

Den Grund des Übels (er)kennen: Was brauchen schwangere Migrantinnen?

Elisabeth Wesselman und Andrea Singer Migrantinnen mit Beschwerden wie Hyperemesis gravidarum sind in geburtshilflichen Abteilungen – vor allem in Großstädten – keine Seltenheit. Am Städtischen Klinikum München wurde der besondere Betreuungsbedarf Schwangerer mit Migrationshintergrund untersucht – die Ergebnisse sind so naheliegend wie fern.

Dr. Matthias David von der Charité Berlin beschreibt, dass Migrationserfahrung eine schwere Hyperemesis gravidarum begünstigen kann.¹ Besonders betroffen seien vor allem nachgezogene, wenig an die neue Kultur angepasste Frauen. David geht von einem »multifaktoriell bedingten Krankheitsbild (...)« aus, bei dem psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle spielen.² Das bestätigen auch die wenigen anderen Publikationen mit kleinen Untersuchungskollektiven.²

Das Projekt

Auch im Städtischen Klinikum München ist das Problem bekannt. So ergab eine Befragung (2010) von 14 Beschäftigten (Hebammen und Pflegekräfte) durch eine Hebamme am Klinikum Schwabing, dass folgende Faktoren die Versorgung von Migrantinnen mit Hyperemesis erschweren: wenig Sprachkenntnisse, Isolation, Antriebslosigkeit, wenig Selbstkompetenz im Umgang mit der Erkrankung; die Entscheidungen über medizinischen Maßnahmen trifft häufig der Ehemann, er ist oft einziger Ansprechpartner für die Frauen, die Schwiegermutter fungiert bei vielen Schwangeren als (unzureichender) Mutterersatz; ein Großteil der Patientinnen zeigt Ängstlichkeit, Rückzug und demonstratives Leiden. Als geeignete Maßnahmen für eine Verbesserung wurde an erster Stelle der Einsatz von Dolmetschern genannt.

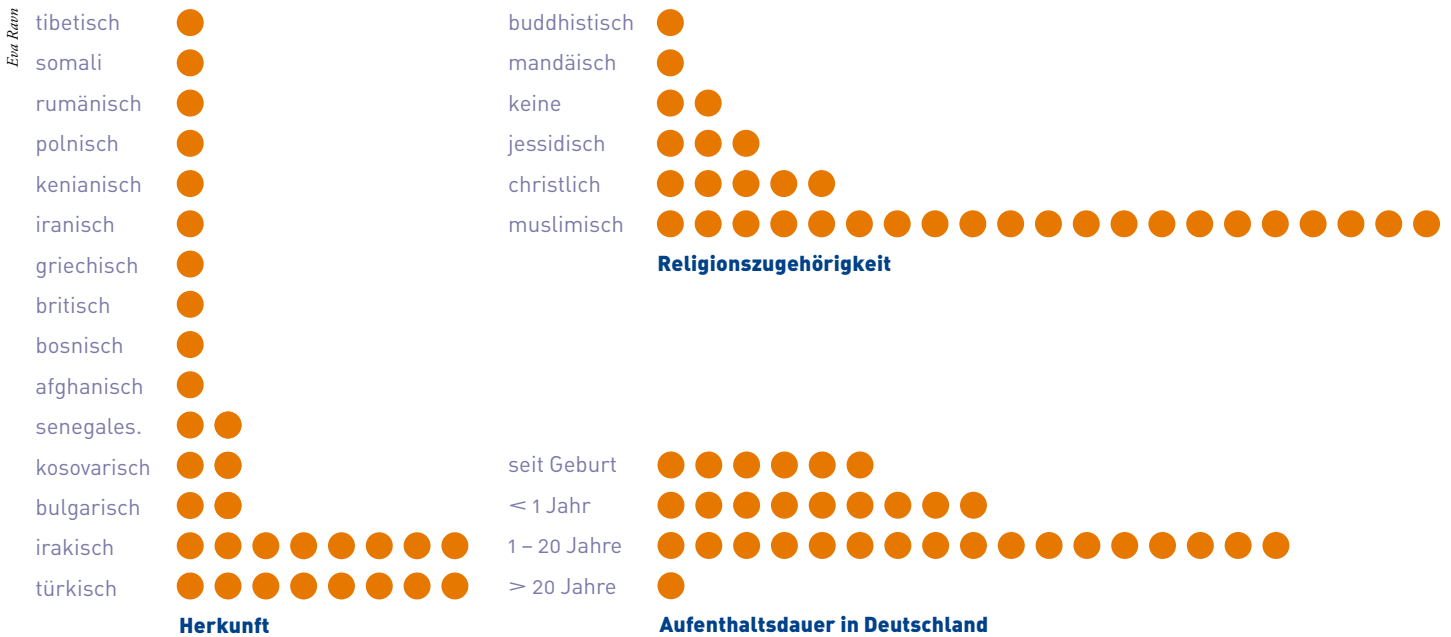
Unterstützt durch das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (LHM, Fachstellen Migration und Gesundheit sowie Frau und Gesundheit) und die Bereitstellung finanzieller Mittel für Dolmetscherinnen (Dolmetscherservice des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin) wurde 2010 das Projekt »Schwangere Migrantinnen – besonderer Versorgungsbedarf in der Frühschwangerschaft« konzipiert. Ziel dieser Kooperation zwischen dem Städtischen Klinikum München und der Beratungsstelle für natürliche Geburt

und Elternsein war es, erste Informationen über die Lage der betroffenen Frauen zu ermitteln. Mithilfe eines strukturierten Interviews sollte recherchiert werden, in welcher psychosozialen Situation sich die Betroffenen befinden, welche Migrationserfahrung sie mitbringen, welchen Belastungen sie in ihrem Herkunftsland ausgesetzt waren und über welches Wissen sie bezüglich Schwangerschaft und Geburt verfügen, um mögliche Unterstützungsangebote zu entwickeln.

So wurden 2010 und 2011 insgesamt 33 Patientinnen mit Hyperemesis freiwillig und anonym während ihres Klinikaufenthaltes im Städtischen Klinikum München durch Andrea Singer, Ethnologin und Geburtsvorbereiterin mithilfe von Dolmetscherinnen interviewt.



Julia Ganderus



Die Ergebnisse

Nationalität

Es gibt einen hohen Anteil irakischer und türkischer Frauen – ansonsten sind die Nationalitäten unterschiedlich. Die Übersicht lässt Hinweise zu, dass Kliniken erhebliche Schwierigkeiten haben sich mit Migrantinnen aus Tibet, Somali, Bulgarien oder Polen zu verständigen, wenn diese nicht über ausreichend deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Programme, die sich nur auf eine oder zwei Nationalitäten beziehen, können also nicht geeignet sein, die Vielzahl der betroffenen Frauen angemessen zu versorgen.

Religion

Knapp 64 Prozent der Frauen gehörten einer muslimischen Religionsgemeinschaft an.

Alter

Im Durchschnitt waren die Frauen 28,6 Jahre alt. Die jüngste war 20, die älteste 38 Jahre. Auch hier findet sich eine breite Streuung ohne eindeutige Spitzen.

Bildung

Die ermittelten Bildungsabschlüsse sind nur Hinweise und können nicht mit deutschen gleichgesetzt werden. Auch hier zeigt sich eine breite Varianz aus Analphabetinnen, Frauen ohne oder mit nur kurzer Schulausbildung, aber auch mit mittlerem oder einem Studienabschluss. Die größte Gruppe hat einen mittleren Bildungsabschluss – was durch den hohen Anteil der hier geborenen türkischen Frauen begründet ist.

Familienstand – Anzahl der Kinder

85 Prozent der Frauen waren verheiratet, 3 lebten in Partnerschaft, 2 Frauen waren alleinstehend.

Etwas mehr als die Hälfte war kinderlos, die Schwangerschaft war also eine unbekannt und sicher auch teilweise beängstigende Erfahrung. Die 16 Frauen mit Kindern teilten sich auf in gleich große Gruppen mit 1 oder 2 Kindern. Nur eine Schwangere hatte bereits 3 Kinder. Es fällt auf, dass die Hälfte der Frauen trotz Vorerfahrung mit Schwangerschaft und Geburt wegen Hyperemesis gravidarum, zumeist in leichter Form, stationäre Hilfe in Anspruch nehmen mussten.

Zeit der Anwesenheit in Deutschland

Ein gutes Viertel der Patientinnen lebte weniger als 1 Jahr in Deutschland, eine etwas kleinere Gruppe wurde hier geboren und gut die Hälfte war zwischen 1 und 20 Jahre im Land.

Untersucht man die Aufenthaltsdauer der Schwangeren ohne die türkischen Frauen zu berücksichtigen, ist zwar auch der Teil der Frauen, die schon länger als 1 Jahr in Deutschland leben erstaunlich groß, jedoch fehlen diejenigen, die in Deutschland geboren sind – das traf nur für türkischstämmige Schwangere zu.

Gründe der Zuwanderung

61 Prozent waren aus politischen und wirtschaftlichen Gründen immigriert, bei 33 Prozent führten persönliche Gründe zu einer Ausreise, in aller Regel Familienzusammenführung oder Heirat. Hier finden sich vor allem so genannte Heiratsmigrantinnen, die meist wenig integriert sind und sehr zurückgezogen leben.

Sprachen, Dolmetschereinsätze

Insgesamt gab es 21 Dolmetschereinsätze in 13 Sprachen.

Nur eine türkischstämmige Frau benötigte eine Übersetzerin.

Von den 25 nicht türkischen Frauen waren nur 5 in der Lage auf deutsch zu kommunizieren. Alle anderen waren auf eine Sprachmittlerin angewiesen. Die Tabelle (siehe S. 30) offenbart, dass ein Teil der Schwange-

Nationalität	Sprache Interview
britisch	englisch
bulgarisch	türkisch bulgarisch
griechisch	türkisch
irakisch	arabisch 3x kurmandschi 3x sorani
iranisch	türkisch
kosovarisch	albanisch
polnisch	polnisch
rumänisch	rumänisch
senegalesisch	französisch 2x
somali	somali
türkisch	türkisch
vietnamesisch	vietnamesisch

Problembereiche	Anzahl der Nennungen
Sprache	X X X
Finanzen	X X X
ambivalenter Kinderwunsch	X X X X
Stress Kinder/Haushalt	X X X X
Kriegstrauma	X X X X
Arbeit/Ausbildung	X X X X X
keine Belastung	X X X X X X
Angst vor Geburt, mangelnde Information	X X X X X X X
Partnerschaft	X X X X X X X
Isolation, Heimweh	X X X X X X X X
Geburtstrauma, Totgeburt, Abgänge	X X X X X X X X X
Wohnen	X X X X X X X X X

Tabelle

ren auch in ihren Heimatländern einer nationalen Minderheit angehörten. Frauen aus Bulgarien, dem Irak, Iran und dem Kosovo verfügten nicht über die Sprache der Mehrheit in ihren Herkunftsländern. Hier wird ersichtlich, warum Kliniken mit der Kommunikation schnell überfordert sind: arabisch, kurmandschi, vietnamesisch, sorani sind Sprachen, die im Krankenhaus in aller Regel – zum Beispiel durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – nicht zur Verfügung stehen.

Belastungen

Bei einer Clusteranalyse der Belastungen wurden folgende Schwerpunkte ermittelt:

Probleme in der Partnerschaft, Probleme bezüglich Ausbildung und Arbeit, finanzielle Probleme, kein ausreichender Wohnraum und Rückzugsort (Flüchtlingsheim), ambivalenter Kinderwunsch, Überforderung durch die bereits im Haushalt befindlichen Kinder, Isolation und Heimweh, traumatische Erlebnisse durch Flucht- und Migration (Krieg, Flucht) und durch vorherige Entbindungen, Totgeburten etc., hohe Unkenntnis über Schwangerschaft und Geburt, dadurch Missverständnisse und Fehlinformationen zu medizinischer Versorgung.

In der Grafik oben sind die Bereiche gelistet, die den Frauen besondere Probleme bereiten. An erster Stelle standen bei den mehrfach belasteten Frauen traumatische Erlebnisse von Geburten, Totgeburten, Abgängen, die sich hauptsächlich auf die schlechte gesundheitliche Versorgung der Frauen in ihren Heimatländern bezog.

In fast gleichem Umfang klagten die Frauen über Heimweh und Isolation, wenig Möglichkeiten andere Menschen über ihre direkten Angehörigen hinaus kennen zu lernen. Deutschkurse konnten viele Frauen nicht

besuchen, weil es keine Betreuung für die Kinder während der Kurszeiten gab.

Auszüge aus Fallvignetten

Familie, Isolation

- Ehemann hat wenig Zeit, geht um 5 Uhr aus dem Haus und kommt um 18 Uhr zurück
- im Irak wurde vor wenigen Wochen fast die ganze Familie ermordet (Eltern, Bruder und dessen vier kleine Söhne)
- der einzige soziale Kontakt besteht zur Schwiegermutter, die Schwangere ist nach deren Aussage »zu faul zum Kochen« etc.
- Unterstützung durch den Ehemann, aber keine familiäre Einbindung
- die restliche Familie lebt in Berlin und zeitweise in der Türkei
- Freundinnen und Eltern sind in Polen
- sie hat keinen Kontakt zur Familie in der Heimat
- familiäre Unterstützung hat sie keine, ihr Mann ist bei der Arbeit

Traumatische Erfahrungen in der Gynäkologie

Hier kann nur angedeutet werden, dass viele Frauen unter großen Ängsten leiden, meist aufgrund fehlender oder falscher Informationen.

- hat drei Schwangerschaftsabbrüche hinter sich
- erste Geburt war traumatisierend
- erste Geburt in Bulgarien mit vielen medizinischen Problemen verbunden
- spricht von zwei »schrecklichen Schwangerschaften«
- die erste Schwangerschaft endete mit einem Abgang

- die erste, traumatisch erlebte Geburt, ist das Hauptgesprächsthema
- sie fühlt sich von den Ärzten nicht ausreichend informiert und unterstützt
- Frau X hat große Angst vor der Schwangerschaft und der bevorstehenden Geburt, es ist die sechste.
- Schwangerschaft, zwei Kinder sind verstorben, sie wünscht sich jetzt einen Sohn

Unwissen

Unwissen führt zu falschen Annahmen und Befürchtungen, ein krankes Kind zur Welt bringen zu müssen.

- vaginale Untersuchung und Blutuntersuchungen führen zur Vermutung, dass das Kind krank sein muss und Trisomie 21 hat (wie Verwandte)
- Zwillingsschwangerschaft wird automatisch mit übergroßen Risiken verbunden
- Schwangerschaftsabbruch ist in Tibet unbekannt, deshalb beängstigend
- Wissen der Patientin besteht aus »Horror Geschichten« und falschen Informationen
- Vermutung, dass »Lungenreife« einen Mangel im Atemsystem des Kindes beschreibt (statt dies als Vorsorge zu verstehen)
- große Ängste, dass Erbrechen dem Kind schadet
- Angst, dass eine bakterielle Entzündung zu einer Totgeburt führt
- Mann hat beim Arzt falsch verstanden, dass sie Nierensteine habe
- Frau macht sich Sorgen, dass das Baby im Bauch zu »weiche Knochen« habe



Der Ausweg: Dolmetschen, Zuwendung, Wissen und Integration

Zwar trifft man in der Klinik diese Patientinnen – Kliniken sind jedoch nicht deshalb automatisch besonders geeignet, den notwendigen Unterstützungsbedarf zu geben. Hier ist an erster Stelle Sprachkompetenz nötig, aber auch Zeit, Fachkompetenz und Kulturkompetenz um eine gute Compliance mit den Frauen und deren Angehörigen aufzubauen. Wünschenswert wäre, wenn Beraterinnen (am besten aus dem kommunalen Gesundheitssektor) Zuwendung geben, Wissen vermitteln und die Schwangeren behutsam in das Versorgungsnetz integrierten würden. Damit wäre nicht nur die Mutter präventiv gut betreut, sondern auch ihr Kind würde von Geburt an in die gesundheitliche Versorgung eingebunden. Nicht zuletzt hätten damit diese Frauen auch die Chance, sich in die Aufnahmegesellschaft zu integrieren und ihre Isolation aufzuheben.

Die folgende Schilderung eines Interviews verdeutlicht, welche positive Wirkung allein der Besuch der Interviewerin auf die betroffenen Frauen hatte:

Eine 23-jährige Irakerin liegt seit einigen Tagen energielos auf Station im Bett, sieht schmal und angestrengt aus. Der Grund warum sie hier ist, sind ihre Bauchschmerzen, die nicht enden wollende Übelkeit und das Erbrechen. Die Kommunikation mit dem Klinikpersonal ist aufgrund der nicht vorhandenen bzw. mangelhaften Deutschkenntnisse der Frau sehr eingeschränkt und für beide Teile reichlich frustrierend. Auch die verordnete Infusion gegen die Hyperemesis scheint nur sehr bedingt zu wirken.

Die Begrüßung auf kurdisch durch die Dolmetscherin bringt eine sofortige Änderung: die Frau lächelt überrascht. Statt trauriger Nie-

dergeschlagenheit findet sich nun eine wache Aufmerksamkeit. Sie setzt sich auf und möchte deutlich Kontakt aufnehmen. Denn jetzt kann sie sich artikulieren, sie wird verstanden und sie hat die Möglichkeit zu verstehen.

Sie erzählt, dass zur Flucht auch noch der Bruch mit ihrer Familie in der Heimat kam. Kontakt hat die junge Schwangere hier bisher nur zu ihrem Ehemann. Sie hat große Angst, dass mit ihrem Baby etwas nicht stimmt. »Das Baby könnte behindert sein«. Diese Sorgen belasten sie ständig, ohne dass sie darüber mit irgendjemand reden könnte. Vage und falsche Vorstellung darüber, was jetzt in der Schwangerschaft mit ihrem Körper physiologisch ist, welche Veränderung spürbar wird, wie die Entwicklung des Babys verläuft, sind für die junge Frau wie ein unbekanntes Land. Im Verlauf des Gesprächs beruhigt sich die Schwangere, sie bekommt eine grobe Orientierung und versteht die Zusammenhänge zum ersten Mal. Sie wirkt deutlich entlastet und würde sich über eine Fortsetzung des Kontaktes freuen.

Literatur

- 1 David M, Borde T, Kenntenich H: Ist Hyperemesis gravidarum heute vor allem eine Erkrankung von Migrantinnen?, Geburtsh Frauenheilk 2002; 62: 328
- 2 David M, Chen F, Borde T: Hyperemesis gravidarum bei Migrantinnen, Die Hebamme 2005; 18: 180

Elisabeth Wesselman, Fachreferentin Interkulturelle Versorgung, Städtisches Klinikum München.
Kontakt: elisabeth.wesselman@klinikum-muenchen.de,

Andrea Singer, Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein, München.

Kontakt: andrea.singer@haeberlstrasse-17.de

Wesselman E, Singer A: Den Grund des Übels (er)kennen: Was brauchen schwangere Migrantinnen? Hebammenforum 2013; 14: 28-31