aus Angst vor unkalkulierbaren, nicht vorhergesehenen Kosten vermeiden einige Frauen deshalb Besuche in Gesundheitseinrichtungen. Müttergesundheit hängt in Côte d'Ivoire damit stark von sozioökonomischen Charakteristika ab.⁹³

„Und wenn die Frauen kommen, dann kommen sie und wollen alles umsonst haben. Aber wir haben die Medikamente nicht umsonst bekommen und das ist mein großes Problem hier. Aber ich behandle hier viele Frauen kostenlos und ich bezahle die Medikamente mit meinem eigenen Geld. Es gibt einige Frauen, die erst zu mir kommen, wenn sie schon sechs Monate schwanger sind. Sie kommen nicht ins Gesundheitszentrum, weil sie kein Geld haben, also gehe ich bei ihnen zu Hause vorbei und rede mit ihnen, um sie zu überzeugen. Es sind nicht alle, aber sehr viele. Das macht mich sehr müde.“

Mariame, 38, Hebamme

93 Weltbank, 2020.

2.3.7 CARE-Projekt: Transformation der Geschlechterrollen durch den *Social Analysis and Action (SAA)* Ansatz

Im beschriebenen Kontext arbeitete CARE im Rahmen eines SRGR-Projekts in der Region Gbêkê in Zentral-Côte d'Ivoire.⁹⁴ Projektziel war ein besserer Zugang zu SRGR-Dienstleistungen für Frauen und Teenager. Ein besonderer Fokus lag auf Jugendlichen mit Behinderungen. Insbesondere geschlechter- und jugendgerechte Angebote zur umfassenden Sexualerziehung und die sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen in der Region Gbêkê sollten verbessert und damit die Inanspruchnahme erhöht werden. Hierfür wurden unter anderem Maßnahmen ergriffen, um den Zugang von Frauen und jungen Menschen zu Verhütungsmitteln und -informationen zu verbessern. Dies fand insbesondere über die Stärkung der Kompetenzen von Hebammen und der ehrenamtlichen Gesundheitsshelfer:innen (*Agents de Santé Communautaire*) sowie die Zusammenarbeit mit Gemeindeautoritäten und Jugendorganisationen statt.

Gleichzeitig sollte Nachhaltigkeit erreicht werden, indem die Regierung und Zivilgesellschaft in ihrem Engagement um das Thema SRGR gezielt gestärkt wurde. Angesetzt wurde hier bei den sozialen Verhaltensänderungen in den Gemeinden. Durch verbesserte Kenntnisse und -Kompetenzen von Frauen und Männern wurde unterstützt, dass Entscheidungen bezüglich Sexualität und Familienplanung verstärkt frei, individuell und informiert getroffen wurden. CARE arbeitete dabei mit zwei etablierten Programmansätzen: der *Community Score Card (CSC)* und *Social Analysis and Action (SAA)*.⁹⁵

Die *Community Score Card* ist ein Bürger:innen-orientierter Ansatz zur Rechenschaftspflicht. Sie ermöglicht, dass Gemeindemitglieder, Gesundheitsdienstleistende und Regierungsvertreter:innen gemeinsam Barrieren für die Qualität der Gesundheitsversorgung und

die Chancengleichheit erkennen und Ansätze entwickeln, um diese zu überwinden.⁹⁶

Social Analysis and Action ist ein partizipativer Reflexions- und Dialogansatz zur Erforschung und Hinterfragung derjenigen sozialen Faktoren, die sich negativ auf das individuelle Leben und Wohlbefinden auswirken. Ziel ist es, ein geschlechtergerechteres Umfeld zu fördern und negative Geschlechternormen und -stereotype zu hinterfragen und zu transformieren. SAA beinhaltet einen kontinuierlichen moderierten Reflexions- und Dialogprozess, der es den Gemeinschaften ermöglicht, die sozialen Normen, Überzeugungen und Praktiken in Bezug auf Geschlecht und Macht zu erforschen, in Frage zu stellen und zu ändern.⁹⁷

Die Aufklärungskampagnen stellten insbesondere die sehr hohe Rate an Frühschwangerschaften in den Mittelpunkt. Durchgeführt wurden sie von Jugendvertreter:innen, Frauenorganisationen sowie insbesondere den ehrenamtlichen Gesundheitsshelfer:innen (*Agents de Santé Communautaire*) und Hebammen.

„Durch die Aufklärungsarbeit, die wir geleistet haben, wurden Barrieren durchbrochen. Ob Junge oder Mädchen, anfangs schämten sie sich, ins Zentrum zu kommen. Sie dachten 'Wenn ich ins Krankenhaus komme, treffe ich ein Mitglied meiner Familie. Es wird meinen Eltern sagen, dass ich einen Freund oder eine Freundin habe.' Sie hatten Angst. Und es gab auch diese Scham, sich zu erkundigen, um Informationen über die verschiedenen Aktivitäten des Gesundheitszentrums zu erhalten, vor allem auch über die Familienplanung. Mit den Aufklärungsmaßnahmen haben wir diese Barriere durchbrochen. Die Scham wurde beseitigt.“ Diomande, 34, Hebamme

Hebammen, die Distrikt-Gesundheitsverwaltung, die Gemeinde und auch die Jugendlichen selbst betonen die positive Veränderung, die

94 Das Projekt ENSEMBLE «Education Nécessaire à la Santé sexuelle et reproductive Equitable pour devenir Maître de son Bien-être et Libre de ses choix» wurde von Februar 2020 bis Juni 2023 in Côte d'Ivoire von Humanité & Inclusion, CARE und RAES mit Finanzierung von Global Affairs Canada umgesetzt. CARE arbeitete in zwölf Orten des Departements Béoumi, in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbezirk Béoumi als zentralen Partner.

95 CARE (2020): [Technical guidance for pairing CARE's Community Score Card & Social Analysis and Action approaches](#).

96 CARE (2023b): [Community Score Card© \(CSC\)](#).

97 CARE (2023c): [Social Analysis and Action \(SAA\)](#).

durch die Aufklärungsarbeit ausgelöst wurde. Frühschwangerschaften sind im Projektgebiet drastisch zurückgegangen. Die Aufklärungsarbeit wurde mit der Subventionierung von Verhütungsmitteln begleitet. Die kostenfreien Verhütungsmittel wurden gut angenommen und trugen zum Erfolg der Maßnahmen bei.

Während das in Fortbildungen vermittelte Wissen eine nachhaltige positive Veränderung für die Arbeitsfähigkeit der Hebammen und die Wirkung ihre Arbeit hat, weist die mit Projektende ebenfalls endende Subventionierung von Verhütungsmitteln auf die strukturelle Problematik hin. Côte d'Ivoire gehört zu den Ländern, die sich im Rahmen des Programms

Familienplanung 2020 (FP2020) verpflichtet haben, die Nutzung von Familienplanungsdiensten zu beschleunigen. Die dazu zur Verfügung gestellten Finanzmittel sind jedoch nach wie vor niedrig.⁹⁸

„Wenn das Projekt zu Ende geht, wird es schwierig. Vor allem in Bezug auf die Verhütungsmittel. Aufklärung, ja, das können wir tun. Die Verhütungsmittel selbst, das wird das Problem sein. Denn die Aufklärung machen wir bereits und die machen wir weiter. Aber wenn wir Aufklärung machen und die Produkte sind nicht da, wird das ein Problem.“

Diomande, 34, Hebamme

Ergebnisse der Projektaktivitäten zur Aufklärung

98 %

der Befragten kannten nach Abschluss des Projekts mindestens drei gute Praktiken sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte.

74 %

der befragten weiblichen Jugendlichen (15-19 Jahre) nannten Gespräche mit dem Partner über Verhütung als gute Praktik (Anstieg um 64 Prozent).

70 %

der Befragten nutzten Verhütungsmittel zur Verhinderung von Schwangerschaften. Das entspricht einer Verdreifachung im Vergleich zum Ausgangswert.

47 %

weniger Teenagerschwangerschaften im Projektgebiet.

98 Weltbank, 2020.

3

Zusammenfassung und Forderungen

Hebammen sind Schlüsselfiguren zur Umsetzung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass dies in Friedenszeiten gilt, in fragilen Kontexten und Krisen aber umso wichtiger wird. Durch ihren unermüdlichen Einsatz und ihren direkten Kontakt zur Bevölkerung tragen Hebammen als *Frontline Health Workers (FLHWs)* maßgeblich dazu bei, die Sterblichkeit von Müttern und Neugeborenen zu senken. Sie stellen sicher, dass auch besonders marginalisierte Gruppen Zugang zu Gesundheitsversorgung haben und unterstützen durch Aufklärung, dass Frauen und junge Menschen mehr Entscheidungsmacht über ihren eigenen Körper erhalten.

Als oft einzige SRMNJG-Fachkraft im Umkreis kompensieren Hebammen fehlende Ausstattung und die Armut der Bevölkerung durch Engagement weit über ihre Berufsbeschreibung hinaus: Hebammen in strukturschwachen Gebieten und Krisenkontexten stehen oft vor der Entscheidung, Medikamente oder Transport entweder selbst zu bezahlen oder die betreffende Frau ihrem Schicksal zu überlassen. Für alle der interviewten Hebammen war diese Entscheidung klar, sie investierten eigene Mittel. Dies hängt auch eng mit der Motivation für ihre Berufswahl zusammen: Leben retten und Menschen helfen.

Hebammen kompensieren an vielen Stellen strukturelle Probleme, indem sie Verantwortung für Situationen übernehmen, für die sie weder ausgebildet noch autorisiert sind: alleinbetreute Geburten, bei denen auch bei Komplikationen kein:e Ärzt:in verfügbar ist oder auch Überweisungen ohne geeignete Transportmittel stellen sie vor schwierige Entscheidungen. Die nationalen Gesundheitssysteme in den untersuchten Kontexten bieten hier zu wenig Unterstützung in Form von praxisbezogener Ausbildung, Fortbildungen und Spezialisierungsmöglichkeiten auf der einen Seite. Auf der anderen Seite wird auch vorhandenes Potential durch rechtliche Einschränkung der Kompetenzen von Hebammen limitiert.

Die Länderbeispiele Irak und Côte d'Ivoire verdeutlichen, welche Risiken und Entbehrungen Frauen in fragilen Kontexten auf sich nehmen, um den Beruf der Hebamme auszuüben. Sie dokumentieren auch auf welche systemischen Barrieren Frauen als Hebammen im Gesundheitssystem treffen und welche individuellen Wege sie finden, um diese zu überwinden. Bei diesen Bewältigungsmechanismen finden sich durchaus Parallelen zwischen Côte d'Ivoire und Irak: dazu gehören ein hoher persönlicher Einsatz inklusive des Zurückstellens von eigenen Bedürfnissen, die Überschreitung der

rechtlich erlaubten Aufgabenbereiche zum Wohle der behandelten Frau, oder auch ein Berufsverständnis, das über die physische Betreuung der Frauen hinaus auch eine psychosoziale Komponente miteinschließt.

Die Geschichten von Diomande, Diyana und ihren Kolleginnen in Côte d'Ivoire und Irak machen deutlich, welche strukturellen Verän-

derungen in der Gesellschaft und im staatlichen Gesundheitssystem stattfinden müssen und wie diese Veränderungen von Projektarbeit unterstützt werden können. Damit Hebammen ihr volles Potential als Akteur:innen des Wandels wahrnehmen können, sind Veränderungen auf verschiedenen Ebenen empfehlenswert:⁹⁹



Rahmenbedingungen:

- Die Verantwortung, die Hebammen für ihre Gemeinschaften tragen, muss sich in **fairer Entlohnung und verbesserten Arbeitsbedingungen** widerspiegeln. Um eine bedarfsorientierte Verteilung von Hebammen zu gewährleisten, muss der Einsatz in entlegenen Gebieten und Kontexten mit volatiler Sicherheitslage mit entsprechenden Zulagen entlohnt werden.
- Die **Aus-, Fort- und Weiterbildung** von Hebammen muss **ausreichend ausgestattet und praktischer ausgerichtet** sein. Dazu gehören Lehrinhalte, die Hebammen in die Lage versetzen, auch eigenständig Notfallversorgung zu leisten, wenn kein:e Ärzt:in zur Verfügung steht. Ebenso müssen Hebammen in der Ausbildung auf **besondere Herausforderungen in Krisen** vorbereitet werden, um beispielsweise psychosoziale Unterstützung von traumatisierten Patient:innen leisten zu können. Kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen müssen für alle Hebammen verpflichtend und zugänglich sein, um ihre Arbeit stetig zu verbessern und sicherzustellen, dass sie auf neuestem Wissensstand erfolgt. Um den Hebammenbedarf zu decken, müssen insgesamt mehr Hebammen ausgebildet werden.
- Der **rechtliche Rahmen**, in dem Hebammen agieren, muss an die Kontexte, in denen sie arbeiten, **angepasst** sein. Hebammen, die in entlegenen Gebieten, fragilen Kontexten und humanitären Notlagen auch ohne die direkte Unterstützung durch Ärzt:innen arbeiten, müssen sowohl gezielt weitergebildet als auch rechtlich abgesichert werden. Obligatorisch gehört dazu eine Zusatzausbildung im Bereich der geburtshilflichen Notfallversorgung oder Spezialisierungen im Bereich der Notfallmedizin.
- **Weitreichende Kompetenzen im Bereich der Familienplanung**, sowohl in der Aufklärung als auch in der Verabreichung von Verhütungsmitteln, sind ausschlaggebend, um das Potential von Hebammen im Bereich sexuelle Gesundheit und Rechte auszuschöpfen. Ihre Position in der Gemeinde und ihr pflegerisch-medizinisches Aufgabenfeld prädestinieren sie dafür, bei der Transformation schädlicher Geschlechterrollen und dem Zugang zu SRGR eine herausragende Stellung einzunehmen.
- Gesundheitszentren, Kreißsäle und Entbindungsstationen müssen **adäquat und**

⁹⁹ Die folgenden Empfehlungen sind beeinflusst durch die geäußerten Bedarfe und Forderungen der interviewten Hebammen, des Verbands der ivoirischen Hebammen (ASFI) und den Forderungen von UNFPA, WHO und der internationalen Konföderation der Hebammen (ICM). Sie orientieren sich auch am Bericht „State of the World's Midwifery 2021“, der Investitionen in vier Bereichen fordert: (i) Planung, Management und Regulierung des Gesundheitspersonals sowie in das Arbeitsumfeld, (ii) hochwertige Aus- und Weiterbildung von Hebammen, (iii) hebammengeleitete Verbesserungen der SRMNJG-Leistungserbringung durch Hebammen und (iv) Stärkung der Führung und Vertretung von Hebammen.

bedarfsorientiert mit medizinischen Geräten **ausgestattet** werden. Basisinfrastruktur wie Wasser und Strom, sowie Krankentransporte für Überweisungen und mindestens grundlegende Laboruntersuchungen müssen gewährleistet sein.

- Die kontinuierliche **Verfügbarkeit von Bedarfsmitteln, Medikamenten und Verhütungsmitteln** muss gewährleistet sein. Notwendiges für die Grundversorgung von Frauen während der Geburt muss kostenfrei zur Verfügung stehen. Familienplanungsmethoden und Verhütungsmittel müssen kontinuierlich und kostengünstig vorhanden sein, um die durch die Aufklärungsarbeit von Hebammen gesteigerten Bedarfe auch decken zu können.
- **Hebammen müssen auf** allen Ebenen des Gesundheitssystems, bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für ihren Beruf und bei der Krisenprävention und -reaktion **signifikant beteiligt** sein. Dafür ist eine **Stärkung der Hebammenverbände** wichtig, durch die Hebammen ihre Interessen selbst mit starker Stimme vertreten können. In humanitären Krisen müssen Hebammen an der Krisenreaktion beteiligt sein, da sie aufgrund ihrer einzigartigen Positionierung in der Gemeinde die vorhandenen Bedarfe oft am besten kennen.

Programmbereich:

- Das **Potential von Hebammen als Akteur:innen des Wandels** muss durch die **Unterstützung von Hebammenverbänden und einem Schwerpunkt auf Vernetzung und Advocacy von Hebammen** zur Verbesserung ihrer Position als *Frontline Health Workers (FLHWs)* im Gesundheitssystem ausgebaut und besser ausgeschöpft werden.
- SRGR-Programme müssen auf soliden **intersektionalen Genderanalysen** aufbauen, in deren Erstellung Hebammen eng eingebunden sind. Nur so wird sichergestellt, dass der Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und die Verwirklichung der zugehörigen Rechte auch für die vulnerabelsten Mitglieder der Gesellschaft gefördert wird.

- Es muss ausreichend **Projekte mit Schwerpunkt auf die Fortbildung und Stärkung von Hebammen im Bereich der Familienplanung** geben. Die Beispiele aus Côte d'Ivoire und Irak haben gezeigt, dass dies direkte Erfolge (wie die Reduktion von Frühschwangerschaften) und nachhaltige Veränderung (Hebammen als Multiplikatorinnen gendertransformativer Ansätze) bewirkt.
- Projektkonzeptionen sollten immer auch Ansätze zur **Verbesserung der Ausstattung und Versorgung von Gesundheitseinrichtungen**, insbesondere mit Medikamenten und Verhütungsmitteln, mitbedenken und hier jedoch auch eine Exitstrategie entwickeln, die Nachhaltigkeit anstrebt.

Geber:

- Geberländer sollten sich, vor allem vor dem Hintergrund feministischer Außen- und Entwicklungspolitik, auf internationaler Ebene explizit für die **Anerkennung und Wertschätzung der exponierten und herausfordernden Rolle von Frontline Health Workers (FLHWs)** und hier insbesondere auch von Hebammen einsetzen. Hebammen stellen einen großen Teil der meist weiblichen FLHWs in patriarchal geprägten Gesundheitssystemen.
- Geber müssen **nachhaltige und längerfristige Finanzierung im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR)**, inklusive Familienplanung und der Stärkung von *Frontline Health Workers (FLHWs)* garantieren und ihre Unterstützung insbesondere auf strukturelle Ursachen fokussieren. Wichtig sind in diesem Zusammenhang neben der Stärkung der Position und Verbesserung der Arbeitsbedingung von Hebammen auch Investitionen beim Zugang zu Verhütungsmitteln, in Gesundheitsdienste für Schwangere und Mütter und in den Zugang junger Menschen zu Dienstleistungen und Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit.
- Hebammen müssen **politisch und finanziell bei der Vertretung ihrer Rechte und Positionen unterstützt** werden, um zu garantie-

ren, dass ihre wichtigen Einsichten bei Entscheidungen gehört werden.

- **Frühzeitig längerfristige Finanzierung von SRGR in Krisen** ist notwendig angesichts der Tatsache, dass schädliche soziale Normen und Praktiken sich in Krisen- und Konfliktfällen meist verstärken und Bedarfe der sexuellen und reproduktiven Gesundheit deshalb steigen.
- Vor dem Hintergrund vermehrter und länger andauernder Krisen, müssen Geber auch im Gesundheitsbereich angemessene,

transparente und zuverlässige Finanzierung für Ansätze zur Verfügung stellen, die Hebammen im Sinne eines Nexus-Ansatzes unterstützen können. Dazu gehören beispielsweise die Ausbildung und Einbindung von Hebammen in Krisenvorsorge, die direkte Arbeit mit Hebammen bei der Bereitstellung des Minimum Initial Service Package (MISP) in der Krisenreaktion sowie die Stärkung von Hebammen als Teil nachhaltiger und inklusiver Gesundheitsversorgung in der Stabilisierungs- und Postkonfliktphase.

Schautafeln im Gesundheitszentrum in Côte d'Ivoire zur Information über verfügbare Verhütungsmittel.



Literatur

- ASFI (2023):** [Association de Sages Femmes Ivoiriennes \(ASFI\)](#).
- Auswärtiges Amt (2020):** [Strategie des Auswärtigen Amtes zur humanitären Hilfe im Bereich Gesundheit \(2020-2025\)](#).
- Auswärtiges Amt (2023):** [Feministische Außenpolitik gestalten. Leitlinien des Auswärtigen Amtes](#).
- BMZ (2023):** [Feministische Entwicklungspolitik. Für gerechte und starke Gesellschaften weltweit](#).
- CARE (2020):** [Technical guidance for pairing CARE's Community Score Card & Social Analysis and Action approaches](#).
- CARE (2021):** [Health Impact Area Strategy – Vision 2030](#).
- CARE (2023a):** [Gender Equality Framework. CARE's Theory of Change for Achieving Gender Equality](#).
- CARE (2023b):** [Community Score Card© \(CSC\)](#).
- CARE (2023c):** [Social Analysis and Action \(SAA\)](#).
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) (2023):** [Donors Delivering for SRHR, Report 2023](#).
- Donor Tracker (2023):** [Germany / Global Health](#) (abgerufen am 18.10.2023).
- Girls not Brides (2023):** [Côte d'Ivoire](#).
- Gutmacher Institute (2023):** [Country Profile. Côte d'Ivoire](#).
- Gutmacher-Lancet-Kommission für reproduktive und sexuelle Gesundheit und Rechte (2021):** [Fortschritt beschleunigen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle – Kurzfassung](#).
- Heads of State and Government of the Organisation of African Unity (2001):** [Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases](#).
- ICM (2014):** [Role of the Midwife in Disaster/Emergency Preparedness](#).
- Internationale Organisation für Migration (2023):** [Displacement Tracking Matrix. Iraq](#) (abgerufen am 18.10.2023).
- Naqshbandi, P. S.; Karim, M. A. und Qadir, D. O. (2019):** [A qualitative Study of the Recent Midwifery Graduates' lived Experiences During Transition Period](#). International Journal of Medical Investigation.
- Strupat, C.; Balasubramanian, P.; Srigiri, S. und Hornidge, A.-K. (2023):** [Health Financing in Times of Multiple Crises: Analysis and Recommendation](#).
- The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2020):** [Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities](#).
- The Sphere Project (2018):** [Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response](#).
- UNDP (2023):** [Human Development Index \(HDI\)](#).
- UNFPA:** [Explainer: What is the ICPD and why does it matter?](#) (abgerufen am 20.09.2023).
- UNFPA (2014):** [The State of the World's Midwifery 2014. Iraq](#).
- UNFPA (2021):** [Developing networks of health facilities for improving access to functioning emergency obstetric care at national scale: country experience in sub-Saharan Africa](#).
- UNFPA (2022):** [The state of the Midwifery Workforce in the Arab Region](#).
- UNFPA (2023):** [UNFPA Côte d'Ivoire](#) (abgerufen am 19.10.2023).
- UNFPA, DSW (2023):** [UNFPA-Weltbevölkerungsbericht 2023: 8 Milliarden Leben, unendliche Möglichkeiten. Deutsche Kurzfassung des Weltbevölkerungsbericht](#).
- UNFPA und Republic of Iraq, Ministry of Health (2020):** [National Birth Spacing & Family Planning Strategy \(2021 – 2025\)](#).
- UNFPA, WHO und ICM (2021a):** [The State of the World's Midwifery 2021](#).
- UNFPA, WHO und ICM, (2021b):** [The State of the World's Midwifery, Country Profile Iraq](#).
- UNFPA, WHO und ICM (2021c):** [The State of the World's Midwifery, 2021. Country Profile Côte d'Ivoire](#).
- UNFPA, WHO und Interagency Working Group on SRH and HIV linkages (2021):** [Sexual and Reproductive Health and Rights Infographic Snapshot. Iraq 2021](#).
- UNHCR (2023):** [Côte d'Ivoire](#) (abgerufen am 19.10.2023).
- UNICEF (2018):** [UNICEF Data. Iraq](#) (abgerufen am 18.10.2023).
- UNICEF (2022):** [Early Childbearing](#) (abgerufen am 19.10.2023).
- Weltbank (2020):** [Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire. Accelerating Reforms Toward Universal Health Coverage](#).
- WHO (2018):** [Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception](#).
- WHO (2021):** [Global expenditure on Health: Public spending on the rise?](#)
- WHO (2022a):** [The gender pay gap in the health and care sector a global analysis in the time of COVID-19](#).
- WHO (2022b):** [Global expenditure on health. Rising to the pandemic's challenges](#).
- WHO (2022c):** [Global Health Observatory Data Repository. Iraq](#).
- WHO (2023a):** [Maternal Mortality](#) (abgerufen am 17.10.2023).
- WHO (2023b):** [Domestic general government health expenditure \(GGHE-D\) as percentage of general government expenditure \(GGE\) \(%\). Data by country](#) (abgerufen am 18.10.2023).
- WHO (2023c):** [Global Abortion Policies](#) (abgerufen am 19.10.2023).
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2018):** [Iraq: Health Systems Profile](#).
- WHO, UNICEF, UNFPA, Weltbank und United Nations Populations Division (2019):** [Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division](#).