

Gesundheitliche und psychosoziale Hilfe bei geflüchteten Frauen und Kindern

Marina Weckend, Hebamme MSc (Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AG Hebammenwissenschaft der Medizinischen Hochschule Hannover und freiberufliche Hebamme)

Einführung

Weltweit befinden sich gegenwärtig rund 15 Millionen Menschen auf der Flucht¹. Rund die Hälfte davon sind Frauen und Mädchen; ungefähr 41% sind Kinder². Dieser Beitrag beleuchtet einige Herausforderungen, die involvierten Berufsgruppen bei der Betreuung von geflüchteten Frauen und ihren Familien begegnen können. Es soll insbesondere aufgezeigt werden, welche Strukturen und Maßnahmen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Familien mit Fluchthintergrund haben können.

Hintergrund verstehen: schwangere Frauen mit Fluchterfahrung

Grundsätzlich unterscheidet man freiwillige von erzwungener Migration. Zu erzwungener Migration gehört Menschenhandel genauso wie Flucht und die Suche nach Asyl. Es ist wichtig, sich bewusst zu machen, dass Menschen, die fliehen und Asyl suchen, sich gezwungen sehen, ihre Heimat zu verlassen. Die Fluchtgründe sind hierbei ebenso vielfältig wie die menschlichen Schicksale, die damit verbunden sind.

Einer der wichtigsten Gründe, sich explizit mit der Gesundheit von geflohenen Frauen und Familien zu befassen, liegt darin, dass sie eine besondere Belastung haben, die sich auf die Familiengesundheit auswirken kann. Studien weisen darauf hin, dass Schwangere mit Fluchterfahrung ein anamnestisches Risiko haben und häufiger von Komplikationen betroffen sind. Dazu gehören zum Beispiel höhere Raten an intrauteriner Wachstumsretardierung, Frühgeburtlichkeit und niedriges Geburtsgewicht^{3,4}. Es gibt auch Hinweise darauf, dass Komplikationen wie HELLP (Schwangerschaftsvergiftung), hoher Blutdruck⁵ und fetale Fehlbildungen⁶ häufiger auftreten und Neugeborene überdurchschnittlich häufig intensivbehandelt werden müssen⁷. Verschiedene Untersuchungen kamen zu dem Schluss, dass die maternale und fetale bzw. neonatale Mortalität auch Jahre nach der Immigration und unabhängig von anamnestischen Risiken erhöht sind^{8,9,10}. Die Evidenzlage ist dabei aber nicht eindeutig. So gibt es auch Untersuchungen, die fanden, dass sich vor allem gesunde Menschen auf die Reise begeben und im Ankunftsland der sogenannte „Healthy Migrant Effect“ (HME) beobachtet werden kann, also eine durchschnittlich bessere Gesundheit.

- 1 UNHCR (2015). UNHCR Mid-Year Trends 2015. Verfügbar unter: www.unhcr.org/56701b969.html
- 2 UN (2016). Refugees. The Numbers. Verfügbar unter: www.un.org/en/globalissues/briefingpapers/refugees/
- 3 Barlow, P., Haumont, D., Degueudre, M. (1994). Devenir obstetrical et perinatal des patientes sans couverture sociale [Obstetrical and perinatal outcome of patients not covered by medical insurance]. *Rev Med Brux.* 15: 366–370.
- 4 Lu, M. C., Lin, Y. G., Prietto, N. M., Garite, T. J. (2000). Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: a cost-benefit analysis. *Am J Obstet Gynecol* 182(1): 233–239.
- 5 Haelterman, E., Qvist, R., Barlow, P., Alexander, S. (2003). Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 111: 25–32.
- 6 David, M (2006). Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Arch Gynecol Obstet* 274: 271–278.
- 7 Lejeune, C., Fontaine, A., Crenn-Hebert, C., Paolotti, V., Foureau, V., Lebert, A. (1998). Recherche-action sur la prise en charge medico-sociale des femmes enceintes sans couverture sociale [Research-action on medical and social management of uninsured pregnant women]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 27: 772–781..
- 8 Corolan, M. (2010). Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery* 26: 407–414.
- 9 Essen, B., Hanson, B. S., Ostergren, P., Lindquist, P., Gudmundsson, S. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79: 737–743.
- 10 Diani, F., Zanconato, G., Foschi, F., Turinetti, A., Franchi, M. (2003). Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992–2001. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 23: 615–617.

Trotz heterogener Evidenzlage über Gesundheitsoutcomes gibt es vier Aspekte, die sich bei Frauen und Familien mit Fluchterfahrung schwer leugnen lassen:

1. Sie sind oft nicht ausreichend oder nicht richtig über gesundheitsrelevante Gesetze und Ansprüche informiert¹¹. So steht zum Beispiel jeder Frau in Deutschland Hebammenhilfe zu. Das trifft auch dann zu, wenn sich Frauen ohne Aufenthaltserlaubnis im Land aufhalten (AsylbLG¹²).
2. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist lang anhaltend erschwert. So werden zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen durchschnittlich später wahrgenommen¹³ und Sprachbarrieren erschweren langfristig den Kontakt zum Gesundheitssystem.
3. Häufig liegt eine psychische Belastung vor, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Dies steht in direktem Zusammenhang mit den individuellen Fluchtgründen, der Flucht und Ankunft selbst und möglichen traumatischen Erlebnissen.
4. Es ist für viele der Frauen schwer oder kaum möglich, sich über ihre persönlichen „weiblichen“ Probleme zu äußern.
5. Es liegt eine sozioökonomische Belastung vor. Dies betrifft die finanzielle Situation der Familie, die Wohnsituation, aber auch die Position in der Gesellschaft und verunsichernde Faktoren wie zum Beispiel temporäres Aufenthaltsrecht.

Besonderheiten in der Betreuung

Im Folgenden soll anhand von Beispielen verdeutlicht werden, welche Besonderheiten in der Betreuung von Familien mit Flucht- und Migrationshintergrund auftreten können und wie Frühe Hilfen und andere involvierte Berufsgruppen diese antizipieren und begleiten können.

Orientierung in Deutschland und Erreichbarkeit von Familien und Helfern

Beispiel: Mit ihren ein- und dreijährigen Kindern sowie mit ihrem wenige Tage alten Säugling wurde Kadiwa im Winter aus einer Notunterkunft in eine ländlich gelegene Wohnung verlegt. In der ersten Nacht bekamen ihr Säugling und ihre einjährige Tochter Fieber. Stundenlang saß sie weinend im Treppenhaus. Sie wusste nicht, wo sie Hilfe finden könnte, kannte weder den Notruf 112 noch konnte sie sich sprachlich verständigen. Erst in den frühen Morgenstunden fand sie ein Taxi, das sie und ihre Kinder ins Krankenhaus brachte.

Zu Beginn der Betreuung, insbesondere wenn eine Familie erst kürzlich angekommen ist, stehen häufig organisatorische Themen im Vordergrund. Frühe Hilfen können den anfänglichen Mangel an Orientierung antizipieren und die Initiative ergreifen, damit sich Familien rasch in ihrem neuen Umfeld zurechtfinden. So können zum Beispiel Informationen über Notfallkontakte, Notfalldolmetscher und die eigene Erreichbarkeit vermittelt werden. Auch das Wissen, dass Hebammenhilfe allen Frauen zusteht, kostenfrei und freiwillig ist und dass Hebammen der Schweigepflicht unterliegen, kann nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

11 Almeida, L. M., Casanova, C., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Dias, S. (2014). Migrant Women's Perceptions of Healthcare During Pregnancy and Early Motherhood: Addressing the Social Determinants of Health. *J Immigrant Minority Health* 16:719–723

12 Asylbewerberleistungsgesetz. Verfügbar unter: www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html

13 Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A. P., Costanza, M. C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., Dubuisson, J. B., Gaspoz, J. M., Irion, O. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMS Public Health* 8: 93.

Sprachbarriere und Vorgeschichte

Beispiel: Munirah war im siebten Monat schwanger, als sie in einer Notunterkunft das erste Mal mit einer Hebamme in Kontakt kam. Das Konzept der Schwangerschaftsvorsorge und den Beruf der Hebamme kannte sie aus ihrem Heimatland nicht. Doch dank der konsequenten Einbeziehung einer weiblichen Dolmetscherin öffneten sich Munirah und ihr Mann der Idee, sodass sie die gleichen Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen konnten wie Frauen, die seit Langem in Deutschland leben. Pathologien konnten so behoben werden und Munirah brachte ihr Kind ohne Komplikationen zur Welt. Häufig stellt die unterschiedliche Sprache die erste Barriere in der Betreuung dar. Bundesweit gibt es Dolmetscherdienste (ehrenamtlich, vergütet, professionell oder von Laien), die von Frühen Hilfen und anderen genutzt werden können. Wichtig ist, dass Dolmetschen nicht als optionales Luxusgut verstanden wird, denn es ist absolut essenziell, dass Frauen und Familien mit uns als Gesundheitsdienstleistern kommunizieren können. Bis sie dies selbst schaffen, stehen wir mit unserer beruflichen Ethik in der Pflicht, Dolmetscherdienste wahrzunehmen.

Aber auch die Annahme, dass signifikante oder unüberwindbare „kulturelle Unterschiede“ existieren, ist weitverbreitet. Dabei handelt es sich häufiger um eigene Vorurteile und fehlendes Wissen. „Kultursensible Betreuung“ bedeutet im Wesentlichen, vorurteilsfrei in die Betreuung hineinzugehen, (Rück-) Fragen zu stellen, nicht zu bewerten und unser Angebot den Wünschen und Bedürfnissen derer anzupassen, die wir begleiten. Zusammengefasst unterscheidet sich Kultursensibilität nicht von anderer familienzentrierter Betreuung.

Psychische Belastung

Beispiel: Zwei Tage nach der Geburt ihrer Tochter wurde Filia wieder in das Zelt der Notunterkunft verlegt, in dem sie mit ihrem Mann, zwei weiteren Kindern und weiteren Familienangehörigen lebte. Die Geburt im Krankenhaus war gut verlaufen, doch ihre Dammschnittwunde war entzündet. Im vertrauten Gespräch mit der Hebamme erzählte sie, dass ihr Mann gewalttätig war. Sie erzählte von sich aus auch von der Flucht, die mehrere Wochen gedauert hatte und bei der ihre Familie oft auf der Straße geschlafen hatte. Dabei hatte sie große Angst vor Überfällen und Organhändlern gehabt und die anhaltend fehlende Rückzugsmöglichkeit im Zeltlager machte ihr zu schaffen.

Es muss davon ausgegangen werden, dass Frauen und Familien mit Fluchthintergrund einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt sind, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. In der Betreuung ist es deshalb wichtig, Vertrauen aufzubauen, sodass sich Frauen sicher fühlen, über ihre Ängste und Sorgen zu berichten. Dies ermöglicht es, das Gesundheitsangebot anzupassen (z. B. bei Opfern sexueller Gewalt Alternativen zum vaginalen Ultraschall anzubieten) und einer weiteren Belastung vorzubeugen (z. B. durch getrennte Unterbringung vom gewalttätigen Partner). Wichtig ist auch, dass involvierte Berufsgruppen selbst Supervision wahrnehmen, denn traumatische Erlebnisse können sich auch auf Helfer belastend auswirken.

Weibliche Genitalverstümmelung und Kinderehe

In der Betreuung von Frauen mit Flucht- und Migrationshintergrund treten gelegentlich Themen auf, mit denen Hebammen sonst selten konfrontiert sind. Dazu gehört zum Beispiel weibliche Genitalverstümmelung (FGM), Zwangsheirat und Kinderehe. Wichtig ist hierbei, nicht die eigene Perspektive und Herkunft als Maß aller Dinge anzulegen. Was z. B. bei FGM zu Recht als Verstümmelung bezeichnet wird, kann Frauen in ihrem Herkunftsland viele Jahre mit Stolz erfüllt haben. Wenn Gesundheitsdienstleister darauf mit Entsetzen reagieren, kann dies das Selbstbild der Frau zusätzlich erschüttern und das Vertrauensverhältnis belasten. Am Beispiel der Kinderehe mag ein erster Impuls sein, diese nicht anzuerkennen. Erfahrungen zeigen aber, dass Ehen manchmal das einzig Verbleibende sind, was Kindern in der fremden Umgebung noch Halt gibt. Das bedeutet nicht, dass schädliche kulturelle Praktiken nicht hinterfragt werden sollten, doch in der individuellen Betreuung kann man sich diesen Themen besonders vorsichtig und ergebnisoffen nähern.

Aufenthaltsstatus, Perspektive und Schweigepflicht

Für alle Familien mit Flucht- oder Migrationshintergrund sind Themen rund um den Aufenthaltsstatus in Deutschland und die Bleibeperspektive früher oder später von Bedeutung. In diesem Zusammenhang spielt auch die Schweigepflicht eine große Rolle. So muss davon ausgegangen werden, dass viele Frauen und Familien in Deutschland keine adäquate Gesundheitsversorgung erhalten, weil sie aus Angst vor der Weitergabe von Informationen keine Angebote wahrnehmen. In der Betreuung ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus und eine fehlende langfristige Perspektive psychisch sehr belastend sein können.

Empfehlungen

Um geflohenen Frauen und Familien eine optimale gesundheitliche und psychosoziale Hilfe anbieten zu können, sollten einige Elemente besonders berücksichtigt werden:

1. Der Zugang zum Gesundheitssystem muss gewährleistet und erleichtert werden.

Die konsequente Nutzung von Dolmetscherdiensten spielt dabei eine zentrale Rolle. Es ist aber auch notwendig, auf Familien aktiv zuzugehen, da sie oft nicht mit dem deutschen Gesundheitssystem und den kostenlosen Angeboten vertraut sind. Auch Angebote mit der Wahrung der Anonymität sind essenziell, um Familien zu erreichen, die ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland leben. Legislativ befinden sich die Frühen Hilfen hier in einer idealen Position, da ihre Einbindung vom Gesetzgeber explizit gewünscht ist.

2. Das Gesundheitsangebot muss individuell angepasst werden.

Dazu müssen wir als Gesundheitsdienstleister unsere eigenen Vorurteile reflektieren und gegebenenfalls alternative Wege beschreiten. Ein kontinuierliches Betreuungsverhältnis hilft dabei, Vertrauen aufzubauen und auch sensible Themen anzusprechen. Besonders wertvoll ist die bereits bestehende Struktur der Frühen Hilfen mit ihren weitreichenden Vernetzungen zu anderen Berufsgruppen und Hilfsangeboten. Auch die besondere fachliche Kompetenz und Erfahrung in der Betreuung sozial benachteiligter Familien befähigt die Frühen Hilfen in besonderem Maße zur Unterstützung von Familien mit Flucht- und Migrationshintergrund.

Fazit

Trotz vieler Herausforderungen können Frauen mit Fluchthintergrund sehr positive Veränderungen für sich selbst, ihre Familien und ihre Umgebung erreichen. Frühe Hilfen sind dabei in einer exzellenten strukturellen, fachlichen und legislativen Position, um auf Familien zuzugehen und sie in Zeiten des Umbruchs langfristig zu unterstützen.