Versorgung geflüchteter Frauen

Dr. Helmut Jäger

www.medizinisches-coaching.net

01.05.2018

Inhalt

- Kommunikation in der Geburtshilfe
- Genitale Verletzungen
- Infektionen

Bild: Schneider, portraits-aus-hamburg.de

Einführung

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verlaufen bei allen Menschen nach gleichen Prinzipien. Gesundheitsprobleme sind daher bei allen Menschen gleich gut beherrschbar.

Die Wahrnehmung kultureller Unterschiede ist wichtig. Aber noch bedeutsamer sind ein empathischer Erstkontakt und ein non-verbaler Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.

Die Fähigkeit zu einer ruhigen, warmen, offenherzigen Kommunikation ist mit Migrantinnen auch ohne Sprachkenntnisse möglich. Sprache ist zwar für menschliche Begegnungen nützlich. Aber sie ist nicht unbedingt erforderlich, und (im Gegensatz zu eindeutiger emotionaler Körpersprache und Mimik) auch eine Quelle von Missverständnissen.

Bild: Schneider, portraits-aus-hamburg.de

Kommunikation mit Frauen anderer Kulturen

Kommunikation ohne gemeinsame Sprache kann herausfordernd sein:

- in Notsituationen (bei einer großen Dramatik der Darstellung von Beschwerden) die zugrundeliegenden Ursachen nicht sofort erkennbar sind,
- Körper und Psyche gleichermaßen betroffen sein können, aber die Zusammenhänge völlig unüberschaubar sind: etwa bei Hyperemesis, vorzeitigen Wehen oder Zervix-Dystokie oder Wochenbett-Depression,
- über Sexualität geredet werden müsste, wie u.a. vor Korrektureingriffen nach genitaler Verstümmelung (Female Genitale Mutilation / FGM), dies aber mit einem männlichen Übersetzer nicht möglich ist,
- etwas sehr deutlich gefordert wird, was nicht erfüllt werden kann oder was den eigenen Vorstellungen, Grundsätzen, Vorgaben und Wünschen widerspricht.

Beispiele: Schwangerschafts-Betreuung und Geburtshilfe

„Plötzliche Panikattacke“

Eine laut schreiende und sich windende Frau wird von Sanitätern aus Flüchtlingsunterkunft in die Klinik eingeliefert. Sie steht offenbar unter der Geburt. Schriftliche Befunde von Voruntersuchungen fehlen. Eine Untersuchung gelingt nicht, weil sie dagegen ankämpft. Die fetale Herzfrequenz scheint schlecht zu sein. Der Muttermund ist nicht vollständig eröffnet. Offenbar besteht ein Zustand nach Sectio. Im Lager seien zwei Kinder von ihr zurückgeblieben. Eine Anamnese oder Aufklärung ist ohne Dolmetscherin nicht möglich. Der Ehemann steht scheinbar unbeteiligt dabei und sagt nichts. Das gesamte Team bemüht sich um eine vernünftige Kooperation und scheitert. Schließlich kommt es aus kindlicher Indikation zur Sectio in Intubation. Auch im OP ist die Kooperation mit der Patientin schwierig, so dass eine Spinalanästhesie nicht möglich ist. Nach Abklingen der Narkose nimmt die Mutter ihr Kind nicht zum Bonding an. Sie atmet immer wieder periodisch schnell. Acht Stunden nach der OP kommt es bei ihr in einer Hyperventilation zu einer Erstickungsattacke. Sie wird als Panikstörung erkannt und die Frau kann allein durch liebevolle Betreuung (ohne Medikamente) rasch beruhigt werden.

Was das Team nicht wusste, die Frau mir aber später bei einem privaten Besuch im Lager mit einem Übersetzer erzählte: Sie ist hoch gebildet und lebte ruhig und gut etabliert, bis ihr geliebter Ehemann vor ihren Augen erschossen wurde. Daraufhin floh sie völlig planlos mit ihren Kindern und erlebte auf der Flucht heftige körperliche und psychische Gewalt. Der Mann, mit dem sie es dann hierher geschafft hatte, war der Vater ihres Neugeborenen, dem sie dankbar war, weil er sie nicht schlug. Sein Kind wollte sie aber nicht. Was bei der Geburt geschah, empfand sie später als „neben sich stehend“, als eine unkontrollierbare Verzweiflungsattacke, in der alle und insbesondere genitale Gewalterfahrungen, die sie erlebt hatte, über sie einstürzten und sie handlungsunfähig machten. Um das Neugeborene kümmert sie sich so liebevoll wie um ihre anderen Kinder. Es wird nicht gestillt.

„Magenproblem“

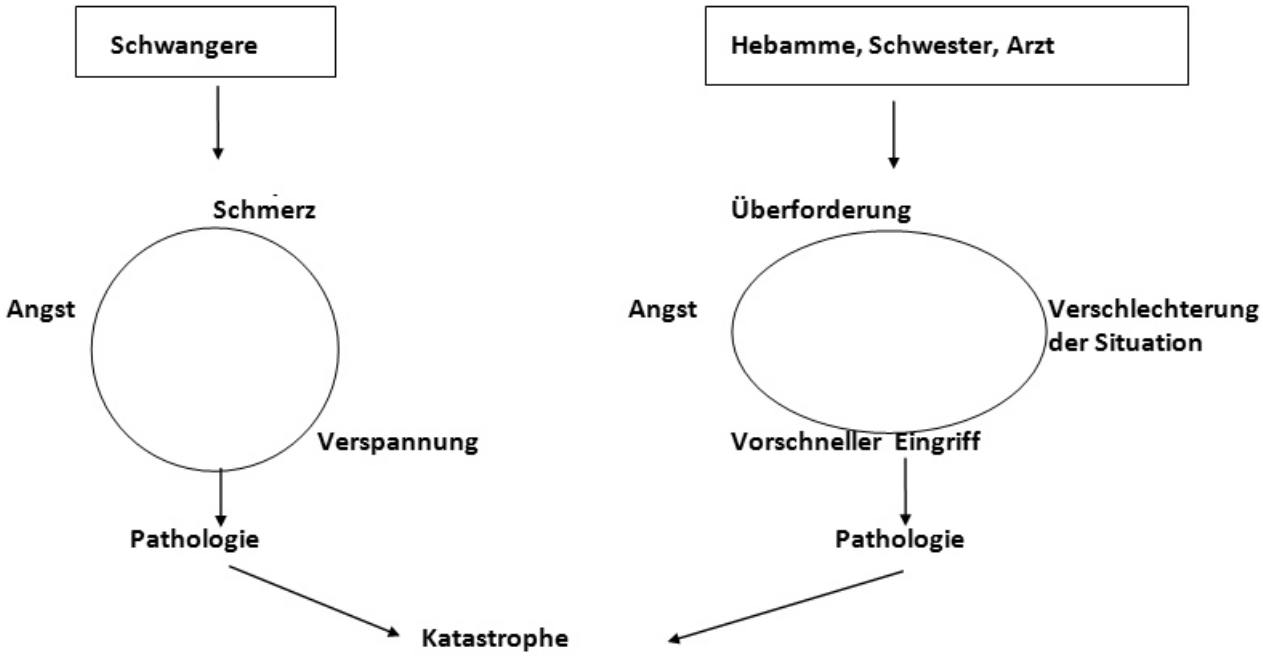
Eine junge, sehr schlanke (abgemagert erscheinende), frühschwangere Frau aus Ostafrika wird vom Notarzt wegen starkem Erbrechen und Oberbauchbeschwerden eingeliefert. Unter Infusionstherapie erholt sie sich rasch. Sie bleibt sehr zurückgezogen, spricht keine andere als ihre lokale Sprache und kommuniziert auch mit den männlichen Dolmetschern nicht viel. Nach FGM ist ihre Urethra von einer Narbenspange bedeckt, die Vaginalöffnung ist etwa einen bis zwei Zentimeter groß. Der Ehepartner bemüht sich nicht um die Kommunikation mit dem Team und scheint auch mit ihr nicht viel zu besprechen zu haben. Die Patientin wird langsam belastet (zunehmend normales Essen, kleine Spaziergänge), kann aber nicht entlassen werden, weil sie immer wieder kurz vor der Fahrt ins Flüchtlingsheim einen Rückfall erleidet.

Als sie dann doch entlassen werden muss, wird sie am gleichen Abend von den Rettungskräften wieder mit heftiger Hyperemesis zurückgebracht. Diese Drehtür-Ereignisse wiederholen sich noch zweimal. Sie scheint sich jedes Mal in der stationären Umgebung wohl zu fühlen, öffnet sich aber nicht. Sie ist freundlich, still und zurückhaltend. Die offensichtlichen psychosomatischen Zusammenhänge bleiben während des ganzen Prozesses völlig unklar. Sie vermittelt nur, dass sie schon vor der Flucht immer „Magenprobleme“ gehabt habe. Die FGM sei mit 13 Jahren von der Großmutter durchgeführt worden. Nach der endgültigen Entlassung kommt sie im letzten Drittel der Schwangerschaft in Begleitung ihres Mannes und weiterhin sehr dünn, zur Korrektur des Scheidenausganges. Das Kind wird spontan geboren und gestillt. Und auch dann erzählt sie nichts von sich und ihrer Geschichte. Ihr weiteres Schicksal ist nicht bekannt.

„ Not-Sektio“

Eine schwangere Frau aus Somalia wird wegen vorzeitiger Wehen stationär aufgenommen und erhält eine Lungenreifungsprophylaxe. Es ist die vierte Schwangerschaft. Ihren jetzigen Mann, der ebenfalls aus Somalia stammt, hat sie hier kennengelernt. Er spricht nach drei Jahren sehr gut Deutsch und hat einen Job. Sie spricht nur ihre Heimatsprache und Arabisch. Ihre ersten drei Kinder wurden vaginal geboren trotz FGM im Mädchenalter. Die Kommunikation über den Ehemann als Dolmetscher ist sehr gut möglich. Sie fühlt sich stationär wohl und ist bald beschwerdefrei, so dass ihre Entlassung geplant wird. Sie freut sich auf ihre Kinder. Die Abholung durch den Ehemann verzögert sich aber, so dass sie mittags immer noch im Krankenhaus ist. Völlig unerwartet kommt sie plötzlich in den Kreißsaal. Sehr aufgeregt und offenbar unter Angst, was sonst nicht der Fall war. Sie will eine Kontrolle des Kindes und zeigt durch Gesten, dass sie sich plötzlich große Sorgen macht. Die fetale Herzfrequenz ist tatsächlich hochpathologisch, ohne Wehen und ganz anders als bei den Kontrollen zuvor, so dass schließlich eine Not-Sektio erforderlich wird. Ursache war vermutlich eine Insuffizienz der sehr kleinen Plazenta. Nach der Sectio erzählt sie über ihren Ehemann, sie habe plötzlich das Gefühl gehabt, ihr Kind werde sterben und sei jetzt so froh, dass es lebe. Bei dem abschließenden Entlassungsgespräch (ebenfalls mit Ehemann) wird die Möglichkeit einer Korrektur ihrer Vernarbungen im Bereich der Klitoris besprochen. Sie will das aber nicht. Ihr Mann und sie sind sich jedoch einig, dass sie ihren drei älteren Mädchen und auch

dem Baby eine Verstümmelung des Genitale ersparen wollen. Der Ehemann betont, er werde seine Mädchen schützen, wenn ältere Frauen aus der Verwandtschaft so etwas vorhaben könnten.



Beispiele: FGM-Beratung

29 jährige schwangere Frau aus der Elfenbeinküste
Sie wird von der Frauenärztin in der Nähe der Aufnahmeeinrichtung von Örbke eingewiesen, weil „es sich wohl um ein FGM-Problem handele". Sie lebt seit einem Monat in Örbke und hatte die Ärztin wegen „Unterleibs-Schmerzen" aufgesucht. Die Kommunikation mit ihr kann ohne Dolmetscher in Französisch erfolgen. Nach Vertrauens-Aufbau schildert sie, dass sie Schmerzen beim Sex empfinde. Sie habe hier einen Partner kennengelernt, den sie vielleicht wieder verlieren wird, weil der Sex mit ihr keinen Spaß mache. Ihre eigentliche Angst sei es aber nicht schwanger werden zu können, „weil das Sperma nicht nach innen komme und wieder herauslaufe". Befund: FGM 2. Grades. Die Klitorisspitze ist unter Narbenplatte verborgen, die Urethra durch Vernarbungen zur Seite verzogen. Der Introitus ist sehr straff, narbig und nur für 1,5 cm durchgängig. Der Befund wird ihr anhand von Zeichnungen ausführlich erklärt. Dabei stellt sich heraus, dass sie weder lesen noch schreiben kann und keine Schule besucht hat. D.h. anatomische Vorstellungen ihres Beckens hat sie nicht. Sie versteht aber dass in ihrem Fall durch eine plastische Rekonstruktion, z.B. im Desert Flower Center in Berlin, eine gute Chance bestünde befriedigendere Sexualität zu erfahren. Ihre Behandlungsziele formuliert sie jetzt als: „Kein Schmerz beim Sex, Partnerbindung durch Spaß am Sex, schwanger werden und normale Geburt erleben". Ihr werden dann Kontaktadressen des Netzwerkes gegeben, die ggf. für das weitere organisatorische Vorgehen unterstützen können. Dann beginnt sie zu weinen und schildert ihr Trauma: mit 23 Jahren hätten die Mutter, der Stiefvater und eine unbekannte alte Frau sie nachts als sie schlief überfallen und mit Stahlseilen das Bett gefesselt. Die Vernarbungen der Schnürstellen an beiden Handgelenken und ein Verletzung an der linken Brust in Folge der Bedrohung mit Messer sind, wie sie demonstriert, bis heute sichtbar. Nach der Ankettung erfolgte die Verstümmelung, durch „alle drei". Sie war bis dahin verschont geblieben, sollte aber offenbar durch ihre Eltern an einen alten Mann verheiratet werden, dessen Familie eine FGM einforderte. Seither auf der Flucht. Ein Familienkontakt bestünde nicht mehr. Sie erhält einen Arztbrief an Ihre Frauenärztin, die alles weitere veranlassen soll und verabschiedet sich.
Um 23:00 des gleichen Tages wird wieder eine (24 jährige) Frau aus der Elfenbeinküste mit einem Rettungswagen gebracht. Sie leide unter starken Bauchschmerzen und wird zunächst einem Chirurgen vorgestellt. Der findet keinen Hinweis für eine Blindarmentzündung sie zum gynäkologischen Assistenzarzt. Der ruft wegen des Befundes, den er bei der vaginalen Untersuchung sieht, seinen Hintergrund (mich). Bei der Anamnese in Französisch schildert sie, dass sie immer wieder unter Unterbauchbeschwerden leide. Sie habe sich abends mit der anderen Frau aus der Elfenbeinkiste ausgetauscht, und die habe sie ermutigt, doch mal ins Krankenhaus zu gehen, da dort nette Ärzte seien. Auch sie litt unter Schmerzen beim Sex bei FGM 2. Grades etwa im Alter von 3-4 Jahren. Die Klitorisregion war vernarbt, der Introitus etwa 2 cm offen. Ihr Fluchtgrund sei ebenfalls eine Zwangsverheiratung gewesen. Alte Frauen der Familie des künftigen Ehemanns hätten sie untersucht und befunden, dass die erste FGM nicht ordentlich durchgeführt worden

sei, und hätten eine Re-Verstümmelung gefordert. Die sei aber nicht erfolgt, weil sie weglief. Unterwegs auf der Flucht habe sie dann Sex gehabt, nie mit Spaß und oft gewaltsam: die Ursache der chronischen Eileiterentzündung, die neben der Beratung dann auch behandelt wurde.

42 jährige fünftgebärende Frau aus Äthiopien
Nach einer normalen Geburt bei Z.n. FGM Grad 3 mit starken Vernarbungen (Eröffnung vor dem ersten Sex und anschließend vier Spontangeburten). Sie spricht nur ihre Heimatsprache. Der Vater des letzten Kindes ist ein Somalier, der hier Aufenthaltsstatus genießt und arbeitet. Das Ehepaar versorgt 3 liebenswerte Mädchen und das jetzt neugeborene Mädchen. Bei dem Beratungsgespräch ihr und mit Ehemann bei Entlassung sagt sie, dass sie verstehe was eine Klitoris-Rekonstruktion sei, aber das wolle sie nicht, ggf. aber später eine Sterilisation. Beide lehnen eine FGM bei Ihren Töchtern vehement ab und er versichert „Wenn die alten Frauen bei uns zu Besuch kommen, werde ich meine Kinder schützen!“

28 jährige Frau aus Äthiopien unter der Geburt
Sie wird nachts mit einem Rettungswagen gebracht, weil sie unter der Geburt ist. Papiere wie Mutterpass besitzt sie nicht. Sie spricht keine Fremdsprache und Dolmetscher sind nicht erreichbar. Ihr Ehemann radebrecht in Englisch. Die Hebamme versucht die Frau zu untersuchen, die überkreuzt aber die Beine. Nach geduldigen Zureden willigt sie doch in die Untersuchung ein und darf auch einen Arzt (mich) dazu holen. Befund: das Kind lebt, der Kopf befindet sich im Becken und wird nur durch Vernarbungen nach FGN 2-3 Grades zurückgehalten. Es kann so nicht geboren werden. Die Frau macht panische Abwehr-Zeichen, die vielleicht signalisieren sollen: „Keine Vagina-Eröffnung“. Der Mann dagegen macht abwechselnd Zeichen die Messer oder Schere symbolisieren sollen. Er zeigt nach unten in die Afterregion („Nicht nach oben!“). Der Mann wird gebeten, sich in den Hintergrund zu setzen. Beim nächsten Pressen erfolgt die scharfe Eröffnung der Narbenspange nach oben unter Befreiung der Urethra-öffnung. Am Damm entsteht durch die Geburt nur ein oberflächlicher Riss. Als die a-traumatische Naht vorbreitet wird, fragt der Mann, ob seine Frau jetzt auch wieder zugenäht werde. Das entschiedene „Nein!“ scheint die Frau, die ihr Kind (ein Mädchen) kuschelt, zu beruhigen. Jedenfalls lächelt sie. Am nächsten Morgen lassen sich beide gegen ärztlichen Rat ins Aufnahmelager zurückbringen.

24 jährige Frau aus Somalia in der 22. Schwangerschaftswoche
Sie stellt sich zu einem von ihrer Hebamme vereinbarten Beratungstermin wegen FGM und Geburtsplanung vor. Eine Dolmetscherin des Krankenhauses für Arabisch ist anwesend, ferner der Ehemann und zwei älteren Begleiterinnen. Der Grund ihres Besuches ist: Sie wolle normal ohne Kaiserschnitt gebären. Zunächst erfolgen eine Aufklärung zu einer Untersuchung und das Einverständnis. Befund: FGM II-III, 2 cm, sehr straff, Urethra bedeckt, starke Vernarbungen und Verziehungen. Sie wird beraten, dass so eine vaginale Geburt risikoreich sei, und es wird vorgeschlagen den Introitus durch eine De-Infundibulation zu eröffnen und die groben Narbenplatten zu beseitigen. Alle Beteiligten stimmen zu und es wird ein Termin vereinbart. Die Hebamme erwirkt wenig später die Zustimmung des Sozialamtes. Der niedergelassene Frauenarzt, der die Einweisung hätte veranlassen müssen, lehnt gegen der Hebamme ab. Der Eingriff sei teuer und überflüssig. Man könne genauso gut eine „großzügige Episiotomie schneiden, ggf. beidseits“ Er vereinbart dazu einen Termin in einer anderen Geburts-Klinik. Dort Spontanpartus kommt es zu einem mit (nach Angaben der Hebamme) „sehr ausgedehnter medio-lateraler Episiotomie, die mit Einzelknopfnähte versorgt wurde“. Die Narbenplatte über der Urethra war erhalten geblieben. Als die Hebamme darüber mit der Frau kommunizierte, teilten ihr die beiden älteren Frauen im Haushalt mit, dass sie nicht mehr gebraucht werde.

24 jährige Gravida 1, 22 J. aus Gambia in der 16. Schwangerschaftswoche
Stationäre Aufnahme wegen Schwangerschaftserbrechen, das sich immer wieder verschlimmert wenn ihr Mann aus Sierra Leone sie besucht. Während er fordernd, ungeduldig und latent aggressiv wirkt, ist sie ausgesprochen unzugänglich, still, wortkarg. In ihrem Mutterpass, in dem 3 Ultraschalluntersuchungen dokumentiert sind, steht „keine Besonderheiten“. Bei einem sehr vorsichtigen Versuch Kontakt aufzubauen öffnet sie sich zunächst nur wenig. Dann äußert sie, dass sie Angst vor einem Kaiserschnitt habe. Sie ist mit einer vaginalen Untersuchung einverstanden, bei der sich dann eine FGM vermutlich vor Sex 3. Grades zeigt, wobei die Urethra unter eine Narbenspange verborgen liegt. Der Introitus ist nur etwa für 2 cm offen. Die wird beraten, dass es günstig sei vor Geburt die Narbenspangen zu entfernen (De-Infundibulation) und es wird ein acht Wochen vor der Geburt vereinbart. Tatsächlich hält sie diesen Termin ein. Der Eingriff wird komplikationslos durchgeführt, und später entbindet sie spontan und ohne Verletzungen. Bei Geburt war ihr Mann nicht anwesend, nähere Informationen zu Ihrem Schicksal oder ihrer aktuellen Situation gab sie aber nicht preis. Aber sie willigte ein, in der Aufnahmeeinrichtung von einer Hebamme betreut zu werden.

Wie kann unter Belastung ohne Sprache effektiv kommuniziert werden?

Selbst wenn eine sprachliche Verständigung ausgeschlossen scheint, kann erstaunlicherweise dennoch in jedem Fall menschlicher Begegnung effektiv kommuniziert werden. Denn weit über neunzig Prozent des Informationsaustausches jeder direkten Kommunikation wird nonverbal vermittelt: unter anderem durch Körperhaltung, Gestik, Mimik, kommunizierende Hände, Berührung und schließlich auch die Melodie, den Rhythmus und den Tonfall der Sprache

Bilder: Irenäus Eibl-Eibesfeld (www.orn.mpg.de/Eibl-Eibesfeldt)

Voraussetzung ist es, bei jeder Kommunikation, zunächst Stressreaktionen zu dämpfen und Angst-Gefühle zu beruhigen. Alle Patientinnen sehnen sich danach, geborgen zu sein und vertrauen zu dürfen. Sie ersehen durch eine empathische Beziehung bestärkt zu werden. Diese Sehnsucht können die Frauen aller Kulturen ohne Sprachkenntnisse klar, deutlich und unmissverständlich ausdrücken. Sie können auch signalisieren, dass sie sich in einer Beziehung angenommen und gut aufgehoben fühlen.

Menschen kommunizieren anders als Radio-Anlagen von Sendern und Empfängern. Alle Nervenzellen der beteiligten Gehirne sind immer gleichzeitig aktiv. Es gibt keinen Gehirnteil, der etwas alleine tun könnte (Buzsáki 2006). Die Nerventätigkeit ist wiederum Teil eines Bewegungssystems, das heißt der menschliche Geist ist verkörpert (Tschacher 2015). Deshalb wird das, was in einer anderen Person vorgeht, gespiegelt und kann so unmittelbar verstanden werden (Storch 2010).

Um möglichst viel durch Mimik, Gestik, Körperhaltung und Sprachmelodie vom anderen zu erfahren, ist es nötig, wach, aufmerksam, unvoreingenommen, wohlwollend und empathisch zu beobachten. Macht die Person den Eindruck von Ohnmacht, Erschöpfung oder gar Zusammenbruch, nützen weder Sachinformationen noch Appelle oder gute Ratschläge. Stattdessen ist es vorrangig, Grundbedürfnisse zu erfüllen und insbesondere Sicherheit zu bieten! Es muss Vertrauen entstehen, dass die Situation gut wird (Porges 2014).

Um ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln, ist neben Mimik, Köperhaltung und Berührung auch die Melodie der Stimme wichtig, also die Intonation menschlicher Sprache, ohne jede Wortbedeutung (Borg 1989).

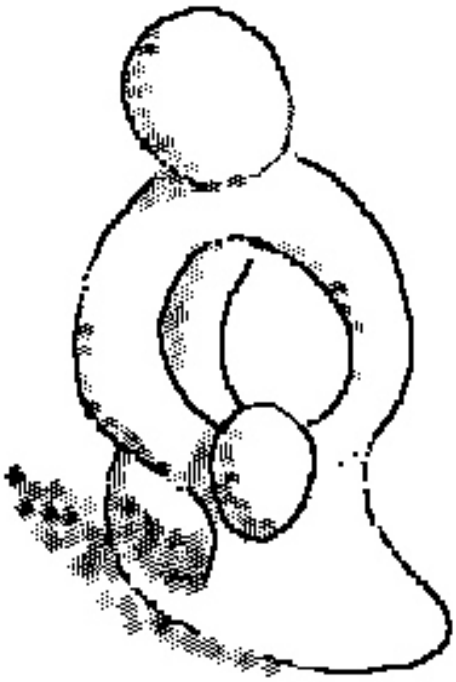
Auch bei Stress im Sinne einer Stammhirnreaktion, die den Körper im Notfall auf Aggressions- oder Fluchtverhalten einstellt, ist es wichtig, für Sicherheit, Grundbedarfsbefriedigung und Ruhe zu sorgen: indem vermittelt wird, dass jetzt keine Gefahr besteht (Jäger 2014). Dazu muss vor allem die eigene Stressreaktion beruhigt werden, indem die Aggressionsreaktionen des Gegenübers angenommen werden, ohne sofort Aggression zurück zu spiegeln. Stattdessen kann Interesse signalisiert werden, verstehen zu wollen, warum jemand im Stress ist. Welche Bedürfnisse waren oder sind ihm wichtig, und wie wurden sie gefährdet? Ist es möglich, durch Gesten zu sprechen? Kann etwas erzählt werden? Kann sich der Tunnelblick weiten? Können Gefühle wachgerufen werden?

Auf Stress mit Stress zu antworten, würde noch mehr Stress erzeugen. Auch widersprechen, „Gegen-an-gehen“ oder mit Logik, Rationalität und Fakten argumentieren, wäre bei Gestressten nicht sinnvoll.

Erst muss sich die Stressreaktion lösen können (Porges 2014 und 2006). Ist dann das Gegenüber in der Lage, Gefühle zu empfinden und zu zeigen, kann nonverbale, gefühlvolle Kommunikation beginnen. (Damasio 2010; Goleman 1996; Humphrey 2006).

In Beziehung sein

Angst ist ein besonders wichtiges Gefühl. Es vermittelt, dass Informationen wie etwa Schmerzsignale dazu zwingen, eine Handlung zu unterbrechen. Hier gilt es zu prüfen, wie die verlorene Sicherheit wiedergewonnen werden kann. Angst kann in Stress „abstürzen“, wenn keine vertraute und beruhigende Kommunikation möglich ist. Das Gefühl Angst kann aber in der Begegnung mit anderen auch umgewandelt werden in Ärger, Trauer, Überraschung oder Freude. Angst ist also im Rahmen einer gelungenen Beziehung wandelbar.



Zeichnung: Jäger 1985

Gesprächs-PartnerInnen können und sollten zunächst zeigen, dass sie das Gefühl Angst verstanden haben und dass alles getan wird, um angstauslösende Sicherheitsrisiken zu senken. Damit kann Vertrauen entstehen, dass sich die Situation gut entwickeln wird, selbst bei Belastung oder auch Schmerz unter der Geburt. Das verständnisvolle Zuhören in einer warmherzigen Situation vermindert ein Rückfallrisiko in die Stressreaktion des Stammhirns.

Die Betreuenden können auch versuchen, andere Gefühle wachzurufen, die zu aktiveren Verhaltensweisen passen: Wut, Ärger, Verzweiflung, Ekel, Trauer, Neugier oder auch Freude. Zum Beispiel kann eine schwangere Frau, die gerade Gewalt erfahren hat und jetzt ins Krankenhaus gebracht wird, aus guten Gründen Angst empfinden, weil sie fürchtet, dass ihr Kind Schaden gelitten haben könnte, dass sie im Medizinsystem erneut traumatisiert werden könnte (siehe Beispiel 1) oder dass sie gezwungen wird, Dinge von sich oder ihren Nächsten preiszugeben, die sie nicht offenbaren will. Diese Angst können Hebammen oder ÄrztInnen nonverbal lösen, indem sie das Gefühl „Angst“ durch Mimik und Körperhaltung verstehen und spiegeln. Damit besteht eine Kommunikationsbasis, aus der sich dann (in Beziehung) ein anderes Gefühl entwickeln kann: Wut auf den Angreifer, der sie geschlagen hat, oder Überraschung, dass sich jemand so nett und liebevoll ihrer annimmt und sie schützen will. Und auch die neu entstandenen Gefühle können in der Kommunikation gespiegelt und begleitet werden.

In Angst ist zu viel einflutende Information gefährlich.

Äußere Signale, Worte, Text oder innere Empfindungen (Schmerz), die nicht sinnvoll in einen persönlichen Zusammenhang eingeordnet werden können, verstärken das Angstgefühl, und erhöhen damit das Risiko, dass eine Notfallreaktion ausgelöst wird: Stress, Panik oder gar Ohnmacht.

Daher ist es wichtig zu akzeptieren, dass jemand Angst empfindet, versuchen ihn oder sie zu verstehen und als Mensch anzunehmen. Man kann zuhören, sich erzählen lassen, nachfragen und weiterfragen, ob das Gehörte auch richtig verstanden wurde. Gefühle ebben dann langsam ab und es entsteht Ruhe. Dann ist es ohne Turbulenzen im Stammhirn (Stress) und im Mittelhirn (Angst) sinnvoll, die Möglichkeiten und Ressourcen zu betrachten, die sich bieten und mitzuhelfen, die Zahl der Möglichkeiten zu vermehren (McGilchrist 2010, 2012).

Es ist, in welcher Situation auch immer, möglich das innere Notfallprogramm schlagartig zu beruhigen.

Das ist auch im Alltag des Kreißsaales extrem wichtig, beispielsweise bei dramatischen Ereignissen wie einer Schulter-Dystokie oder einer vaginaloperativen Entbindung: Wenn alle laut und hektisch werden, braucht es eine Person, die (durch ihre Präsenz und Ausstrahlung) sofort beruhigen kann: erst dann sollte es weitergehen. Das kann und sollte man üben.

Wenn es geling Panikreaktionen zu dämpfen, entsteht Platz für Gefühle (wie Angst). Darüber kann und muss dann gesprochen werden, und dafür ist immer noch Zeit, selbst bei vaginal-operativen Entbindungen. Die Frau muss erst aus dem Stress heraus, und sie wird auch noch ihre Angst verlieren, weil sie weiß, dass sie einem ruhigen kompetenten Team vertrauen kann, und „es gut wird".

Gerade unter Zeitdruck, ist es notwendig und leistbar:

- Stress nehmen und Sicherheit bieten (Nonverbal du sofort)
- Ruhe ausstrahlen (Anfassen, auf Atemrhythmus einstellen, Stammhirn beruhigen).
- Angst nehmen durch Kommunizieren, Reden und zuhören (Mittelhirn beruhigen)
- Dann erst (vorsichtig) Information einfließen lassen: Sagen was jetzt zu ist. (Großhirn einbeziehen).

Das Großhirn kann, wenn das Stammhirn wieder vernünftig arbeitet und die Emotionen im Mittelhirn nun nicht mehr zu hohe Wellen schlagen, die Welt dann sehr unterschiedlich wahrnehmen:

- Weit, indem es alles wahrnimmt und schlagartig verarbeitet, über Milliarden von Informationen in Sekunden entscheidet wie in einer Parallelrechnerfunktion.
- Eng, wie in einem Tunnel, wobei nur Einzelheiten als tote voneinander getrennte Anteile eins nach dem anderen erfassbar werden, vergleichbar mit einem langsamen Analog-Rechner.

Das bedeutet für Beratungssituationen: Wenn die Frau sorgenvoll, tunnel-fixiert erscheint, kann man den Blick auf die Gesamtsituation lenken: „Ist Ihr Kind eigentlich munter und wie bewegt es sich?"

Besonderheiten interkultureller Kommunikation

Menschen unterscheiden sich erstaunlich wenig voneinander. Sie verfügen über eine nahezu gleiche genetische Information. Auch die Art der epigenetischen Prägung, etwa durch Belastungen in der Schwangerschaft, ist weltweit gleich. Die Entwicklung des autonomen Nerven- und des Immunsystems in den ersten Lebenstagen wird in allen Kulturen durch Bonding und Stillen stark und nachhaltig geprägt, oder sie kann in ganz ähnlicher Weise vernachlässigt oder gestört werden (Jäger 2013).

Kulturelle und soziale Einflüsse wirken sich allerdings schon in der letzten Phase der Schwangerschaft aus: zum Beispiel durch die Art der beglückenden Situationen oder der Belastungen, denen die Mutter ausgesetzt ist. Negative Erfahrungen wie Trauma oder Dauerstress prägen epigenetisch besonders. Beispielsweise wirken sie auf den Cortisol-Stoffwechsel und als Folge entsteht ein erhöhtes Adipositas-Risiko.

Kulturelle Einflüsse entstehen natürlich auch durch das, was das Kind durch seine Sinne intrauterin wahrnehmen kann: Aromastoffe aus der mütterlichen Nahrung, Geräusche, Musik, Rhythmus, Sprachmelodien und vieles mehr. Kultur und soziales Umfeld wirken auch unmittelbar nach der Geburt durch die Art, wie mit dem Kind umgegangen wird. Gemeinsam und entscheidend ist jedoch für das Gedeihen der grundlegenden Körperfunktionen von Stammhirn, Immunsystem und Darm, ob das Kind bedingungslose Liebe in einer stabilen Beziehung erfährt, unabhängig davon, wie diese nun kulturell ausgestaltet ist (Porges 2014).

Kleinkinder unterscheiden sich kulturell noch sehr wenig und haben daher keinerlei Probleme, in ihren Kinderkrippen körperlich oder brabbelnd miteinander zu kommunizieren. Was uns später bei Erwachsen als kulturell so verschieden erscheint, wie Sitten, Mode oder Moral, wird Kindern erst ab dem Alter von drei bis vier Jahren beigebracht. Die kulturelle Identität ist deshalb relativ schwach gegenüber den grundlegenden Körperfunktionen, die bei Menschen gleich sind, obwohl sie bei der Konfrontation mit dem Fremden sofort ins Auge springt und deshalb Angst auslösen kann.

Was ist fremd?

Interkulturelle Begegnungen verunsichern, wenn die Handlungsweise anderer nicht mehr klar berechenbar erscheint, und die eigenen Grundwerte denen der anderen widersprechen: Fremd erscheint, „was ich (noch) nicht kenne und was daher je nach meiner Wahrnehmung Stress (Stammhirn) oder Gefühle (Mittelhirn) oder rationale Informationsverarbeitung (Großhirn) auslösen kann".

Damit Fremdheit nicht zu Angriffs- oder Fluchtverhalten führt, muss Sicherheit entstehen, damit gegenseitige Neugier, Interesse und gemeinsame Freude entstehen kann.

Mögliche Verhaltensweisen bei der Begegnung mit dem Fremden:

- Widerstand: Etwas Fremdes ablehnen, bei niedrigem Selbstwertgefühl, oder wie das Fremde sehr bedrohlich erscheint. Sich gegen das Fremde wehren, es bekämpfen oder von ihm zumindest isolieren oder sich einigeln.
- Distanz wahren: Etwas Fremdes äußerlich freundlich betrachten, aber innerlich abwehren, um sich zu schützen. Nur das Nötigste tun, ohne wirkliches Interesse an dem Fremden. Den inneren Schutzwall verstärken. Formal korrekt handeln, um Konflikte zu vermeiden.
- Objektbezug: Etwas Fremdes als Objekt des eigenen Handelns zu verstehen versuchen. Verbale und nonverbale Sprache in den Grundzügen verstehen lernen und sich um effektive Kommunikation bemühen. Das Fremde als etwas gleichberechtigt Anderes akzeptieren und wertschätzen. Sich dafür interessieren, wie sich das andere „von mir“ unterscheidet, um „das da draußen“ besser zu verstehen.
- Beziehung: Etwas Fremdes in sich wahrnehmen. Die eigenen Persönlichkeitsanteile und Verhaltensweisen in sich erkennen, die in anderen Kulturen nur stärker betont werden, und die sich auch entwickelt hätten, wenn man in der anderen Kultur aufgewachsen wäre. Das Fremde ist also nur eine Möglichkeit, wie man auch sein könnte. Und damit eine Beziehung zwischen Subjekt zu Subjekt. Und es ist möglich in einem gegenseitigen Austausch zu lernen. Es führt.

Persönliche Beziehungen zu etwas Fremden machen es vertraut. Es wird als wichtiger Aspekt des eigenen Seins angenommen. Es wird „gezähmt“, wie es der Fuchs in „Der kleine Prinz“ von Antoine de Saint-Exupéry ausdrückt.

Alle Menschen fremdeln

Angst, Abwehr oder Flucht angesichts von Fremdheit sind natürliche Reaktionen. Kleinkinder beginnen zwischen dem vierten und achten Lebensmonat zu „fremdeln“. Sie erkennen dann in anderen Menschen Gefahrenquellen und wehren sie ab.

Die Mittelhirnfunktionen als Basis der Gefühle entwickeln sich erst langsam in der Mutter-Kind-Beziehung. Sie müssen erlernt werden. Dazu werden Nervenfunktionen unter Oxytocin-Einfluss gebahnt und langsam myelinisiert. Bis das Kind das Gefühle empfinden und zeigen kann, dauert es noch ein paar Monate des Ausreifens dieser Funktionen. (ten Donkelaar 2014, Jäger 2015)

Gefühle sind gut und wichtig, denn sie dienen dazu, anderen mitzuteilen, wie es gerade um die eigene Bedürfnislage bestellt ist.

Wie intensiv eine Bedrohung zu Angst oder gar Stress führt, hängt davon ab, wie sie vor dem Hintergrund der bisherigen Lebenserfahrungen persönlich wahrgenommen und interpretiert wird. Angst kann wie alle Gefühle nicht nur wahrgenommen, sondern auch gezeigt und kommuniziert werden. Damit steigen die Chancen, dass sie nicht in primitive Stressverhaltensmuster abgleitet oder zu lähmender Starrheit führt.

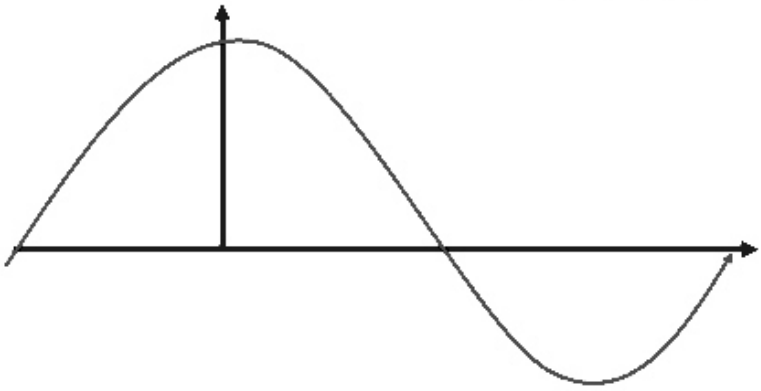


Abbildung 1 (Jäger 2015): Die kulturelle Anpassungskrise. Stimmungs-Hoch (Dopamin-Hoch) bis das Ziel erreicht ist. Stimmungs-Tief angesichts von Fremdheit und Verunsicherung. Langsame Anpassung: Die Fremdheit wird vertraut.

Wird Angst wahrgenommen (Bei sich selbst oder bei anderen), kann sie wohlwollender betrachtet werden: meist gibt es für die Auslösung des Gefühls gute Gründe. Angst weist auf etwas Wichtiges hin, das ohne das Gefühl nicht erkannt worden wäre. Häufig auf ein noch unsicheres Selbst, auf eine erhebliche Herausforderung oder Belastung.

Ob Angst in Stress umschlägt oder zu Neugier führt, hängt davon ab, wie berechenbar die Handlungen des Fremden erscheinen, wie stark das Selbstbewusstsein entwickelt ist, mit Überraschungen klar zu kommen, und schließlich, ob das, was hier geschieht, für den persönlichen Zusammenhang einen Sinn ergibt. Dass es also nötig erscheint, Unsicherheiten und Herausforderungen anzunehmen (Dörner 2001).

Es ist normal, angesichts interkultureller Begegnungen ein „Fremdheit“ zu empfinden. Solche Gefühle zu verdrängen, verhindert, dass sie beruhigt werden können. Denn wenn „die Nerven ohnehin schon blank liegen“, kippt auch bei den Erwachsenen eine Unsicherheit schnell in einfaches Stressverhalten um. Wenn Kulturen aufeinanderprallen, gerät vieles ins Wanken. Viele Flüchtlinge sind traumatisiert. Deshalb sind sie geflohen und nehmen hohe Risiken kultureller und sozialer Unsicherheit in Kauf.

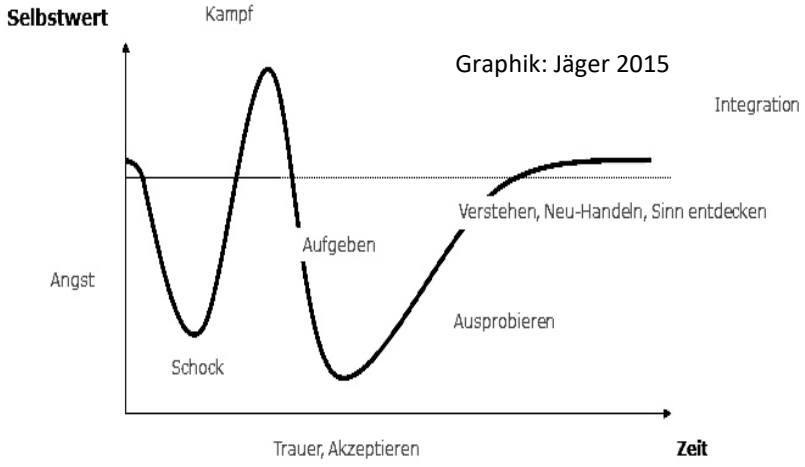


Abbildung 2: Die kulturelle Krise im Detail.

Fachleute, die Flüchtlinge gesundheitlich betreuen, müssen damit rechnen, dass die Patientinnen gestresst sind oder Angst empfinden, auch wenn sie es nicht sprachlich ausdrücken können.

Sicherheit ist ein Grundbedürfnis: fast so wichtig ist wie atmen, essen und trinken (Porges 2014). Es wird unbewusst durch alle Sinneskanäle wahrgenommen: durch den Abgleich der einfließenden Signale aus Mustern von Körperhaltung, Gestik, Bewegungen, Sprachmelodien, Umweltgeräuschen und mehr. Treten dabei Unstimmigkeiten auf, fühlen sich Menschen unwohl. Blutdruck und Blutzuckerspiegel steigen, lange bevor sie bewusst wissen, warum das so ist.

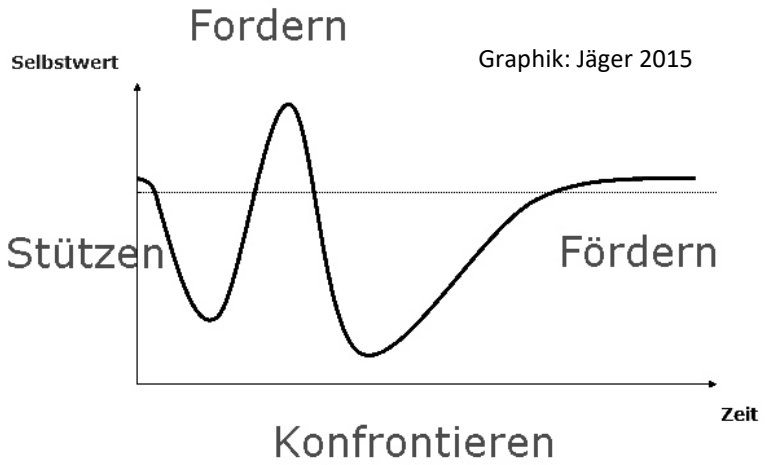


Abbildung 3: Wirksame, emotional intelligente Unterstützung kultureller Krise.

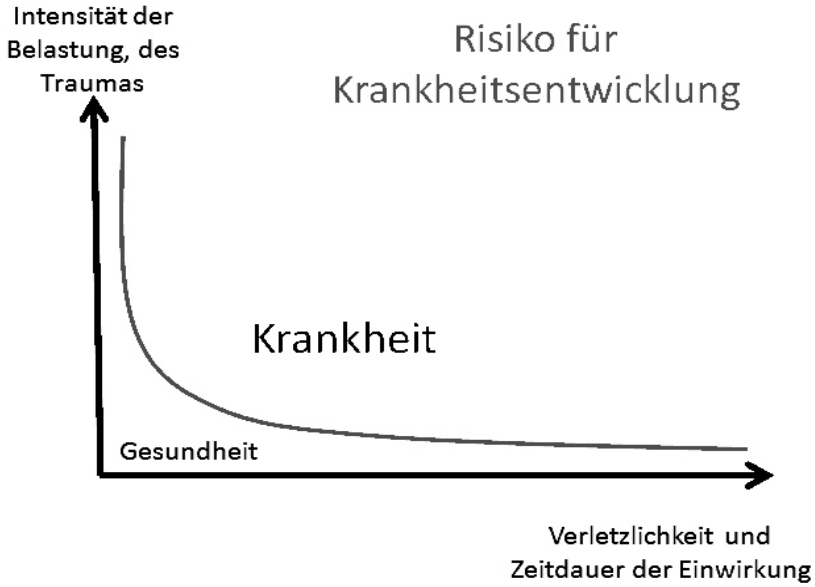
Hebammen und ÄrztInnen brauchen deshalb im Umgang mit Migrantinnen „emotionale Intelligenz“. Denn je nachdem, in welchem inneren Zustand Patientinnen sich befinden, müssen sie sie stützen (wenn etwas zusammenbricht), fordern (wenn ein Ziel erreicht werden kann), konfrontieren (um die Situation so anzunehmen, wie sie ist) oder fördern (damit etwas Neues wachsen kann).

Emotionale Intelligenz

Viele Frauen fliehen vor Gewalt. Möglicherweise wurden sie missbraucht oder haben Vergewaltigung erlebt, vielleicht mit starken körperlichen Verletzungen. Oder sie lebten oder leben in einer Zwangspartnerschaft. Es ist deshalb möglich, dass sie eine Schwangerschaft oder Geburt nicht gewollt haben.

Abbildung 4 (nächste Seite, Graphik Jäger 2015): Damit Belastungen nicht zu Krankheit führen, ist Hebammenhilfe wichtig, um Stress und Angst zu lösen und zu beruhigen.

All das wird vermutlich in der Begegnung mit fremden Personen im Gesundheitswesen nicht kommuniziert. Die betroffenen Frauen bemühen sich dann häufig, nicht daran zu denken und nicht darüber zu reden. Sie versuchen, einen Schutzpanzer der „Normalität“ auszubauen. Oft suchen sie auch als Opfer die Schuld bei sich, leiden unter Ohnmachtsgefühlen oder Angst-Panik-Störungen, die sich häufig körperlich auswirken.



Geflüchtete Frauen können Gewalt, Missbrauch und andere Traumatisierungen erfahren haben. Nach dem Erleben genitaler Gewalt können Frauen sich manchmal nicht mehr in der Lage fühlen, vaginal zu gebären. Sie fordern dann aus Angst oder Panik einen Kaiserschnitt ein.

Es ist dann *nicht* nötig, herauszufinden, was tatsächlich geschehen war. Die Frauen vermitteln sehr klar ihren Stress oder ihre Angst.

Es reicht non-verbal und einfühlsam Grundbedarfe zu befriedigen und durch vertrauensvolle Beziehung zu beruhigen.

Hinweise für die Praxis

Graphik natürliche Gebärhaltungen. Liselotte Kuntner
(www.ethnobiology.ch/de/personen/kuntner_liselotte.html)

Beispiele für Geburtsstellungen (aus Liselotte Kuntner: Participation active de la femma durant son accouchement)

Damit eine Gesprächs- oder Beratungssituation emotional intelligent abläuft, ist es empfehlenswert, jeden der folgenden Schritte nach dem anderen zu machen, und nicht die ersten zu überspringen, etwa um Zeit zu sparen:

- Aufmerksamkeit und Ruhe finden, bevor es zum Kontakt kommt (nie in Hektik und Stress zu kommunizieren versuchen).
- Empathisch, warm und herzlich Kontakt herstellen (in wenigen Sekunden).
- Versuchen zu verstehen, was das Anliegen ist, jetzt in dieser Situation. Welcher Bedarf steht im Vordergrund? Was darf gesagt werden und was ist eigentlich von Bedeutung? Dazu mit offenen Fragen beginnen und Fragen dann fokussieren.
- Wenn das Anliegen vermutlich verstanden wurde: es zusammenfassen und fragen, ob es tatsächlich richtig verstanden wurde.
- Möglichkeiten prüfen, die sich anbieten. Empfehlungen und Alternativen prüfen.
- Entscheidung der Patientin zu einem Handlungsauftrag abwarten. Und dann erst tätig werden und auf ein gemeinsames Ziel zusteuern.

Trotz aller guten Vorbereitungen, Einstellungen und hoher Professionalität, wird es zu Widersprüchen kommen, zum Beispiel zwischen den eigenen Möglichkeiten und den Erwartungen oder Forderungen der Frauen, oder zu Missverständ-

nissen, die völlig unerklärlich zu sein scheinen. Dann wäre es gut zu fühlen, wie es „mir“ gerade geht. Und nicht sofort zu handeln. Sondern erst „mich“ zu beruhigen und aus dem Stress herausführen, und erst dann kommunizieren, was „ich“ fühle. Das Prinzip der sogenannten „gewaltlosen Kommunikation“ ist in jeder Kultur wirksam (Rosenberg 2014). Es besteht darin,

- Etwas, das geschieht, zunächst nur als Beobachtung zu beschreiben.
- Erst dann das Gefühl wahrzunehmen, welches die Handlung ausgelöst hat.
- Um daraus einen Bedarf abzuleiten, was jetzt gebraucht wird.
- Und um dann schließlich eine Bitte zu formulieren, die jetzt erfüllt werden kann.

Links, Literatur, weitere Artikel

- www.medizinisches-coaching.net/artikel/frauengesundheit.html

Genitale Verletzungen und Vernarbungen

Bei der Betreuung von Frauen aus anderen Kulturen muss damit gerechnet werden, dass die Genitalregion durch ungewöhnliche chirurgische oder traditionelle Eingriffe oder Operationen oder traumatische Geburten verletzt oder wurde und vernarbt ist.

In vielen Entwicklungsländern besteht bei Frauen nach der Geburt ein erhöhtes Risiko für Fistelbildungen zwischen Blase und Vagina oder für Inkontinenz. Ursachen sind verschleppt-verzögerte Geburtsverläufe oder gewaltsame vaginaloperative Geburtsbeendigungen. In einigen Ländern werden bei Missverhältnis noch Symphysiotomien durchgeführt: Stumpfe Durchtrennung des Symphysen-Knorpels unter einem kleinen scharfen Hautschnitt. Die betroffenen Frauen leiden dann anschließend unter instabilen Beckenverhältnissen. Auch Urethra-Verletzungen sind dabei möglich. Bei Zustand nach Kaiserschnitt muss damit gerechnet werden, dass ein Uteruslängsschnitt durchgeführt wurde, und dass damit das Risiko für eine Uterusruptur erhöht sein könnte.

Auf erhöhte Risiken gefasst sein

Auch die Durchführung anderer Eingriffe im kleinen Becken kann von den deutschen Standards erheblich abweichen. Zum Beispiel berichtete eine Patientin mit intakter Frühschwangerschaft über einen Sterilisationseingriff an den Eileitern weil zeigte auf eine drei Zentimeter große Längsnarbe oberhalb der Symphyse, die damals schlecht verheilt sei. Möglicherweise wurde so eine Mini-Laparotomie oder offene Bauchspiegelung durchgeführt, deren Ergebnis offenbar nicht optimal ausfiel.

Initiation in Tansania. Bild: Jäger 1983

Hebammen Und ÄrztInnen müssen also aufgrund vorheriger Eingriffe im Ausland auf erhöhte Risiken gefasst sein und sich im Zweifel mit FachärztInnen besprechen oder die Patientinnen zu diesen überweisen.

Es ist auch möglich, dass Frauen erwarten oder verlangen, dass ein Eingriff wie etwa ein Kaiserschnitt durchgeführt wird, weil es in ihrem Herkunftsland so üblich sei, oder dass sie in Angst oder Panik eine Sectio wünschen, obwohl keine medizinische Indikation dafür besteht. In beiden Fällen besteht dann für sie ein höheres Risiko, wenn sie nach einer Rückreise in ihr Ursprungsland weitere Kinder gebären würden, ohne sich auf ein relativ sicheres Medizinsystem verlassen zu können.

Die Besprechung von Themen, die Intimität, Sexualität und kulturelle Tabus ansprechen, ist in der Regel nur mit kompetenten ÜbersetzerInnen möglich und erfordert ein etabliertes Vertrauensverhältnis. Die Wünsche der Frau sollten dabei angenommen und verstanden werden, damit sie sich vor dem Hintergrund sicheren Fachwissens möglicherweise anders orientieren/entscheiden können.

Auch mitten in Europa: Genitale Verstümmelung

Frauen aus Afrika südlich der Sahara können in ihrer Kindheit eine genitale Verstümmelung erlitten haben (Female Genital Multilation, FGM). Die mit FGM verbundenen körperlichen und psychologischen Probleme sind unserem Gesundheitswesen fremd. Für Frauen, die Asyl suchen, sind daher in Deutschland nur wenige qualifizierte Versorgungseinrichtungen erreichbar. (s.u.)

In Italien wurde versucht einzuschätzen, wie häufig bei Migrantinnen mit dem Problem von FGM gerechnet werden muss (Ortensi 2015). In der Modellrechnung fiel ein erheblicher Migrationseffekt auf: Frauen, die auswandern, scheinen sich in ihrer Zusammensetzung von der durchschnittlichen Bevölkerung ihrer Herkunftsländer deutlich zu unterscheiden. Bei den meisten Nationalitäten war die Wahrscheinlichkeit, beschnitten worden zu sein, bis zu zehn Prozent geringer, insbesondere wenn die Frauen aus städtischen Regionen stammten. Bei anderen Herkunftsländern war die Wahrscheinlichkeit für das Bestehen einer FGM erhöht, insbesondere Nigeria 42 Prozent), Sudan (11 Prozent), Mali (8 Prozent) und Ghana (2 Prozent) ((erhöht, braucht m.E. nicht das Plus. Es ist auch so klar)). Denn von dort waren mehr Frauen aus ländlichen Regionen geflüchtet. Eine hohe Prävalenz besteht insbesondere in Nord-Ostafrika und Westafrika. Bei der Betreuung von Frauen aus diesen Ländern sollte deshalb erfragt und gegebenenfalls (auf Wunsch) untersucht und dokumentiert werden, ob eine FGM vorliegt. Daraus ergeben sich wichtige Konsequenzen für den Geburtsverlauf.

Weibliche Genitalverstümmelung beruht auf der Beibehaltung archaischer Riten verschiedener Kulturen, die seit einigen Jahrtausenden praktiziert werden (Knight 2001). Bei keiner dieser unterschiedlichen Arten symbolischer Kastration bei Mädchen und Frauen besteht ein Zusammenhang mit den Lehren der großen Weltreligionen, die erst wesentlich später entstanden. Die Unterdrückung erotischer Anziehungskraft erscheint jedoch in vielen Kulturen als sündig und verdammungswürdig, so dass in deren geistigen Einflussbereich archaische Kastrationsriten weiter geduldet werden:

> *"Any use of the sexual act other than procreation is a waste of vital energy! Circumcising young boys is a remedy for masturbation. The operation should be performed without administering anesthetic. In females the author has found the application of pure carbolic acid (phenol) to the clitoris an excellent means of allaying the abnormal excitement." Dr. John Harvey Kellogs (1852-1943)*

Bei dem FGM Typ 1 wird die Vorhaut der Klitoris und gegebenenfalls auch die Klitoris an ihrer Spitze gekappt und auch Anteile der kleinen Labien geritzt oder entfernt. Bei dem FGM Typ 2 wird die Klitoris-Spitze herausgeschnitten und die Schamlippen werden partiell oder total herausgeschnitten. Bei dem FGM Typ 3 erfolgen eine Exzision der Klitoris-Spitze, die Amputation der Labia minora und majora und ein Subtotalverschluss der Vulva durch Vernähen, gegebenenfalls wird eine dorsale Öffnung belassen. Der Eingriff wird mit traditionellen Instrumenten, Dornen oder Rasierklingen durchgeführt. Entsprechend groß ist neben dem psychischen Trauma auch das körperliche Verletzungsrisiko (Hearst 2013; Sundby 2013).

Initiation in Tansania. Bild: Jäger 1983

Gut zu wissen ist, dass eine Entfernung der Klitoris („Klitorektomie“) nicht erfolgt sein kann! (Links zur Klitoris-Anatomie: de.wikipedia.org/wiki/Klitoris)

Selbst wenn die Klitoris nach Verstümmelung unter einem Narbengewebe verborgen liegt, erstreckt sie sich auch weiterhin nach rechts und links in den Schambogenwinkel. Das heißt, eine chirurgische Versorgung der betroffenen Frauen zur Verbesserung ihrer sexuellen Funktionen ist immer möglich, sofern bezahlbar.

Geburtshindernisse nach einer FGM sind keine Sectio-Indikation. Leider werden bei teilverschlossener Vagina bei den betroffenen Frauen häufig primäre Kaiserschnitte durchgeführt, die (sofern keine anderen Indikationen vorliegen) unnötig sind. Durch einen sehr einfachen Eingriff ab der 36. Schwangerschaftswoche können der Introitus der Vagina eröffnet und das Narbengewebe entfernt werden. Die Langzeitergebnisse sind bei Verwendung feiner a-traumatischer Nähte in der Regel sehr gut.

Akute Verstümmelung bei Mädchen oder jungen Frauen wurden in England, den Niederlanden und Frankreich beschrieben, und sie werden realistischer Weise auch in Deutschland durchgeführt werden. Nach § 226a Strafgesetzbuch (StGB 2013) ist die Verstümmelung weiblicher Genitalien verboten. Wer die äußeren Genitalien bei einem Mädchen verstümmelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft. In minder schweren Fällen kann die Freiheitsstrafe sechs Monate bis fünf Jahre betragen. Zudem gilt der Artikel 2.2. des Grundgesetzes: „Jeder hat das Recht auf … körperliche Unversehrtheit.“ Die Gesetze in anderen Ländern sind hinsichtlich FGM wesentlich schärfer, insbesondere in den Niederlanden, in Frankreich und England (McCartney 2015). Dort ist es auch verboten, eine Verstümmelung im Ausland durchführen zu lassen (sogenannter FGM-Tourismus).

Möglichkeiten aufzeigen

Im Umgang mit Frauen, die eine Genitalverstümmelung erlitten haben, ist besondere Kultursensibilität erforderlich, da das Thema Sexualität häufig tabuisiert ist. Notwendig ist Empathie. Mitleid dagegen wäre für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses schädlich. Gespräche über sensible Zusammenhänge erfordern immer hohe Sprachkompetenz bei einer Übersetzerin des Vertrauens. In Anwesenheit von Männern kann über das Thema meist nicht offen geredet werden.

Ziel eines Gespräches wäre es, einer Frau zu Entscheidungen und Versorgungsmöglichkeiten zu verhelfen. Möglich ist immer die einfache Eröffnung der Vulva, deren Kosten als „zwingend notwendiger Eingriff“ auch in der Regel von den öffentlichen Kostenträgern übernommen wird, weil damit eine Sectio vermieden werden könnte ((?)). Möglich sind aber auch aufwendigere, rekonstruktiv-chirurgische Eingriffe, die den Frauen zu einer befriedigenden Sexualität verhelfen können (Foldès 2006).

In Deutschland haben sich zwei Kliniken auf solche Operationen spezialisiert. Ihre unterschiedlichen Schwerpunkte liegen bei unter anderem Urologie (Berlin) und unter anderem plastischer Chirurgie (Aachen). Die Kosten für solche Eingriffe sind gegebenenfalls hoch und gehören nicht zur Grundversorgung. Hebammen müssen in einem sehr vertraulichen Gespräch mit der Frau erarbeiten, was sie anstrebt, auch hinsichtlich ihrer Sexualität. Dann können sie herausfinden werden, welche kultursensiblen Gynäkologinnen genauere Beratungen durchführen können, zum Beispiel über die Organisationen Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (FIDE) und Integra – Deutsches Netzwerk zur Überwindung von FGM. Anschließend können die genannten oder gegebenenfalls auch andere Kliniken kontaktiert werden, die solche Operationen durchführen.

Wenn die potenziellen Handlungsmöglichkeiten klar sind, muss noch geklärt werden, durch welche Unterstützung der Eingriff realisiert werden kann. Das erfordert ein großes Engagement. Es zahlt sich aus durch die Rückmeldung erlöster Frauen, „dass sich allein dafür die Flucht gelohnt hat“.

Links, Literatur, weitere Artikel

- Frauen auf der Flucht:www.medizinisches-coaching.net/refushe.html
- Recht auf Unversehrtheit: www.medizinisches-coaching.net/fgm_in_dtschl.html
- Sie entscheidet ! www.medizinisches-coaching.net/sie-entscheidet.html

Infektionen bei Frauen anderer Kulturen

Infektionen stehen bei den Menschen, die nach Deutschland fliehen, nicht im Vordergrund. Sie sind eher selten, denn wer die großen Strapazen aufnehmen konnte, war zu Beginn der Reise relativ gesund. Die überstandenen Gewalterlebnisse und Anstrengungen der Flucht führen zu psychischen und physischen Erschöpfungszuständen, aber nur selten zu ungewöhnlichen Infektionskrankheiten. Hebammen werden daher nur gelegentlich mit exotischen Infektionen konfrontiert, zumal auch das wesentliche Augenmerk der ärztlichen Eingangsuntersuchungen auf der Erkennung dieser Erkrankungen liegt.

Dennoch ist es wichtig zu wissen, dass zum Teil ungewöhnliche Infektionen vorliegen könnten. Insbesondere, wenn die Frauen aus tropischen Ländern einreisen, in denen die gesundheitliche Versorgung schlecht ist. Durch die Aufmerksamkeit von Ärzten in der Grundversorgung oder von Hebammen können durchaus Infektionen entdeckt werden, die bisher übersehen wurden. Bei ungewöhnlichen Krankheitszeichen, die für einen Infektionsverdacht sprechen, sollte dann frühzeitig für eine fachärztliche diagnostische Abklärung, einen Infektionsausschluss oder eine wirksame Therapie gesorgt werden.

Nur in sehr seltenen Fällen geht damit ein Infektionsrisiko für das betreuende Gesundheitspersonal einher. Die üblichen Hygienemaßnahmen, insbesondere Handhygiene, sind auch beim Umgang mit Frauen auf der Flucht völlig ausreichend. Das Robert Koch-Institut hat eine Liste ungewöhnlicher Infektionserkrankungen zusammengestellt und sie durch Impfempfehlungen für MigrantInnen ergänzt (RKI 2015). ÄrztInnen und Hebammen sollten sich an diesen Empfehlungen orientieren. (rki.de Stichwort: Asylsuchende, infodienst.bzga.de Stichwort: Zanzu)

Antibiotikaresistente Keime
Die Gesundheitsversorgung ist in vielen Entwicklungsländern und besonders in Kriegsgebieten von geringer Qualität. Man muss bei Menschen auf der Flucht damit rechnen, dass medizinische Dienstleistungen, Operationen oder Medikamentenverschreibungen zum Teil bleibende Nachteile mit sich gebracht haben.

Viele Medikamente sind in nicht kontrollierten Gebieten frei verkäuflich, auch Antibiotika. Das Missbrauchspotenzial ist deshalb sehr hoch. Antibiotika werden oft eingenommen, obwohl keine eindeutige Indikation vorliegt oder ihre Anwendung völlig sinnlos ist, wie bei Kopfschmerzen. Bei Frauen, die aus solchen Ländern einreisen, muss deshalb damit gerechnet werden, dass sie mit multiantibiotikaresistenten Keimen (MRGN, ESBL, MRSA u.v.a.) (Jäger 2015) besiedelt sein könnten oder an Immunstörungen und anderen Symptomen leiden, die auf Antibiotikamissbrauch zurückgeführt werden können.

Im Krankenhaus kann es deshalb nach der Geburt eines Kindes (nach entsprechender Aufklärung) nötig sein, bakteriologische Abstriche von der Mutter und dem Vater abzunehmen. Bei antibiotikaresistenter Besiedlung gilt es dann, im Umgang mit dem Kind besondere Hygienemaßnahmen zu treffen und die Eltern über die Schäden von Antibiotikamissbrauch aufzuklären. Eine Therapie beim Nachweis antibiotikaresistenter Keime ist in der Regel nicht nötig.

Mehr:

www.medizinisches-coaching.net/antibiotika-resistenz.html

Bilharziose
Die Erkrankung mit dem Pärchenegel (Schistosomiasis oder Bilharziose) ist in ganz Afrika verbreitet. Sie kommt aber auch in Ägypten und im Vorderen Orient vor, insbesondere bei Personen, die in Regionen mit mangelhafter Wasser- und Abwasserversorgung leben müssen, oder die unbedacht in subtropischen Regionen stehendem Süßwasser baden (wobei auch andere Krankheiten übertragen werden können. Die erwachsenen Würmer leben in Blutgefäßen der Harnblase oder des Darmes.

Die Krankheitserscheinungen resultieren von den Eiern, die durch Muskulatur und Schleimhäute nach außen wandern und Blasen oder Darmblutungen verursachen. Von dort gelangen die Eier über Ausscheidungen in stehende Gewässer, z.B. beim Baden oder Wäsche waschen. Sie entwickeln sich dort über den Zwischenwirt einer Schnecke zu Larven, die bei Hautkontakt mit infiziertem Wasser in die Haut eindringen und von dort in Richtung Blase oder Darm transportiert werden.

Die Besiedlung mit mehreren dieser Parasiten, die unter anderem in der Umgebung der Blase und des Enddarmes leben, führt zu Krankheitserscheinungen wie Blut im Urin oder Stuhl. Bei Verdacht ist eine spezialisierte Laboruntersuchung nötig, zum Beispiel in einem Tropeninstitut (siehe www.dtg.org). Eine Behandlung mit Praziquantel sollte umgehend durchgeführt werden. Das Un- oder Neugeborene ist dadurch nicht gefährdet. Die Prognose ist selbst ohne Therapie gut, allerdings würden die Würmer ohne Behandlung noch mehrere Jahre im Körper der Frau weiterleben. Daraus ergibt sich ein ethisches Problem: Die infizierte Frau würde nicht an der Infektion sterben. Deshalb könnte gegebenenfalls von den Kostenträgern argumentiert werden, dass die Diagnostik bei Verdacht in einem spezialisierten Labor und eine Therapie bei einem Nachweis nicht zur Grundversorgung gehören könnten.

Eine Seroprävalenz-Studie der Uni Jena (seit Dez 2016) soll klären, ob der Nachweis einer Infektion Auswirkungen auf den Geburtsverlauf und das Geburtsgewicht haben könnte. Wäre das so, wäre ein Screening der Schwangeren mit Migrationshintergrund sinnvoll, das die Behandlung mit Praziquantel auch in der Schwangerschaft zugelassen wäre.

„Grippe“ und andere Krankheiten, gegen die Impfungen verfügbar sind

Flüchtlinge werden in Deutschland von Gesundheitsämtern gegen Influenza geimpft. Das gilt auch für Schwangere. Die Impfung schützt allerdings nicht vor einer „Grippe“, sondern nur mäßig vor Influenzaviren. Kurzzeitige Schäden der Impfung während der Schwangerschaft sind nicht zu erwarten. Der Nutzen ist umstritten und Langzeitnebenwirkungen sind nicht untersucht, sie traten jedoch bei dem Impfstoff 2009 auf. Eine ausführliche Aufklärung bei Schwangeren zu Nutzen und Risiken ist meist aus sprachlichen Gründen nicht möglich. Der Eingriff erscheint mir daher (ohne die Möglichkeit einer Aufklärung von Risiken und Nebenwirkungen ethisch nicht vertretbar.

Bei allen sogenannten Kinderkrankheiten ist es möglich, dass der Anteil der Geimpften bei PatientInnen aus Entwicklungsländern niedriger ist. Andererseits besteht bei diesen auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sie Erkrankungen wie Windpocken oder Masern als Infektionen durchgemacht haben. In der Regel werden bei allen Flüchtlingen bald nach der Aufnahme in einer Notunterkunft die Standardimpfungen in Deutschland durchgeführt. Die routinemäßige Impfung gegen Windpocken wird in England und Frankreich nicht empfohlen, gehört jedoch in Deutschland zum Standard und wird deshalb auch Geflüchteten angeboten.

Die Aufklärung bei Flüchtlingen über das Verhältnis von Nutzen und Risiken von Impfungen ist schwierig. Da Impfungen aber körperliche Eingriffe sind, haben die Menschen ein Recht darauf, sachgerecht aufgeklärt zu werden, wenn sie es wünschen. In der Realität ist das oft schwierig.

Mehr:

www.medizinisches-coaching.net/grippe_impfung.html
www.medizinisches-coaching.net/windpocken-dilemma.html

Hepatitis A und E

Beide Viren werden durch Nahrungsmittel oder Trinkwasser übertragen. Die Erkrankungen verlaufen bei Kindern in der Regel symptomfrei. Bei Erwachsenen führt Hepatitis A zu einer gutartigen Leberentzündung, die meist ohne Folgen ausheilt. Hepatitis E kommt in einigen Regionen Afrikas häufiger vor als Hepatitis A. Sie kann bei Schwangeren zu schweren Verläufen mit Leberversagen und auch Fehlgeburten führen. Gegen Hepatitis A liegt eine Impfung vor. Beiden Infektionen kann durch Nahrungsmittel- und Handhygiene leicht vorgebeugt werden. Die Infektion erfolgt überwiegend fäkal-oral über kontaminierte Lebensmittel, zum Beispiel Muscheln, rohes Fleisch oder Getränke, aber auch durch Schmierinfektion. Besonders dort, wo zahlreiche Menschen unter schlechten hygienischen Bedingungen auf engem Raum zusammenleben, findet sich ein erhöhtes Risiko. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis sechs Wochen. Bereits ein bis zwei Wochen vor Beginn der klinischen Symptomatik können Viren übertagen werden.

Es handelt sich bei Hep. A und E ausschließlich um akute Infektionen. Das Spektrum der Symptome schwankt zwischen asymptomatischen Verläufen vor allem bei Kleinkindern und fulminanter Hepatitis bei etwa 0,1 bis 1 Prozent der Fälle, häufiger bei Älteren oder PatientInnen mit vorgeschädigter Leber. Die Letalität kann bei Personen über 50 Jahre bis zu drei Prozent betragen. Auch Schwangere sind stärker gefährdet. Der Erreger wird dia-planzentar übertragen und bedingt eine erhöhte Früh- und Fehl-geburtlichkeit.

Im Allgemeinen verläuft die klinisch auffällige Erkrankung unter dem Bild einer akuten Gelbsucht mit abrupt einsetzendem Krankheitsgefühl. Die Menschen leiden meist unter allgemeinem Unwohlsein, Myalgien, Kopfschmerzen und Fieber. Später kommen Übelkeit und Spannungsgefühl im rechten Oberbauch hinzu. Nach drei bis zehn Tagen beginnt

die ikterische Phase, die häufig eine bis drei Wochen andauert. Währenddessen bessern sich die Symptome meist bereits wieder. Prolongierte Verläufe über mehrere Monate sind möglich. Gelegentlich wird eine „relapsing disease“ beobachtet: Hierbei findet sich nach Abklingen der Symptomatik ein Wiederanstieg der Leberenzyme, die auf einen begrenzten Zerfall von Leberzellen hindeuten (u.a. Transaminasen).

Hepatitis B

In vielen Regionen in Afrika ist die Erkrankungsrate mit Hepatitis-B sehr hoch. Deshalb muss bei Schwangeren damit gerechnet werden, dass sie infiziert sein könnten. Bei der Geburt ist dann aufgrund der Mutter-Kind-Übertragung eine kombinierte Aktiv-Passiv-Impfung nötig.

Im Vordergrund steht die Übertragung durch Sexualkontakte und die parenterale Übertragung durch den Kontakt mit Blut und Blutprodukten. Auch im Rahmen sehr enger familiärer Kontakte ist eine Übertragung möglich. In Ländern mit hoher Rate an Virusträgern ist die vertikale Übertragung des Erregers von der Mutter auf das Kind unter der Geburt von Bedeutung. Etwa 90 Prozent der über diesen Weg infizierten Kinder bleiben positiv für das Hepatitis-Antigen HBsAg (Hepatitis B Oberflächen (surface) Antigen) Die Inkubationszeit beträgt durchschnittlich zehn Wochen. Die akute Erkrankung beginnt mit allgemeinem Krankheitsgefühl, Fieber, Übelkeit, Erbrechen, später Ikterus. Zusätzlich können Myalgien, Arthralgien und Hautveränderungen auftreten. Mitunter entwickelt sich auch Autoimmun Reaktionen, die sich z.B. als Nierenentzündungen zeigen können (Glomerulonephritis) ((müsste man das nicht erklären?)). Bei etwa fünf bis zehn Prozent der infizierten Erwachsenen kommt es zur Persistenz von HBsAg. Etwa 30 Prozent dieser PatientInnen entwickeln eine chronische Hepatitis B. Daraus kann sich eine Leberzirrhose entwickeln ((gibt es hier Behandlungsmöglichkeiten, wenn sich zeigt, dass der Fall eintritt?)). Dies geschieht innerhalb von zehn Jahren bei etwa 20 Prozent der PatientInnen. Eine Leberzirrhose stellt wiederum einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung eines hepatozellulären Karzinoms dar. Davon sind etwa 15 Prozent der Zirrhose-Patienten hiervon betroffen. Gelegentlich tritt das Leberzellkarzinom auch bei ansonsten gesunden VirusträgerInnen auf.

Hepatitis C

Das Risiko für eine Hepatitis C-Erkrankung ist in vielen Ländern mit schwachem Gesundheitswesen deutlich erhöht. Die Infektion mit dem Virus führt zu einer lebenslangen und teilweise schweren Leberentzündung. Die Übertragung erfolgt vor allem durch parenteralen Kontakt mit Blut. D.h. das Virus wird nahezu ausschließlich durch medizinische Eingriffe und bei intravenösem Drogenkonsum übertragen. Daher ist es ein besserer Indikator für die Qualität der Gesundheitsversorgung als HIV, das auch sexuell übertragen wird.

In den Entwicklungsländern stellen mehrfach verwendete Injektionsnadeln die bedeutendste Ansteckungsquelle dar. Nach Verletzung mit einer mit Hepatitis C (HCV) kontaminierten Kanüle liegt das mittlere Infektionsrisiko bei etwa drei Prozent. Die perinatale Übertragung spielt demgegenüber eine deutlich geringere Rolle. Obwohl der Stellenwert der sexuellen Übertragung unklar ist, finden sich in der Gruppe sexuell promiskuitiver Personen Seroprävalenzen von bis zu zwölf Prozent. Knapp ein Drittel der PatientInnen mit chronischer Hepatitis C lässt sich keiner bekannten Risikogruppe zuordnen. Die Inkubationszeit beträgt zwei Wochen bis sechs Monate. Etwa 85 Prozent der akuten Infektionen verlaufen ohne Symptome. Symptomatische Verläufe der akuten Erkrankung sind meist milde. Die PatientInnen zeigen diffuse abdominelle Beschwerden, Schwäche und laborchemische Zeichen für Leberzellzerfall (Transaminasenerhöhung). Bei den eher seltenen schweren Verläufen der akuten Hepatitis C können aplastische Anämien und Agranulozytose auftreten. Gerade die asymptomatischen Infektionen chronifizieren häufig. Bei etwa 20 Prozent der chronisch Infizierten entwickelt sich eine Leberzirrhose, die das Risiko für die Entwicklung eines hepato-zellulären Karzinoms

Projet SIDA, Kinshasa 1988, Bild: Jäger

birgt. Die Behandlung der chronischen Hepatitis ist aufwendig und teuer. Wie in solchen Fällen bei unklarem Aufenthaltsstatus entschieden wird, ist eine Sache des Ermessens und der Beurteilung des Einzelfalles. Eine Übertragung von der Mutter auf das Kind spielt keine wesentliche Rolle. Die Mütter können stillen.

Mehr:

www.medizinisches-coaching.net/hepatitis_c_ausrotten.html

HIV / AIDS

20 von 40 Millionen Menschen, die mit HIV infiziert sind, leben im östlichen und südlichen Afrika, sechs Million weitere West- und Zentralafrika. 56-59% von ihnen sind Mädchen oder Frauen. (UNAIDS 2017). Die Raten der Infizierten lagen 2016 besonders hoch in Botswana (22%), Lesotho (25%) und Swasiland (27%). Sind die Frauen dort besonders sexuell aktiv? Oder muss es auch andere Ursachen der HIV-Übertragung geben haben oder geben? Die gängige Meinung, HIV werde überwiegend durch „unsicheren Sex“ übertragen, habe sich nur deshalb über Jahrzehnte halten können, weil es unterlassen worden sei, HIV-Ausbruchsereignisse sorgfältig zu analysieren. Der Nutzen von Maßnahmen zur sexuellen Prävention sei in Afrika mit großer Wahrscheinlichkeit überbewertet, und Strategien um „iatrogene“ (medizinsystem-verursachte) Infektionen zu verhindern seien sträflich vernachlässig worden. *(Grimm 2011)*

Häufig würden die betroffenen Frauen völlig zu Unrecht beschuldigt werden, sich durch Sex mit anderen Partnern infiziert zu haben. (*Class 2012*).

Mehr:

www.medizinisches-coaching.net/warum-afrika.html

Die Behandlung von AIDS Infektion ist (insb in Kombination mit Infektionen wie TB) aufwendig und teuer. Wie in solchen Fällen bei unklarem Aufenthaltsstatus entschieden wird, ist eine Sache des Ermessens und der Beurteilung des Einzelfalles.

Malaria
Alle fieberhaften Erkrankungen bei Personen aus Ländern, in denen Malaria vorkommt, sind malariaverdächtig. Bei Verdacht auf Malaria muss zum Nachweis (EDTA) Blut (kein Serumröhrchen) während eines Fieberschubes abgenommen werden. Das Vorliegen einer gefährlichen Malaria tropica ist bei Flüchtlingen unwahrscheinlich, weil die Inkubationsperiode relativ kurz ist. Gutartige Malariaformen können jedoch noch viele Monate nach der Einreise auftreten. Und auch sie müssen erkannt und behandelt werden. Jedes Fieber bei einer Frau, die aus einem Gebiet einreist in dem Malaria vorkommt ist malariaverdächtig.

Nicht-infektiöse, genetische Fiebererkrankung
Das familiäre Mittelmeerfieber (FMF) ist durch wiederholte Fieberschübe mit begleitenden Entzündungserscheinungen an Gelenken und Schleimhäuten gekennzeichnet. Es ist eine vererbte genetische Störung, die in den Anrainerländern des Mittelmeeres vorkommt. Es besteht kein Zusammenhang mit Infektionen. Die Fieberschübe treten meist spontan auf, unter anderem bei Stress, Menstruation oder körperlicher Belastung. In 90 Prozent der Fälle liegt das Alter bei Erstmanifestation vor dem 20. Lebensjahr. Die Fieberschübe dauern in der Regel sechs Stunden bis drei Tage und werden meist von den schmerzhaften Symptomen einer Serositis begleitet.

Sexuell übertragbare Infektionen (Sexually transmitted Infection / STI)
kommen bei Flüchtlingen häufiger vor, insbesondere nach sexualisierter Gewalt oder nach einer mangelhaften hygienischen Behandlung im Gesundheitswesen. Frühzeitige Infektionszeichen werden oft nicht rechtzeitig erkannt. Bei Verdacht oder im Zweifel ist es daher sinnvoll, mit den Frauen zu besprechen, dass Scheideninfektionen dringend behandelt werden müssen und dass es auch sinnvoll wäre, Tests auf HIV und auf Syphilis durchzuführen. Das Gespräch über sexuelle Infektionen erfordert besondere interkulturelle Kompetenz, insbesondere wenn der Ehemann als möglicher Verursacher einbezogen werden muss.

Nach der Geburt kann die Augenprophylaxe nach Credé empfehlenswert sein. Wenn über Sexualität nicht gesprochen werden kann, sollte im Zweifel eine Augenprophylaxe durchgeführt werden.

Mehr

- www.medizinisches-coaching.net/artikel/frauengesundheit.html
- www.medizinisches-coaching.net/artikel/medizin.html
- www.medizinisches-coaching.net/artikel/kultur.html

Bild: Schneider, portraits-aus-hamburg.de