

Hebammenhilfe für geflüchtete Frauen und ihre Familien

Marina Weckend // Vorgestellt auf den Fachtagungen in Oldenburg und Göttingen

Obgleich es keine verlässlichen Zahlen darüber gibt, wie viele Frauen während ihrer Flucht schwanger sind, schätzen Mitarbeiter*innen der Organisation Ärzte ohne Grenzen ihren Anteil entlang europäischer Eintrittsrouten auf bis zu 30 Prozent. Dieser Beitrag beleuchtet, welche Besonderheiten bei der Gesundheitsversorgung von Frauen auftreten, die im Verlauf ihrer Flucht schwanger sind oder ein Kind zur Welt bringen.

Als Hebamme im Camp Scheuen

Im Herbst 2015 errichteten Dutzende Helfer*innen innerhalb von 48 Stunden die Erstaufnahmeeinrichtung der Malteser in Scheuen. Sie sollte 1.000 Menschen eine Not-

unterkunft bieten. Auf einem Militärgelände wurden dazu unzählige Zelte aufgebaut und gemeinsam mit einigen Gebäuden in Betrieb genommen. Kurz nach Eröffnung des Camps etablierte ich in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst der Malteser einen Hebammendienst auf dem Gelände. Zu Beginn war dies ausschließlich aufsuchende Hilfe für schwangere Frauen und frisch gebackene Familien in den Zeltunterkünften. Später, als das Camp auf eine Bewohner*innenzahl von 1.700 Plätzen anwuchs, teilte ich mir die Räume mit dem medizinischen Dienst, um das Arbeitsvolumen bewältigen zu können. Ursprünglich war geplant, einmal in der Woche feste Sprechzeiten einzurichten, doch rasch stellte sich heraus, dass der Bedarf wesentlich höher war als erwartet. Insgesamt betreute ich in einem halben Jahr im Camp rund 50 schwangere Frauen und vier Familien mit Neugeborenen. Dazu kam die Beratung und Vermittlung von Frauen, die mich nicht als Hebamme aufsuchten, sondern als weibliche Kontaktperson, zum Beispiel bei Fragen zur gynäkologischen und reproduktiven Gesundheit. Der enthusiastische und verlässliche Dolmetscher*innendienst der Malteser machte meine Arbeit im Camp möglich.

Schwangere mit Fluchterfahrung: Eine besondere Gruppe?

Ein wichtiger Grund, 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 Frauen mit Migrationshintergrund häufiger Frühgeburten haben, häufiger Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht zur Welt bringen und ihre Kinder häufiger eine Mangelversorgung im Mutterleib erfahren. Weiterhin scheinen Frauen mit Migrationshintergrund häufiger von „Schwangerschaftsvergiftungen“ betroffen zu sein. Außerdem weist ein höherer Anteil der Neugeborenen Fehlbildungen auf und die Aufnahmezeiten auf die Neugeborenen-Intensivstation scheinen erhöht zu sein. Mehrere Studien fanden, dass die mütterliche und kindliche Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit auch Jahre nach der Immigration noch erhöht sind. Dies weist auf eine strukturelle Benachteiligung mit vielfältigen Einflussfaktoren hin.

Wichtig ist aber auch zu erwähnen, dass die Studienlage nicht eindeutig ist. So kommen einige Untersuchungen zu dem Schluss, dass Frauen mit Migrationshintergrund ein insgesamt besseres oder gleiches Gesundheitsoutcome haben. Dieser sogenannte „Healthy Migrant Effect“ wurde insbesondere in den USA beobachtet.

Abschließend findet sich die Wahrheit vermutlich wie so oft in der Mitte. So lassen sich bei der Betrachtung von Schwangeren mit Fluchterfahrung vier Aspekte kaum leugnen:

1. Sie sind oft schlechter über ihre Rechte und Ansprüche informiert.
2. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist erschwert und erfolgt oft verzögert.
3. Es liegt oft eine psychische Belastung vor.
4. Es liegt in der Regel eine soziale Belastung vor.

Herausforderungen in der Betreuung

In der Betreuung von Familien mit Fluchterfahrung sind häufig kleine oder größere Herausforderungen zu bewältigen, von denen einige im Folgenden erörtert werden.

Sprache und Vorgeschichte

Die erste Herausforderung, mit der Gesundheitsdienstleister*innen konfrontiert sind, ist häufig die sprachliche Barriere. Dies macht die Einbindung von Dolmetscher*innen unerlässlich. Hinzu kommt ein möglicherweise unterschiedliches Verständnis des Gesundheitssystems. Was häufig als „kultureller Unterschied“ bezeichnet wird, kann treffender als unterschiedliche Vorgeschichte verstanden werden.

Praxisbeispiel:

Die meisten Frauen, die ich im Camp betreute, waren mit dem Hebammenberuf und dem Konzept der Schwangerschaftsvorsorge nicht vertraut. In ihrem Herkunftsland existierte kein flächendeckendes Gesundheitssystem (mehr), oder es war nur privilegierten Gruppen zugänglich. Auch mit der klassischen Hebammenfrage nach der letzten Periode (zur Berechnung des Geburtstermins) konnten viele Frauen nichts anfangen. Für sie war nicht nachvollziehbar, warum ich nach einem Datum vor der Empfängnis fragte. Ein weiteres häufiges Thema in der Schwangerschaftsvorsorge war der Erst-Ultraschall, der in Deutschland in der Regel mittels einer vaginal eingeführten Ultraschallsonde durchgeführt wird. Für viele Frauen stellte dies eine besondere Überwindung dar und nicht wenige entschieden sich gegen einen Ultraschall, wenn keine Alternative über die Bauchdecke angeboten wurde. Im Hinblick auf die Intimität des Eingriffes und auf die hohe Zahl von Frauen mit sexueller Gewalterfahrung erscheint dies leicht nachvollziehbar.

Sammelunterkünfte

Die Unterbringung in einer Sammelunterkunft kann auf vielfältige Weise die Gesundheit von Familien beeinflussen und die Betreuung erschweren. Besonders wichtig sind dabei Rückzugsmöglichkeiten und die Wahrung der Privatsphäre.

Praxisbeispiel:

In der Frühschwangerschaft erleben viele Frauen Übelkeit, die sich gut durch das Einnehmen häufiger kleiner Mahlzeiten lindern lässt. Im Camp gab es jedoch feste Essenszeiten und die Rationierung von Nahrungsmitteln im Zelt war nicht gestattet. Zelte waren außerdem nicht verschließbar und daher für alle Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen zugänglich. Dies können Frauen und Familien als bedrohlich empfinden, insbesondere wenn alternative Rückzugsmöglichkeiten fehlen. Im Camp wurde deswegen ein Rückzugsareal eingerichtet, das ausschließlich für Frauen zugänglich war.

Verteilung auf dauerhafte Unterkünfte

Aus der Erstaufnahmeeinrichtung erfolgt die sogenannte Verteilung auf Wohnraum in den Kommunen. Dies können Häuser, Wohnungen oder dauerhafte Sammelunterkünfte sein. Bei einer Betreuung von Familien nach der Verteilung ist häufig zusätzliche Orientierungshilfe nötig. Während in Erstaufnahmeeinrichtungen Tag und Nacht Kontaktpersonen zur Verfügung stehen, können Familien in kommunalen Wohnungen plötzlich völlig isoliert sein. Mündliche Informationen über die Umgebung sowie über die Erreichbarkeit von Dolmetscher*innen, Gesundheitsdienstleister*innen und Notfallkontakten sind unerlässlich und sollten idealerweise von den Betreuenden initiiert werden.



Praxisbeispiel:

Nach der Verteilung in eine ländlich gelegene Wohnung können Familien plötzlich und unerwartet Hilfebedarf haben, zum Beispiel wenn das Neugeborene in der Nacht Fieber entwickelt. Wenn Informationen über Notfallkontakte und erreichbare Dolmetscher*innen nicht schon zuvor ausgetauscht wurden, können Familien in Gefahrensituationen nicht oder nur schwer Hilfe finden/aufsuchen.

Bleibeperspektive

Familien warten oft monatelang auf die Entscheidung, ob sie in Deutschland bleiben dürfen. Auch Jahre nach der Ankunft kann die Bleibeperspektive durch wiederholt befristetes Bleiberecht ein verunsichernder Faktor sein. Dies stellt eine langanhaltende Belastung für Familien dar, die sich gesundheitlich auswirken kann. In der Betreuung kann es daher sinnvoll sein, Kontinuität sicherzustellen. Dies hilft auch dabei, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Eine unsichere Bleibeperspektive stellt oft nicht das einzige psychisch belastende Element dar und es ist besonders wichtig, psychische Belastungen zu erfragen und zu erkennen, sowie bei Bedarf Kontakt zu psychologischen Fachkräften zu vermitteln.

Schweigepflicht und Anonymität

Da das Konzept der Schweigepflicht in verschiedenen Ländern unterschiedliche Anwendung findet, ist es angemessen, im Betreuungsverhältnis zu betonen, dass Informationen vertraulich behandelt werden und in welchen Fällen eine Informierung Dritter in Erwägung gezogen wird. Auch hinzugezogene Dolmetscher*innen müssen eine Schweigepflichterklärung abgeben und es ist sinnvoll, vor der Hinzuziehung nach einem eventuellen Verwandtschaftsverhältnis zur betreuten Familie zu fragen.

Weiterhin sind Gesundheitsangebote mit Wahrung der Anonymität der Frauen und Familien unerlässlich. Dies ist vor allem für Familien relevant, die ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland leben und befürchten müssen, dass ihre Identität an die Behörden weitergeleitet wird und dies zu einer Ausweisung führt.

Empfehlungen

Um eine bestmögliche Unterstützung von Frauen und Familien mit Fluchterfahrung zu erreichen, bedürfen drei Elemente besonderer Aufmerksamkeit:

1. Der Zugang zum Gesundheitssystem kann erleichtert werden.

Eine konsequente Nutzung von Dolmetscher*innendiensten ist dabei unerlässlich. Dies beinhaltet aber auch zugeschnittene, mündliche Informationsangebote. Weiterhin sind Versorgungsangebote, bei denen die Anonymität der Frauen und Familien gewahrt wird, unerlässlich.

2. Die Akzeptanz der Gesundheitsversorgung kann verbessert werden.

Dabei spielt die eigene Grundhaltung eine große Rolle. Idealerweise bedeutet dies, eigene Vorurteile zu reflektieren und zu vermeiden, offen zu sein, nicht zu werten und gegebenenfalls gemeinsam mit der Familie nach alternativen Angeboten zu suchen.

3. Die Qualität der Gesundheitsversorgung sollte für alle Frauen gleich sein.

Eine gleich hohe Qualität der Gesundheitsversorgung, unabhängig von Herkunft, Sprache, Aufenthaltsstatus und anderen Faktoren sollte angestrebt werden. Schlechtere Gesundheitsoutcomes für Familien mit Migrationshintergrund sind nicht hinnehmbar. Weiterhin dürfen Einzelfälle, in denen Familien abgewiesen werden, weil Gesundheitsdienstleister*innen sich dem Aufwand der Abrechnung und dem Dolmetschen entziehen wollen, nicht stillschweigend akzeptiert werden. Zur Sicherung der Qualität sind auch Audits und Forschung unerlässlich.

Fazit

Schwangere Frauen und Mädchen mit Fluchterfahrung treffen in Deutschland auf eine Reihe von Bedingungen, die eine optimale gesundheitliche Versorgung erschweren. Häufig ist dabei die Familienerweiterung nur eine von vielen einschneidenden Veränderungen. Im Rahmen einer individuellen Begleitung, zum Beispiel durch eine Hebamme, ist es möglich, den besonderen Lebensumständen gerecht zu werden. Hebammen befinden sich dabei strukturell, fachlich und legislativ in einer exzellenten Position, um Frauen und Familien sinnvoll und langfristig zu unterstützen.

Literatur bei der Verfasserin

 Marina Weckend, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1,
30625 Hannover, E-Mail: Weckend.Marina@mh-hannover.de