

Gesundheitliche Versorgung von schwangeren, geflüchteten Frauen in Deutschland

Louise Biddle und Kayvan Bozorgmehr

Schwangere, geflüchtete Frauen gelten als vulnerable Gruppe und haben einen besonderen Bedarf, was die gesundheitliche Versorgung angeht. Wie sich die Situation in Deutschland aktuell darstellt, schildert der folgende Beitrag.

Eine Schwangerschaft ist immer ein prägendes Ereignis. Der Einfluss einer Schwangerschaft auf das Leben einer Frau ist jedoch noch gravierender, wenn sich diese Frau auf der Flucht aus ihrem Heimatland befindet. Sowohl die Entfernung der Frau zu ihrem gewohnten Umfeld als auch die unsichere Situation während der Flucht und am Fluchtziel haben physische, psychische und soziale Konsequenzen, die sich negativ auf den Verlauf der Schwangerschaft auswirken können.

Die Ankunft in Deutschland ist vor allem von einer fehlenden Selbstbestimmtheit geprägt. Geflüchtete warten nicht nur auf unbestimmte Zeit auf eine Entscheidung ihres Asylantrags, sondern werden auch geografisch von Behörden auf Erstaufnahmeeinrichtungen verteilt und müssen in diesen auf ungewisse Zeit verweilen. Die Konditionen in diesen Einrichtungen machen es niemandem einfach: es gibt begrenzte Be-

wegungsmöglichkeiten, einen festen Essensplan und -zeiten, Mehrbettzimmer mit fehlender Privatsphäre und fragliche Hygienebedingungen. Diese Umstände haben jedoch eine besondere Relevanz vor und nach der Geburt, da zu dieser Zeit bekömmliche Nahrung, der eigenbestimmte Tagesablauf und ein positives soziales Umfeld für einen gesunden Schwangerschaftsverlauf unabdingbar sind¹.

In der gesundheitlichen Versorgung von schwangeren, geflüchteten Frauen bedarf es also einer besonderen Beachtung der aktuellen Lebensumstände. Die EU-Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Schutzbedürftigen sieht daher eine besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse von schwangeren Frauen vor. Sie gelten als vulnerable Gruppe, dessen besondere Bedarfe identifiziert und adäquat adressiert werden sollen. Diese EU Richtlinie ist 2016 in Deutschland in Kraft getreten; für Schwangere ist sie bis heute nur zum Teil Realität.

Die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten ist in Deutschland durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG) geregelt. Zwar beschränkt §4 des AsylBLG die medizinischen Leistungsansprüche für Asylsuchende auf „akute Erkrankungen und

Schmerzzustände“. Schwangeren und Wöchnerinnen werden jedoch sämtliche „ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung“ gewährleistet. Eine gesetzliche Gewährleistung von medizinischen Leistungen bedeutet aber nicht, dass diese auch niederschwellig angeboten oder wahrgenommen werden. Aus internationaler Forschung ist bekannt, dass eine Reihe an strukturellen, sprachlichen, organisatorischen und bürokratischen Barrieren dazu führen, dass notwendige Angebote entweder praktisch nicht verfügbar sind, oder bestehende Angebote nicht in Anspruch genommen werden². In Deutschland ist sehr wenig darüber bekannt, inwiefern schwangere Geflüchtete einen Zugang zu Versorgungsangeboten haben³. Die bisherige Evidenzgrundlage weist jedoch darauf hin, dass für die Gewährleistung einer gesunden Schwangerschaft noch großer Handlungsbedarf besteht.

Barrieren in der Versorgung

Auch in Deutschland haben schwangere Geflüchtete mit mehreren Barrieren im Zugang zu einer adäquaten und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zu kämpfen. Ein wichtiger Faktor sind zum Beispiel Verständnisschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren⁴. Obwohl die Erstattung von Dolmetscherkosten nach §6

des AsylBLG möglich ist, werden professionelle Dolmetscher aus organisatorischen Gründen in der Praxis nur selten eingesetzt. Eine erschwerte Kommunikation und Weitergabe von wichtigen Informationen zwischen Versorger*in und Frau kann zu erheblichen negativen Erfahrungen in der Versorgung führen⁵.

Aus der SALOMO-Studie in Baden-Württemberg¹ geht außerdem hervor, dass schwangere Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen oft nicht bewusst ist, welche Angebote zur Verfügung stehen und auf welche Leistungen Anspruch besteht. Da es in den Einrichtungen keine aufsuchende Versorgung gibt, treten einige Schwangere deshalb erst kurz vor der Geburt in Kontakt mit dem Gesundheitssystem. Von einer bedarfsgerechten Versorgung gemäß EU-Richtlinie kann also nicht die Rede sein.

Eine weitere Barriere stellen Zuzahlungen dar, die schwangere Frauen für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente und nicht-medizinischen Bedarf (zum Beispiel Vitamine, Salben, besondere Nahrungsmittel) entrichten müssen. Geflüchtete Personen dürfen je nach Status nicht arbeiten und sind deshalb auf die finanzielle Unterstützung des Staates angewiesen. In Erstaufnahmeeinrichtungen ist dieses „Taschengeld“ gedrosselt, da Nahrung, Kleider und Lebensunterhaltungskosten zentral gestellt werden. Das Angebot an Nahrungsmitteln ist jedoch für schwangere Frauen meist nicht angemessen und finanzielle Leistungen genügen für eine zusätzliche Verpflegung häufig nicht¹.

In der Versorgung von Schwangeren in Erstaufnahmeeinrichtungen

kommt Hebammen durch ihre Präsenz vor Ort eine besondere Bedeutung zu. Asylsuchende bewerten das Verhältnis als positiv: die Hebammen können auf die Lebenslage der Frauen eingehen und eine ganzheitliche Versorgung anbieten. Durch die Einbettung der Hebammen in das Umfeld der Frauen kann sich eine persönliche und vertrauliche Beziehung aufbauen. Eine Kontinuität der Versorgung durch dieselbe Hebamme kann jedoch nicht immer gewährleistet werden, da die Hebammen per Rotationsprinzip arbeiten. Die Schwangeren beklagen außerdem die geografische Unerreichbarkeit von weiterversorgenden Gynäkolog*innen⁶.

Höheres Risiko für Fehlgeburten

Asylsuchende bleiben während des Asylprozesses nicht in der Erstaufnahmeeinrichtung, sondern werden oft verlegt. Da es für Asylsuchende kein einheitliches medizinisches Dokumentationssystem gibt, können auch Informationen rund um die Schwangerschaft nur mündlich per Telefon oder schriftlich per Patientenbrief weitergegeben werden. Eine landesweite Befragung der Gesundheitsämter im Jahr 2015 ergab, dass Informationen von Bedarfen bei Schwangeren und Wöchnerinnen nur in 12 Prozent der Fälle „immer“ oder „meistens“ aus den Erstaufnahmeeinrichtungen weitergegeben wurden. 76,3 Prozent der Ämter berichteten außerdem, dass bei Schwangerschaft keine besonderen Verfahren zur Identifikation von Versorgungsbedarfen bei Verlegung in Gemeinschaftsunterkünfte vorliegen⁷. Es bleibt also unklar, inwiefern die EU-Richtlinie zur Identifikation besonderen Schutzbedarfes auf regionaler Ebene umgesetzt wird.

Diese Versorgungslücken haben Konsequenzen für Mutter und Kind. Nebst mehreren internationalen Studien, die bei Geflüchteten schlechtere Geburtsergebnisse vorweisen⁸, liegt nun auch Evidenz aus Deutschland vor. Als Teil des BMBF-geförderten Forschungsprojektes RESPOND des Universitätsklinikums Heidelberg (www.respond-study.org) wurden erstmalig Daten zu Schwangerschaftsergebnissen von Asylsuchenden ausgewertet, die 2010 bis 2016 im Städtischen Klinikum Karlsruhe entbunden haben. Im Vergleich zur Regelbevölkerung kamen Risikoschwangerschaften bei Geflüchteten Frauen seltener vor, diese wiesen aber dennoch ein höheres Risiko für Fehl- und Totgeburten sowie für nachgeburtliche Komplikationen auf⁹.

Eine weitere Herausforderung in der medizinischen Versorgung schwangerer Geflüchteter stellt eine hohe psychosoziale Belastung dar¹⁰. Aufgrund ihrer Erfahrungen vor, während und nach der Flucht sind geflüchtete Menschen einem erhöhten Risiko für seelische und psychische Krankheiten, wie Depression, Angstzuständen, Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Suchtmittelmissbrauch ausgesetzt. Die prekäre Situation in den Gemeinschaftsunterkünften und der unsichere Ausgang des Asylverfahrens stellen zusätzliche psychosoziale Stressfaktoren dar. Das hat Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes: schwangere Frauen mit psychischer Belastung gebären im Vergleich zu gesunden Müttern kleinere Kinder, welche bei formellen medizinischen Bewertungen zu Atem, Herz, Muskeltonus und Reflexen schlechter abschneiden¹¹.



Schwangeren Asylsuchenden ist oft nicht bewusst, welche Angebote zur Verfügung stehen.

Durch die besondere Situation von schwangeren, geflüchteten Frauen – ihrer Unterkunft in Erstaufnahmeeinrichtungen, speziellen Barrieren im Zugang zur Versorgung und zusätzliche psychische Stressfaktoren – sind besondere Versorgungskonzepte gefragt. Nur so können gemäß der EU-Richtlinie auf die Bedarfe der Frauen eingegangen und die Gesundheit von Mutter und Kind gewährleistet werden.

Mögliche Lösungsansätze

Es gibt in Deutschland mehrere Initiativen, die sich mit der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung schwangerer Geflüchteter befassen. Aktuell gibt es jedoch wenige wissenschaftliche Erkenntnisse, ob diese Projekte auch eine nachhaltige, positive Wirkung mit sich ziehen.

Eine weitverbreitete Maßnahme in einigen Bundesländern ist die Einrichtung sogenannter „Schutzhäuser“ für vulnerable Gruppen, etwa schwangerer Frauen, alleinerziehender Mütter

und Menschen mit schwerer psychischer Belastung. Die Idee dahinter ist, dass die Häuser eine bessere Privatsphäre gewährleisten können und sich ein spezialisiertes medizinisches Team vor Ort besser um die Bedarfe der Bewohner*innen kümmert. Es wurde bisher jedoch noch nicht systematisch geprüft, ob solche Häuser einen positiven Effekt auf die physische und psychische Gesundheit von Mutter und Kind haben, und ob sich zum Beispiel die Geburtsergebnisse der Frauen aus Schutzhäusern von denen in anderen Unterbringungsformen unterscheiden. Mögliche unbeabsichtigte negative Konsequenzen könnten sich zum Beispiel aus der Entfernung der schwangeren Frauen von dem gewohnten sozialen Umfeld und der Nähe von sehr unterschiedlichen vulnerablen Gruppen ergeben. Außerdem sind diese Häuser meist klein; die Kriterien für den Transfer in ein solches Haus sind nicht klar und ziehen mögliche Probleme der Ungleichbehandlung zwischen Schwangeren mit sich.

„Transferstopps“ ermöglichen kontinuierliche Versorgung

Eine weitere Intervention auf Systemebene stellen sogenannte „Transferstopps“ dar, die den Transfer einer schwangeren Frau in eine andere Unterkunft verhindern soll, insbesondere um in der fortgeschrittenen Schwangerschaft negative gesundheitliche Auswirkungen zu vermeiden¹². Dadurch kann die Kontinuität der Schwangerschaftsversorgung bis nach der Entbindung gewährleistet werden. Die Frau ist außerdem in ihrem gewohnten Umfeld und muss sich vor der Geburt nicht in einem neuen System einleben und neue soziale Kontakte knüpfen. Doch auch der Transferstopp ist ein zweischneidiges Schwert: manche Frauen wünschen sich sehnlichst, noch vor der Geburt aus den Aufnahmeeinrichtungen in eine Unterkunft mit eigenen Kochmöglichkeiten und besserer Privatsphäre zu gelangen. Der Transferprozess sollte also immer in Abstimmung mit den Wünschen der betroffenen Frau geregelt werden.

Zur Verbesserung der Versorgungskontinuität gibt es auch andere Ansätze: das Projekt PriCare (www.pri-care) entwickelt eine medizinische Dokumentationssoftware, mit der die Ambulanzen in den Erstaufnahmeeinrichtungen bundesweit den Versorgungsablauf dokumentieren und verwalten können. Somit sollen langfristig Informationen an Versorger*innen in den Regionen weitergegeben werden. Informationen zu medizinischen Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft könnten somit von weiterversorgenden Ärzt*innen angefordert werden.

In der Identifikation von medizinischem Bedarf gibt es auch innovative Lösungsansätze. Ein Projekt der Erstaufnahmeeinrichtung in Heidelberg untersucht, ob schon während des ersten Kontakts mit den Hebammen eine mögliche psychische Belastung erkannt werden kann. Durch Einsatz eines standardisierten Fragebogens vor der Sprechstunde können Auffälligkeiten während der Sprechstunde angesprochen und betroffene Frauen bei Bedarf an psychologisches Fachpersonal vermittelt werden. Die Studie wird von der Universität Heidelberg geleitet und ausgewertet. Weiterhin erscheint eine horizontale Einbettung von schwangeren Geflüchteten in bestehende aufsuchende Maßnahmen, wie zum Beispiel der Frühen Hilfen, sinnvoll. Somit ließen sich geografische Barrieren, aber auch fehlendes Wissen über Versorgungsmöglichkeiten überwinden. Auch hier müsste zunächst geprüft werden, inwiefern der aufsuchende Charakter einer solchen Intervention für Geflüchtete eine (Kosten-)Effektivität aufweist und für die Frauen und

ihre Familien akzeptabel ist. Es gibt also weiterhin Handlungsbedarf in Forschung und Praxis um die Barrieren einer bedarfsgerechten Versorgung für schwangere Geflüchtete zu überwinden und der EU-Richtlinie zum Schutz vulnerabler Gruppen gerecht zu werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Forschern, Zivilgesellschaft und Politik ist dabei unabdingbar, damit gewonnene Erkenntnisse auch in der Realität umgesetzt werden können.

Wenn Sie Interesse an zukünftigen Ergebnissen unserer Studien haben, folgen Sie uns auf Twitter (@respond_study) oder melden Sie sich unter www.respond-study.org/kontakt für unseren Newsletter an. <<

1 Gewalt, S. C., Berger, S., Ziegler, S., Szecsenyi, J., Bozorgmehr K. (2018): Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. *PloS one*. 2018 Dec;13(12).

2 Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., Phillimore, J. (2015): Public health aspects of migrant health : a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. WHO, Copenhagen.

3 pro familia Bundesverband (2018): Medizinische und psychosoziale Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen – Eine Bestandsaufnahme. Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen, Frankfurt.

4 Ernst, C., Wattenberg, I., Hornberg, C. (2017): Gynäkologische und geburtshilfliche Versorgungssituation und -bedarfe von gewaltbetroffenen Schwangeren und Müttern mit Flüchtlingsgeschichte. *IZGON-Zeit*. Onlinezeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Geschlechterforschung (IZG). 2017 Jul;48–60.

5 Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., et al. (2014): Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014 Dec;14(1), 152.

6 Rottenburg, E. & Bozorgmehr, K. (2017): Trust in uncertainty: a qualitative study exploring the maternity care provision to asylum-seeking women in the southwest of Germany. (zur Veröffentlichung eingereicht).

7 Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaiss, H.M., Razum, O. (2016): Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2016 May 1;59(5):545–55.

8 Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., Rankin, J. (2018): Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC medicine*. 2018 Apr;16(1), 89.

9 Bozorgmehr, K., Biddle, L., Preussler, S., Mueller, A., Szecsenyi, J. (2018): Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: a cross-sectional study in a German federal state, 2010 - 2016. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018 Dec;18(1):417.

10 Sönmez, E., Jesuthasan, J., Abels, I., Nassar, R., Kurmeyer, C., Schouler-Ocak, M. (2017): Study on female refugees – A representative research study on refugee women in Germany. *European Psychiatry*. 2017 Apr;41:251.

11 Goedhart, G., Snijders, A.C., Hesselink A.E., van Poppel, M.N., Bonsel, G.J., Vrijkotte, T.G. (2010): Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosomatic Medicine*. 2010; 72(8), 769–776.

12 Feldman, R. (2013): When maternity doesn't matter: dispersing pregnant women seeking asylum. *Reprod Health Matters*. 2013;21(42):212–217.



Louise Biddle (M.Sc) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Heidelberg

und Projektkoordinatorin für das Forschungsvorhaben RESPOND.



Dr. med. Kayvan Bozorgmehr (M.Sc.) ist Leiter der AG Soziale Determinanten, Equity und

Migration am Universitätsklinikum Heidelberg.