

BACHELORARBEIT

**Gesundheitliche Bedürfnisse von Menschen mit
Fluchterfahrung und Unterstützungsmöglichkeiten durch
Pflegerinnen**

Vorgelegt am: 03. Juni 2020

von: Lara Lauren Tilleßen

1. Prüferin: Frau Prof. Dr. phil. Miriam Tariba Richter
2. Prüferin: Frau Anne Pommerening

**Hochschule für angewandte
Wissenschaften Hamburg**
Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Deutschland zählt zu einem der Hauptaufnahmeländer von Menschen mit Fluchterfahrung. Im Jahr 2018 hat Deutschland rund 1,1 Millionen betroffene Personen aufgenommen. Aufgrund der großen Zuströme an Schutzsuchenden werden die Gesundheitssysteme vor besondere Herausforderungen gestellt. Für die Bewältigung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung sind spezielle Kompetenzen des Gesundheitspersonals notwendig. Die Pflege hat hierbei die Aufgabe, Patient*innen bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit zu unterstützen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, ein Verständnis für die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrungen zu entwickeln. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen sollen Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet werden, wie Pflegende Schutzsuchende bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen können.

Methodik: Es wurde eine systematische Literaturrecherche mit der Datenbank *Pubmed* durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Handrecherche über die Datenbank *Google Scholar*.

Ergebnisse: Menschen mit Fluchterfahrung haben eine Vielzahl an gesundheitlichen Bedürfnissen. Sie wünschen sich mehr Akzeptanz und Gleichberechtigung in der Gesundheitsversorgung, mehr Informationen über Gesundheitssysteme und kulturelle Kompetenz seitens des Gesundheitspersonals. Die Ausbildung von kultureller Kompetenz in Pflegeberufen ist dazu geeignet, die gesundheitliche Bedürfnisse von geflüchteten Menschen zu bewältigen. Zusätzlich stellt die Weiterbildung Pflegender zu Traumaberater*innen nicht nur eine Unterstützungsmöglichkeit für Schutzsuchende dar, sondern entlastet auch das Gesundheitssystem.

Schlussfolgerung: Zukünftig werden für die Ermittlung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland repräsentative Daten benötigt. Diese bilden die Grundlage für die Ableitung von Pflegebedarfen.

Schlüsselwörter: Pflegende, gesundheitliche Bedürfnisse, Flüchtlinge, Asylsuchende, Unterstützungsmöglichkeiten

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
1. Einleitung	1
2. Methodik	3
3. Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland	5
3.1 <i>Begriffsklärung Menschen mit Fluchterfahrung</i>	5
3.2 <i>Fluchtursachen</i>	8
3.3 <i>Fluchterfahrungen</i>	10
4 Gesundheitliche Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung	11
4.1 <i>Vorstellung der Studien</i>	11
4.2 <i>Akzeptanz und Gleichberechtigung</i>	13
4.3 <i>Kulturelle Kompetenz</i>	14
4.4 <i>Kommunikation</i>	14
4.5 <i>Informationen zum Gesundheitssystem</i>	15
4.6 <i>Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung</i>	15
4.7 <i>Psychologische Betreuung nach der Migration</i>	16
5. Die Rolle der Pflege in der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung	16
5.1 <i>Pflege in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland</i>	17
5.2 <i>Kulturelle Kompetenzen von Pflegenden</i>	19
5.3 <i>Operation Safe Haven</i>	22
5.4 <i>Pflegende als Traumaberater*in nach dem Modell von Elbert et al.</i>	24
6. Diskussion der Ergebnisse	26
7. Fazit	30
Literaturverzeichnis	33
Anhang	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Traumaberater*innen Modell	23
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe der ersten Forschungsfrage (eigene Darstellung)	3
Tabelle 2: PIKO-Schema zur zweiten Fragestellung (eigene Darstellung)	4
Tabelle 3: Suchbegriffe der zweiten Forschungsfrage (eigene Darstellung)	5

Abkürzungsverzeichnis

BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
GFK	Genfer Flüchtlingskommission
HIV	Humanes Immunschwäche-Virus
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
UNHCR	Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Immer mehr Menschen flüchten weltweit aufgrund von Verfolgung, Krieg, Menschenrechtsverletzung und Naturkatastrophen aus ihrem Heimatland. Im Jahr 2018 waren weltweit rund 70,8 Millionen Menschen auf der Flucht, darunter waren ca. 25,9 Millionen Flüchtlinge (UNHCR, 2019, S. 2). In Europa zählt Deutschland zu einem der Hauptaufnahmeländer von geflüchteten Personen. Im Jahr 2018 hat Deutschland rund 1,1 Millionen Menschen mit Fluchterfahrung Schutz gewährt (UNHCR, 2019, S. 13-S.14).

Aufgrund der großen Zuströme an Schutzsuchenden werden die Gesundheitssysteme vor besondere Herausforderungen gestellt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, die Gesundheitspolitik und das Gesundheitssystem migrationssensibel auszurichten, indem das Gesundheitspersonal sachgemäße Informationen, Hilfsmittel und Schulungen erhält, um den Bedürfnissen der Menschen mit Fluchterfahrung nachkommen zu können. Dies ist von enormer Notwendigkeit, damit die Gesundheitsfachkräfte ein Verständnis für die gesundheitlichen Bedürfnisse, sowohl psychisch als auch körperlich belasteter Menschen entwickeln können. Nur so kann eine angemessene Versorgung gewährleistet werden (Jakab, 2015).

Die Pflege hat eine Schlüsselfunktion in der Arbeit mit geflüchteten Menschen. Pflegende haben in Aufnahmeeinrichtungen direkten Kontakt zu Menschen mit Fluchterfahrung und sind für ihre gesundheitliche Versorgung verantwortlich (Bensch, Krahl, 2017, S.53). Die Pflege ist ein Beruf, bei dem die Patient*innen im Mittelpunkt stehen. Pflegende haben die Aufgabe, die Erkrankten, auf dem Weg zur Erhaltung und Erlangung ihrer Gesundheit zu begleiten und dabei ihre Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen (§ 3 Abs. 1 S. 1-3 Krankenpflegegesetz). Die Pflege steht hierbei nicht nur vor der Herausforderung, sprachliche Barrieren zu überbrücken, sondern muss auch die Bedürfnisse unterschiedlicher kultureller Gruppen und Personen erkennen und darauf angemessen reagieren (Lenthe, 2016).

Die vorliegende Arbeit untersucht die Unterstützungsmöglichkeiten durch Pflegende, im Handlungsbereich der Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland. Im Rahmen dieser Arbeit soll demnach folgende Fragestellung untersucht werden:

Wie können Pflegende Menschen mit Fluchterfahrung bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen?

Um diese Thematik untersuchen zu können, besteht zunächst die Notwendigkeit der Ermittlung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung. Diese werden im Immigrationsland bei dem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung vor besondere Herausforderungen gestellt. Dazu zählen unter anderem die kulturellen und sprachlichen Barrieren, Diskriminierung und ein Mangel an Informationen (WHO, 2018, S.53). Dieser Arbeit liegt die Vermutung zugrunde, dass sich aus diesen Faktoren spezifische Pflegebedarfe für Menschen mit Fluchterfahrung ergeben. Das Anliegen dieser Arbeit ist es daher, einen Überblick über bestehende Forschungsergebnisse zu erarbeiten. Der Recherche lag die folgende Fragestellung zugrunde:

Welche gesundheitlichen Bedürfnisse haben Menschen mit Fluchterfahrung?

Diese Arbeit hat das Ziel, aufzuweisen, wie die Pflegenden auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrungen eingehen können. Das Anliegen ist es Unterstützungsmöglichkeiten zu präsentieren, die die geflüchteten Menschen bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen und somit ihren gesundheitlichen Bedürfnissen gerecht werden.

Die vorliegende Arbeit ist in fünf Kapitel gegliedert. Im ersten Teil wird die für den Titel gewählte Bezeichnung „Menschen mit Fluchterfahrung“ genauer erläutert. Ergänzend werden Fluchtursachen, die Personen dazu bewegen, aus ihrer Heimat zu fliehen, vorgestellt. Anschließend folgen die Erfahrungen, die Menschen während der Flucht erleben. Im zweiten Teil wird der Frage nachgegangen, welche besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse Menschen mit Fluchterfahrungen haben. Im darauffolgenden Kapitel wird die Rolle der Pflegenden, in der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung, präsentiert. Hierbei werden Maßnahmen und

Kompetenzen aufgezeigt, welche die Schutzsuchenden bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen.

Der vierte Teil umfasst die Diskussion. An dieser Stelle werden die Ergebnisse interpretiert und miteinander verglichen. Abschließend folgt ein Fazit.

2. Methodik

Um die Forschungsfragen dieser Bachelorarbeit zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank *PubMed* durchgeführt. Die systematische Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum von April 2020 bis Mai 2020. Ergänzend erfolgte die Suche auf *Google Scholar*, um geeignete Veröffentlichungen zu finden.

Für die erste vorliegende Fragestellung: „Welche gesundheitlichen Bedürfnisse haben Menschen mit Fluchterfahrung?“ wurden folgende Suchbegriffe und ihre Synonyme für die Recherche in der Datenbank *PubMed* ausgewählt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Suchbegriffe der ersten Forschungsfrage (eigene Darstellung)

Suchbegriff	Synonyme	Englisch	Synonyme
Menschen mit Fluchterfahrung	Flüchtlinge, Geflüchtete, geflüchtete Menschen, Schutzsuchende	refugee*	asylum seeker*, fugitive*, displaced person*,
Gesundheitliche Bedürfnisse	Pflegebedürfnisse	health need*	health care need*, health requirement*, medical need*

Die Suchbegriffe und ihre Synonyme wurden ins Englische übersetzt und in verschiedenen Kombinationen mit den Bool'schen Operatoren verbunden (siehe A. 1). Um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde der Filter so eingestellt, dass nur Veröffentlichungen aus den letzten 10 Jahren angezeigt

werden. Weiterhin wurden die Auswahl der Artikel auf Literatur in deutscher und englischer Sprache begrenzt. Die Suche hat 308 Treffer ergeben. Zunächst wurden die Artikel nach Titel und Abstract überprüft. Eingeschlossen wurden ausschließlich qualitative Studien, in denen Menschen mit Fluchterfahrung über ihre gesundheitlichen Bedürfnisse während der Flucht und im Zielland berichten. Veröffentlichungen, die die gesundheitlichen Bedürfnisse von Schutzsuchenden außerhalb von Europa erfasst haben wurden ausgeschlossen. Nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden zwei Studien aus der Datenbank *Pubmed* ausgewählt. Anschließend wurde in der Datenbank *Google Scholar* eine weitere relevante Quelle identifiziert. Obwohl die Literaturrecherche über *Pubmed* auf Artikel begrenzt wurde, die nicht älter als 10 Jahre sind, wurden trotzdem ältere Artikel angezeigt. Aufgrund der geringen Datenlagen wurden zusätzlich relevante Publikationen ausgewählt, die älter als 10 Jahre sind.

Für die zweite Fragestellung: „Wie können Pflegende Menschen mit Fluchterfahrung bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen?“ wurde zunächst ein PIKO-Schema erstellt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: *PIKO-Schema zur zweiten Fragestellung (eigene Darstellung)*

P	Patient*innenpopulation	Menschen mit Fluchterfahrung
I	Intervention	Unterstützungsmöglichkeiten durch Pflegende
K	(Kontrollintervention)	-
O	Outcome	Erhaltung und Erlangung von Gesundheit für Schutzsuchende

Das PIKO-Schema wird in der Gesundheitsforschung oft angewandt, um klinisch relevante Fragestellungen zu formulieren. Hierbei wird zum einen die Patient*innengruppe (P) bestimmt, die Intervention (I), ggf. eine Kontrollintervention (K) sowie eine gewünschte Outcome (O) formuliert. Dies ermöglicht eine systematische und inhaltlich sinnvoll begrenzte Literaturrecherche.

Für die zweite Fragestellung wurden folgende Suchbegriffe und Synonyme in die systematische Literaturrecherche einbezogen (siehe Tabelle3).

Tabelle 3: Suchbegriffe der zweiten Forschungsfrage (eigene Darstellung)

Suchbegriff	Synonyme	Englisch	Synonyme
Pflegende	Pflegekräfte, Pflegepersonal, Pfleger*innen	nurse*	carer, caregiver
Schutzsuchende	Flüchtlinge, Geflüchtete, geflüchtete Menschen, Menschen mit Fluchterfahrung	refugee*	asylum seeker*, fugitive*, displaced person*,
Gesundheit	Gesundheitsversorgung	health	health care
unterstützen	helfen, fördern	support	aid, assist, help

Die oben aufgelisteten Suchbegriffe wurden ins Englische übersetzt und mit den Bool'schen Operatoren, OR und AND, verbunden (siehe A. 2). Hierbei wurde die Auswahl auf deutsch-und englischsprachige Literatur beschränkt, die innerhalb der letzten 10 Jahre erschienen ist. Es ergaben sich 133 Treffer. In dieser Arbeit wurden Publikationen, die Kompetenzen und Maßnahmen von Pflegenden, in der Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung präsentieren, eingeschlossen. Hierbei wurde ebenfalls eine relevante Studie ausgewählt die älter als 10 Jahre ist. Ausgeschlossen wurden Publikationen, die sich ausschließlich mit der Pflege von Schwangeren und Kindern, beschäftigen. Insgesamt wurden unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien drei Artikel für die Arbeit ausgewählt. Außerdem wurde über die Datenbank *Google Scholar* ein weiterer Artikel ausgewählt.

3. Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland

3.1 Begriffsklärung Menschen mit Fluchterfahrung

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe Migrant*in, Asylsuchende*r, Asylbewerber*in und Flüchtling immer wieder miteinander vertauscht oder als

Synonym verwendet (UNHCR, 2020). Das folgende Kapitel wird die genannten Begriffe genauer erläutern und begründen, warum für diese Arbeit der Begriff Menschen mit Fluchterfahrung gewählt wurde.

Der Grund, warum Menschen ihr Heimatland verlassen, bestimmt, ob sie als Migrant*in oder Flüchtling bezeichnet werden. Demnach ist ein*e Migrant*in nach der Definition des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR) eine Person, die freiwillig und aus eigener Motivation entscheidet, das Land zu verlassen. Ein Flüchtling hingegen ist eine Person, die sich aufgrund der Furcht vor Verfolgung gezwungen sieht, aus der Heimat zu fliehen (UNHCR, 2015, S.9).

Die Genfer Flüchtlingskommission (GFK) hat versucht, den Flüchtlingsbegriff näher zu definieren. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde das „Abkommen zur Rechtsstellung der Flüchtlinge“ am 28.Juli.1951 von der GFK verfasst. Dieses bildet die Basis für das internationale Flüchtlingsrecht. In dem Abkommen wird der Begriff „Flüchtling“ definiert, sowie die Flüchtlingseigenschaften festgelegt, um den rechtlichen Status und die Rechte einer Person bestimmen zu können. Im Mittelpunkt des Abkommens steht jedoch der Grundsatz der Nichtzurückweisung, das sogenannte „Non-Refoulement“ Gebot. Folglich verbietet dieses Gebot die Abschiebung von Personen in ihr Heimatland, wenn ihnen dort eine schwere Menschenrechtsverletzungen widerfahren könnte (UNHCR, 2015, S. 3).

In Anlehnung an das „Abkommen zur Rechtsstellung der Flüchtlinge“ wurde am 31. Januar 1967 das „Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“ verabschiedet. Da sich das Abkommen bisher nur auf Personen bezogen hat, die vor dem 1. Januar 1951 zu Flüchtlingen wurden. Hinsichtlich neuer Flüchtlingskrisen hat die GFK beschlossen, die zeitlichen und geographischen Faktoren zu erweitern (UNHCR, 2015, S.3).

Im 1. Artikel des Abkommens definiert die GFK einen Flüchtling als eine Person, die

„[...] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch

nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will [...]“ (UNHCR, 2015, S. 6).

Innerhalb eines Asylverfahrens wird dann entschieden, ob eine derartige Verfolgung vorliegt. Solange über den Asylantrag noch nicht entschieden wurde, werden diese Menschen als Asylsuchende bezeichnet (BMZ, 2020). Ist das Asylverfahren abgeschlossen und dem Asylsuchenden die Flüchtlingseigenschaft anerkannt, ist dieser ein Flüchtling (UNHCR, 2020).

Die Flüchtlingsdefinition der GFK ist allerdings mit einigen Schwierigkeiten behaftet. Es werden ausschließlich Flüchtlinge charakterisiert, die sich außerhalb ihres Heimatlandes befinden. Binnenflüchtlinge, also Menschen, die innerhalb ihres Landes, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, fliehen, werden nicht eingeschlossen. Ebenfalls nicht beachtet werden Faktoren, wie die Flucht vor Naturkatastrophen oder Armut (Jöris, 2015).

Das Wort „Flüchtling“ ist in der Öffentlichkeit ein umstrittener Begriff. Die Kategorisierung führt oftmals zu einer Homogenisierung, bei der die individuellen Schicksale der betroffenen Personen in den Hintergrund rücken.

Ebenfalls diskutiert wird die Wortwahl in diesem Zusammenhang. Die Endung des Wortes wirkt „passiv und unterlegen“ (Jöris, 2015). Aus diesem Grund werden alternative Begriffe wie „Geflüchtete“ oder „Refugee“ gewählt. Bei dem Begriff „Refugee“ wird versucht, das Ziel des Schutzsuchens in den Vordergrund zu stellen, anstatt den Fluchthintergrund zu thematisieren (Jöris, 2015). Welcher Begriff auch gewählt wird, der Mensch rückt bei dieser Kategorisierung in den Hintergrund und ihm werden bestimmte Eigenschaften aufgrund seiner Gruppenzugehörigkeit zugeschrieben. In der deutschen Bevölkerung ist der Begriff Flüchtling mit einem negativen Stigma behaftet. Es ist eine fremdbestimmte Identität, die den Menschen mit Fluchterfahrungen zugeteilt wird und sie auf ihren rechtlichen Status reduziert (Jöris, 2015). Es besteht die Gefahr, nicht mehr als individuelle Person gesehen zu werden. Dies kann zu sozialer Exklusion führen und eine große Belastung für die betroffene Person darstellen.

Nach Zalewski (2019) sollte das Flüchtlingsdasein als ein Lebensabschnitt angesehen werden und nicht als Identität. Es ist ein vorübergehender Teil des

Lebens, einer von vielen Teilen, den der Mensch zu dem Menschen macht, der er ist. Die Stigmatisierung führt zu einer Entmenschlichung (Zalewski, 2019, S.30-S.31). Aber auch das Ausweichen zu Begriffen wie Geflüchtete, Asylbewerber oder anderen Bezeichnungen dieser Art führen nicht zu einer Vermeidung der Stigmatisierung (Jöris, 2015). Laut Zalewski (2019) ist nur eine sinnvolle Kategorisierung zulässig und das ist die Bezeichnung: Mensch (Zalewski, 2019, S.31).

Die Autorin dieser Arbeit hat die Bezeichnung Menschen mit Fluchterfahrung bewusst gewählt, da an dieser Stelle die Betonung auf dem Wort Mensch liegt. Für die vorliegende Arbeit wird die Autorin ausschließlich die Begriffe Menschen mit Fluchterfahrung, asylsuchende Menschen, Schutzsuche, und geflüchtete Menschen verwenden.

3.2 Fluchtursachen

Nuscheler (2004) unterscheidet bei den Ursachen der Flucht die sogenannten Schub- und Sogfaktoren (push- und pull-Faktoren). Ein Modell, das in der Migrationsforschung aufgrund seiner Einfältigkeit stark diskutiert wird, da es die Komplexität des Migrationsgeschehen nicht ausreichend berücksichtigt. Dennoch bietet es ein strukturiertes Grundmuster, um die Ursachen von Migration zu erklären (Nuscheler, 2004, S. 102).

Die Schubfaktoren (push-Faktoren) sind die Gründe die Menschen dazu bewegen, aus ihrem Heimatland zu flüchten. Gewalt ist einer der Hauptgründe, warum sich Menschen bedroht fühlen und ihre Heimat verlassen. Entscheidend ist, dass die Menschen nicht aus eigener Motivation ihre Heimat verlassen, sondern durch die herrschenden Umstände in ihrem Land dazu gezwungen werden. Dazu zählen Kriege, Diskriminierung und politische Verfolgung, wobei eine enorme Einschränkung der Grundfreiheiten vorliegt und die Menschenrechte verletzt werden. Weitere bedeutende Faktoren stellen die Armut sowie Umweltkatastrophen und die Arbeitslosigkeit dar (Nuscheler, 2004, S. 102).

Unter den Sogfaktoren (pull-Faktoren) sind die positiven Lebensbedingungen der Zielländer zu verstehen. Exemplarisch hierfür sind die Arbeit und ein verlässliches Einkommen sowie Sicherheit und Freiheit. Bei der Arbeitsmigration, Emigration auf Dauer und der Wirtschaftsflucht sind die Sogfaktoren vorrangig. Wichtig zu betonen ist, dass Migrationsvorgänge meist multifaktoriell sind. Der Drang, das eigene Land zu verlassen entsteht dadurch, dass die Menschen mit den Lebensbedingungen im Heimatland unzufrieden sind. Die Schubfaktoren stellen demnach den Ausgangspunkt für die Flucht dar (Nuscheler, 2004, S. 102-S.103).

Um herausfinden zu können, aus welchen Gründen Menschen nach Deutschland fliehen, ist es zunächst sinnvoll, einen Blick in die Herkunftsländer der betroffenen Personen zu werfen (IAB, 2016, S.40). Der UNHCR veröffentlicht jährlich eine Statistik zu den Zahlen der geflüchteten Menschen weltweit. Um einen Überblick über das Ausmaß des Migrationsgeschehens zu erhalten, werden im Folgenden die Zahlen von Ende 2017 bis Ende 2018 präsentiert. Laut des UNHCR (2019) waren am Ende des Jahres 2018 weltweit rund 70,8 Millionen Menschen auf der Flucht. Davon sind 25,9 Millionen Menschen mit Fluchterfahrung, die ihr Land aufgrund von Verfolgung, Krieg, Menschenrechtsverletzung oder Naturkatastrophen verlassen mussten (UNHCR, 2019, S. 2). Deutschland zählt zu einem der Hauptaufnahmeländer von geflüchteten Menschen in Europa. Im Jahr 2018 hat Deutschland ca. 1,1 Millionen Menschen aufgenommen. Die meisten geflüchteten Menschen kamen aus Syrien, Afghanistan, Eritrea, Irak, Somalia und Nigeria (UNHCR, 2019, S. 13,14,18).

Die Ursachen, die die Menschen dazu bewegen, aus ihrem Heimatland zu fliehen, sind dabei sehr unterschiedlich. Im Folgenden werden Push- und Pull-Faktoren aufgeführt, von denen geflüchtete Menschen in Deutschland berichtet haben.

Menschen aus Syrien sind besonders von den Auswirkungen, die der dortige Bürgerkrieg auf ihr Land hat, betroffen. Das Land wird dominiert von Terrorgruppen, wie dem Islamischen Staat (IS) und dem Assad-Militär. Aufgrund von Bombenangriffen werden ihre Häuser, Dörfer und öffentliche Einrichtungen zerstört. Sie haben ständige Angst um ihr Leben und müssen oftmals unerwartet ihre Heimat verlassen. Frauen und Männer werden entführt, versklavt oder zum Militärdienst

gezwungen. Die Menschen dort haben aufgrund der zerstörten Infrastruktur nicht die Möglichkeit, Schulen zu besuchen und haben keine Arbeit (IAB, 2016, S.41).

Afghanistan ist ebenfalls ein Land, das von Gewalt und Terror geprägt ist. Die Taliban schränken die Rechte der Menschen stark ein und Frauen werden entführt und vergewaltigt. Viele Afghanen sind Analphabeten aufgrund der fehlenden Bildungsmöglichkeiten im Land. Die Sicherheitssituation gilt als sehr kritisch (IAB, 2016, S.47).

Fluchtursachen von Menschen aus Eritrea sind die Auswirkungen der langjährigen Diktatur im Land. Sowohl Männer als auch Frauen werden für unabsehbare Zeit in den Militärdienst eingezogen und ihnen werden willkürliche Gefängnisstrafen erteilt (IAB, 2016, S.50). Die Menschen leben in Perspektivlosigkeit und mit ständiger Angst um ihr Leben (IAB, 2016, S.40). Dieser kleine Ausschnitt an Push-Faktoren verdeutlicht die prekäre Lage in den Herkunftsländern von Menschen mit Fluchterfahrung.

Als sogenannte Pull-Faktoren, nach Deutschland zu kommen, nennen die Schutzsuchenden vor allem Sicherheit und Frieden. Sie haben die Hoffnung, einen Arbeitsplatz zu bekommen und ihren Kindern eine Zukunftsperspektive bieten zu können. Außerdem schätzen sie, dass die Bildung in Deutschland einen hohen Stellenwert hat und es möglich ist kostenlos, zu studieren. Ein weiterer Faktor, der Deutschland zu ihrem Ziel gemacht hat, ist die Meinungs- und Religionsfreiheit sowie die Demokratie im Land mit einer funktionierenden Verwaltung. Zu einem der Hauptgründe zählt aber auch das korruptionsfreie Gesundheitssystem und die medizinische Versorgung (IAB, 2016, S.75). Eine betroffene Person berichtet: „Der erste Grund war die Freiheit, die man in Deutschland genießen darf, kann. Dann der zweite Grund war die medizinische Versorgung, da habe ich gehört, dass es die beste ist, ich habe noch Kriegsverletzungen.“ (IAB, 2016, S.77).

3.3 Fluchterfahrungen

Während der Flucht sind die Menschen oftmals gefährlichen Situationen ausgesetzt. Dabei haben die betroffenen Personen stetig das Ziel, diesen lebensbedrohlichen Situationen aus dem Weg zu gehen. Allerdings ist dies nicht immer möglich. Besonders die Route über das Mittelmeer und die Westbalkan-

Route hat bei vielen Menschen traumatisierende Erfahrungen hinterlassen. Auf der Strecke über das Meer kommt es in den Booten zu lebensbedrohlichen Situationen. Bei der Flucht über Land berichten die Menschen, dass sie Übergriffe durch die Polizei, das Militär und kriminelle Banden erfahren haben (IAB, 2016, S.60). Die Menschen auf der Flucht leben mit der ständigen Angst um ihr Leben. Zusätzlich zu diesen traumatisierenden Erfahrungen kommen die Anstrengungen, die die Flucht mit sich bringt. Die Menschen müssen lange Strecken zu Fuß hinter sich bringen, haben teilweise lange Wartezeiten, sie müssen im Freien schlafen und haben einen unregelmäßigen Zugang zu Essen und Trinken. Die betroffenen Personen beschreiben ein Gefühl des ausgeliefert seins, dass mit Frustration und Angst verbunden ist (IAB, 2016, S.60).

4 Gesundheitliche Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche aufgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zu präsentieren. Die Literatur basiert auf drei qualitativen Studien, in denen Menschen mit Fluchterfahrung aus ihrer Sicht über Herausforderungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung berichten und ihre gesundheitlichen Bedürfnisse äußern. In Deutschland gibt es bisher kaum repräsentative Daten in Bezug auf die Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung (Bozorgmehr et al., 2016, S. 611). Aus diesem Grund hat die Autorin sich entschieden, weitere ausländische Studien hinzuzuziehen. Hierbei wurde darauf geachtet, dass die geflüchteten Menschen aus denselben Herkunftsländern stammen, wie die betroffenen Personen, die nach Deutschland fliehen. Zunächst folgt eine kurze Vorstellung der Studien, um einen Überblick über die Literatur zu geben. Anschließend werden die Ergebnisse in einzelnen Kapiteln dargestellt.

4.1 Vorstellung der Studien

Van Loenen et al. veröffentlichten 2017 eine qualitative Studie hinsichtlich der ärztlichen Grundversorgung für Menschen mit Fluchterfahrung in Europa. Hierbei wurden 98 Flüchtlinge bezüglich ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse, Barrieren beim

Zugang zur Gesundheitsversorgung und den daraus resultierenden Wünschen interviewt. In sieben EU-Ländern führten sie eine qualitative Fallstudie unter der Verwendung der Participatory Learning and Action (PLA₁) Methode durch. Die Befragung wurde zwischen Februar und März 2016 durchgeführt. Als Setting wählten sie verschiedene Standorte, die den Weg den ein Flüchtling in Europa durchläuft widerspiegeln soll. Zu den Settings zählten unter anderem. Flüchtlingsunterkünfte in Griechenland, Ungarn, Italien, Österreich und der Niederlande. Die Mehrheit der befragten waren Männer im Alter von 18 bis 30 Jahren. Die meisten Befragten stammen aus Syrien und Afghanistan (van Loenen, 2017, S.82- S.84).

Hahn et al. (2020) ermitteln in ihrer Publikation die Erfahrungen, die Schutzsuchende und Therapeut*innen in der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung gemacht haben. Die qualitative Studie umfasst 25 Teilnehmer*innen. Die geflüchteten Menschen (n=12) stammen aus Afghanistan und dem Irak und sind ansässig in einer Flüchtlingsunterkunft in Schleswig-Holstein in Deutschland. Ebenfalls teilgenommen haben Therapeut*innen (n=7) und Mitarbeiter*innen aus der Verwaltung (n=6) die im direkten oder indirekten Kontakt mit Menschen mit Fluchterfahrung stehen. Hahn et al. (2020) wählen als Methode halbstrukturierte Interviews. Die Sammlung der Daten erfolgte im Zeitraum von August 2016 bis März 2017 (Hahn et al., 2020, S.1-S.4).

Bahtia und Wallace (2007) befragten asylsuchende und geflüchtete Menschen in Großbritannien bezüglich ihrer Erfahrungen mit der ärztlichen Grundversorgung und erfragten mögliche Verbesserungsvorschläge. Sie wählten ein qualitatives Studiendesign und führten 11 halbstrukturierte Interviews durch. Die Mehrheit der Teilnehmer*innen sind Frauen (n=9). Die meisten stammen aus Afghanistan (n=3), Somalia (n=2) und Nigeria (n=2) (Bahita, Wallace, 2007, S.2-S.4).

Da in dieser Arbeit auf die gesundheitlichen Bedürfnisse aus Sicht der Menschen mit Fluchterfahrung eingegangen wird, wurden die Aussagen von den

¹ Die PLA Methode, ist eine Methode, qualitative Forschung durchzuführen. Sie ermöglicht ein Verständnis über Personengruppe oder Situationen zu entwickeln und verschiedene Perspektiven darzustellen (INTRAC, 2017).

Therapeut*innen und andere Mitarbeiter*innen in den ausgewählten Studien nicht mit einbezogen. Die folgenden Kapitel gehen der Frage nach, welche gesundheitlichen Bedürfnisse Menschen mit Fluchterfahrung haben. In dieser Arbeit wird der Begriff Bedürfnis im Sinne von „Wunsch, Verlangen nach etwas; Gefühl, jemandes, einer Sache zu bedürfen, [...] etwas nötig zu haben“ (Duden, 2020) verwendet. Aus den eingeschlossenen Studien wurden Hauptkategorien gebildet, die die Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung darstellen: Akzeptanz und Gleichberechtigung, Kulturelle Kompetenz, Informationen zum Gesundheitssystem, Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung, Reduzierung von mentalem Stress nach der Migration.

4.2 Akzeptanz und Gleichberechtigung

Van Loenen et al. (2017) präsentieren, welche Wünsche aus Sicht der Menschen mit Fluchterfahrung im Hinblick auf ihre gesundheitliche Versorgung bestehen. Am wichtigsten ist ihnen eine freundliche und respektvolle Haltung seitens der Mitarbeiter*innen in der Gesundheitsversorgung. Für die Schutzsuchenden ist das Gefühl der Akzeptanz eine Voraussetzung für die Entwicklung von Vertrauen (van Loenen, 2017, S.85).

In der Forschungsarbeit von Hahn et al. (2020) äußern betroffenen Personen das Verlangen, nicht länger aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt zu werden. Es besteht der Wunsch nach Gleichberechtigung in der medizinischen Versorgung (Hahn et al., 2020, S.4).

Die Angst vor der Stigmatisierung spielt sowohl bei van Loenen et al. (2017) als auch bei Bahita und Wallace (2007) eine bedeutende Rolle (van Loenen, 2017, S.85; Bahita, Wallace, 2007, S.5). Das Stigma, dass mit ihnen behaftet ist, führt dazu, dass sie Angst davor haben, medizinische Versorgung anzunehmen. Die Befragten berichten darüber, dass Pflegende sie anders behandelt haben, als sie rausgefunden haben, dass sie geflüchtete Menschen sind. Zusätzlich betonen sie, dass sie als asylsuchende Menschen angeschaut werden als wären sie nicht menschlich (Bahita, Wallace, 2007, S.4.-S.5).

Aufgrund der Stigmatisierung von geflüchteten Menschen innerhalb des Gesundheitssystems verlangen die betroffenen Personen, nach Bahita und Wallace

(2007), eine Veränderung der Einstellung ihnen gegenüber. Diese Veränderung soll nicht nur im Gesundheitssystem geschehen, sondern in der gesamten Gesellschaft. Für sie ist es von großer Bedeutung, dass die Menschen verstehen, welche Beweggründe es dafür gegeben hat, dass sie aus ihrer Heimat geflüchtet sind. Anstatt daran zu glauben, dass sie nur in das Zielland gekommen sind, um das kostenlose Gesundheitssystem auszunutzen. Laut Bahita und Wallace (2007) haben Schutzsuchende das Bedürfnis, dass diese Art der Diskriminierung behandelt werden muss, um sich bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung wohlfühlen zu können (Bahita, Wallace, 2007, S.5).

4.3 Kulturelle Kompetenz

Ein Faktor, den die Menschen mit Fluchterfahrung in der Studie von van Loenen et al. (2017) genannt haben, ist der Wunsch nach kultureller Kompetenz seitens des Personals in der Gesundheitsversorgung sowie der Dolmetscher. Mitfühlendes und kompetentes Personal steht für die geflüchteten Menschen an erster Stelle (van Loenen, 2017, S.85-S.86). Van Loenen et al. (2017) weisen darauf hin, dass die Schulung von kultureller Kompetenz dabei helfen kann, kulturelle und sprachliche Barrieren zu bewältigen (van Loenen, 2017, S.85).

4.4 Kommunikation

Im Hinblick auf die Kommunikation äußerten die meisten geflüchteten Menschen das Bedürfnis nach Ärzte*innen, die ihnen zuhören. Für sie ist es von großer Bedeutung, dass die Ärzt*innen auf die Hintergründe ihrer Erkrankungen achten. Ergänzend beschreiben sie, dass sie eine ausführliche Beratung hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Einschränkungen präferieren würden, anstatt Medikamente verschrieben zu bekommen. Die Fürsorge, die ihnen in der Beratung gegeben wird, schätzen die Menschen mit Fluchterfahrung sehr. (Bahita, Wallace, 2007, S.5-S.6).

Ein weiterer Wunsch ist das Einsetzen der gleichen Dolmetscher*innen bei jeder Beratung. Dadurch haben die Schutzsuchenden die Möglichkeit, eine Beziehung zu den Dolmetscher*innen zu entwickeln. Zusätzlich gibt es ihnen mehr Sicherheit nur

eine*n Übersetzer*in zu haben (Bahita, Wallace, 2007, S.6). Laut Van Loenen et al. (2017) sind die Sprachbarrieren in jedem Setting problematisch. Der Einsatz von Dolmetscher*innen ist aufgrund der Verfügbarkeit nicht immer möglich. Besonders im Bereich der psychischen Gesundheit äußern die geflüchteten Menschen, dass erfahrenere Dolmetscher*innen wünschenswert gewesen wären (van Loenen, 2017, S.85).

4.5 Informationen zum Gesundheitssystem

Ein weiterer Wunsch, der von den Menschen mit Fluchterfahrung geäußert wird, ist die Bereitstellung von mehr Informationen zu der lokalen Organisation der Gesundheitssysteme. Van Loenen et al. (2017) beschreiben, dass die örtlichen Abläufe und Regelungen oftmals unklar sind. Die geflüchteten Menschen wünschen sich besonders im Hinblick auf den Zugang zu Hausärzt*innen mehr Transparenz. Ebenso wie die Vorgehensweise bei gesundheitlichen Notfällen. Aufgrund fehlender Informationen berichten die Menschen mit Fluchterfahrung, dass es ihnen schwergefallen ist, sich bei den Gesundheitsbehörden und administrativen Angelegenheiten zurechtzufinden (van Loenen, 2017, S.85).

4.6 Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung

Das Bedürfnis nach Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung wurde von Menschen mit Fluchterfahrung in mehreren Studien beschrieben (Bahita, Wallace, 2007, S.5; van Loenen et al., 2017, S.85). In der Arbeit von Bahita und Wallace (2007) wünschen sich die asylsuchenden Menschen mehr Kontinuität mit den Hausärzt*innen und den Dolmetscher*innen. Aus ihrer Sicht ist dies förderlich für das Verhältnis zu den Hausärzt*innen und eine Voraussetzung für die Entwicklung von Vertrauen (Bahita, Wallace, 2007, S.5).

Nach van Loenen et al. (2017) ist der Mangel an Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung ein entscheidendes Problem, das mit dem Mangel an Informationen über die Schutzsuchenden verknüpft ist. Oftmals haben geflüchtete Menschen keine Krankenakte oder die Dokumente sind in ihrer Muttersprache. Außerdem ist

es schwierig für Menschen, die sich noch auf der Flucht befinden, Medikamente zur Verfügung zu stellen (van Loenen et al., 2017, S.85).

4.7 Psychologische Betreuung nach der Migration

Van Loenen et al. (2017) kommen in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Fluchterfahrung sich wünschen, keine professionelle, psychologische Versorgung während der Flucht und in Transitzentren zu erhalten. Ihnen ist es wichtig, ihre Reise möglichst schnell fortsetzen zu können und im Zielland anzukommen. Vielmehr wünschen, sie sich eine*n Ansprechpartner*in, mit dem sie sich unterhalten können, um über Probleme zu sprechen und Stress abzubauen. In Langaufenthaltszentren und nach Ankunft im Zielland besteht nach van Loenen et al. (2017) das Bedürfnis für Schutzsuchende nach psychologischer Betreuung. Laut Aussagen der betroffenen Personen ist die psychologische Betreuung wichtiger als Medikamente und eine nicht Behandlung führt dazu, dass ihre Probleme größer werden bzw. sich vermehren. Allerdings ist die Verfügbarkeit Dolmetscher*innen nicht immer gegeben (van Loenen et al., 2017, S.84-S.85).

Die Ergebnisse des 4. Kapitels haben gezeigt, dass Menschen mit Fluchterfahrung besondere gesundheitliche Bedürfnisse haben. Es wird deutlich, dass der Fokus auf der Interaktion zwischen dem Gesundheitspersonals und den geflüchteten Menschen liegt. Die Akzeptanz und kulturelle Kompetenz seitens des Gesundheitspersonals ist für Schutzsuchende in der gesundheitlichen Versorgung von großer Bedeutung.

5. Die Rolle der Pflege in der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung

Um den komplexen Bedürfnissen der Menschen mit Fluchterfahrungen gerecht zu werden, ist es notwendig, ein migrantensensibles Gesundheitssystem zu schaffen. In Ländern in denen vermehrt Menschen Schutz suchen, steht die entsprechende Edukation des Gesundheitspersonals an erster Stelle. Pflegende benötigen für eine wirksame Behandlung Informationen und Schulungen, um die gesundheitlichen Herausforderungen in der Arbeit mit geflüchteten Menschen bewältigen zu können

(Jakab, 2015). In dem folgenden Kapitel wird die Rolle der Pflege in der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung näher erläutert. Hierbei werden Handlungsfelder und Kompetenzen von Pflegenden beschrieben, die Schutzsuchende bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen.

5.1 Pflege in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland

In der Studie „Flüchtlinge sind Menschen wie wir“ untersuchen Bensch und Krah (2017) Handlungsfelder für Pflegende und Verbesserungsmaßnahmen in der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung in Aufnahmeeinrichtungen. Der Leitfaden für die Interviews basiert auf einer Literaturrecherche, aus der sechs Publikationen für diese Arbeit ausgewählt wurden. Es haben drei Interviews mit Pflegenden stattgefunden, darunter zwei Frauen und ein Mann mit einer Berufserfahrung zwischen vier und 36 Jahren. Nach einer Inhaltsanalyse der Interviews entwickeln Bensch und Krah vier Hauptkategorien. Dazu zählen die medizinisch orientierte Pflege, pflegerische Kernaufgaben, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten (Bensch, Krah, 2017, S.50-S.51). Der Fokus in dieser Arbeit wird auf der medizinisch orientierten Pflege, den pflegerischen Kernaufgaben und den Verbesserungsmöglichkeiten liegen, da in diesen Kategorien die Unterstützungsmöglichkeiten durch Pflegende beschrieben werden.

In der ersten Kategorie erläutern Bensch und Krah (2017) die „Medizinisch orientierte Pflege“. Die Pflegenden unterstützen die Menschen mit Fluchterfahrung durch pflegerische Aufgaben wie die Messung der Vitalzeichen, die Kontrolle des Blutzuckers sowie bei der Wundversorgung. Pflegende führen Schwangerschaftstests durch, nehmen Stuhlproben und kontrollieren die geflüchteten Menschen auf Läuse und Flöhe. Weitere Aufgaben sind das Infusions- und Injektionsmanagement und die Prüfung auf ansteckende Krankheiten. Außerdem werden die den Ärzt*innen verordneten Medikamente ausgehändigt oder verabreicht (Bensch, Krah, 2017, S.51-S.52).

In der zweiten Kategorie präsentieren Bensch und Krah (2017) die pflegerischen Kernaufgaben. Laut der Pflegenden besteht ihre Hauptaufgabe darin, den Menschen mit Fluchterfahrung zuzuhören. Das Beobachten, Zuhören und die

Gesprächsführung bilden die Basis dafür, geflüchtete Menschen und ihre gemachten Erfahrungen zu verstehen und um ihnen anschließend helfen zu können. In der Nacht besteht der Bedarf von Pflegenden beruhigt zu werden, da die Flüchtlinge häufig traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit erlebt haben und psychisch sehr belastet sind (Bensch, Krahl, 2017, S.51-S.52).

Bei auftretenden Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Pflegenden und Menschen mit Fluchterfahrung behelfen sie sich mit Gestik und Mimik. Ebenfalls werden bei Bedarf englischsprachige Schutzsuchende bei der Übersetzung hinzugezogen und sie klären die Pflegenden über fremde Kulturen auf (Bensch, Krahl, 2017, S.51-S.52).

Eine weitere bedeutende Aufgabe der Pflegenden ist die Beratung. Häufig haben die Flüchtlinge Wissenslücken im Bereich der Hygiene und der gesundheitlichen Versorgung. Mit Hilfe von Demonstration erläutern die Pflegenden die richtige Anwendung von Hygieneprodukten, wie zum Beispiel das korrekte Zähne putzen oder das Hände waschen. Ergänzend helfen Pflegende den Menschen mit Fluchterfahrung dabei, ein Verständnis für die Blutzuckerwerte zu entwickeln, erläutern, welche Maßnahmen zur Fiebersenkung notwendig sind und wie ansteckende Krankheiten übertragen werden. (Bensch, Krahl, 2017, S.51-S.52).

Ein weiterer Punkt in dieser Kategorie ist das Begleiten der geflüchteten Menschen ins Krankenhaus. Das neue Gesundheitssystem im Zielland wirkt auf die betroffenen Personen verunsichernd und wird aufgrund dessen oftmals aus dem vermieden. Hier beschreiben Bensch und Krahl (2017), dass die Pflegenden die Menschen mit Fluchterfahrung unterstützen können indem sie sie zum Krankenhaus begleiten. Einer von Bensch und Krahl (2017) beschriebener Vorteil hierbei ist, dass sie dadurch das Vertrauen zu den betroffenen Menschen stärken können. Außerdem informieren die Pflegenden über die Abläufe des Gesundheitssystems (Bensch, Krahl, 2017, S.51-S.52).

Als wichtige Eigenschaften von Pflegenden beschreiben Bensch und Krahl (2017) Geduld, Fürsorge und das menschliche Miteinander. Besitzen Pflegende diese Eigenschaften kann dies allein schon eine große Unterstützung für die geflüchteten Menschen bedeuten (Bensch, Krahl, 2017, S.51-S.52).

In der nächsten Kategorie beschreiben die Pflegenden Verbesserungsmöglichkeiten für die Zusammenarbeit mit Menschen mit

Fluchterfahrung in Aufnahmeeinrichtungen. Bei der Kommunikation und in der Behandlung von geflüchteten Menschen kommt es bei den Pflegenden teilweise zu Missverständnissen und Verunsicherung. Bensch und Krah (2017) empfehlen Pflegende in Aufnahmeeinrichtungen, mit Hilfe von Fortbildungen für die Arbeit mit Schutzsuchenden, zu qualifizieren. Dies soll es ermöglichen, eine kulturelle Kompetenz bei den Pflegenden zu entwickeln. Die Autorinnen betonen, dass in Deutschland Pflegeexpert*innen, mit einer speziellen Ausbildung für die Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrungen dringend notwendig sind (Bensch, Krah, 2017, S.53).

5.2 Kulturelle Kompetenzen von Pflegenden

Im folgenden Teil werden die kulturellen Kompetenzen, die Pflegende für die Arbeit bei Menschen mit Fluchterfahrungen besitzen sollten, beschrieben. Hierbei wird die Wichtigkeit dieser Kompetenzen erläutert und inwiefern Pflegende Menschen mit Fluchterfahrung bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen können.

Aufgrund des breiten Spektrums an gesundheitlichen Bedürfnissen von asylsuchenden Menschen haben Suurmond et al. (2010) in ihrer Forschungsarbeit Pflegende bezüglich ihrer kulturellen Kompetenzen befragt. Insgesamt haben 89 niederländische Pflegende Fragebögen ausgefüllt und zusätzlich wurden sechs Gruppeninterviews durchgeführt. Die Befragten haben zum Zeitpunkt der Studie im Durchschnitt neun Jahre Arbeitserfahrung mit asylsuchenden Menschen. Außerdem hat die Mehrheit der Teilnehmer*innen angegeben, bereits an Fortbildungen zum Thema kultureller Kompetenz teilgenommen zu haben. Die Analyse der Ergebnisse hat ergeben, dass es mehrerer spezifischer Kompetenzen für den Kontakt im Bereich der gesundheitlichen Versorgung mit asylsuchenden Menschen bedarf. Suurmond et al. unterteilt diese Kompetenzen mit den Begriffen Fachwissen, Bewusstsein und Fähigkeiten (Suurmond et al., 2010, S.821-S.823). Diese werden im Folgenden genauer erläutert.

Laut Suurmond et al. (2010) ist es von besonderer Bedeutung, dass die Pflegenden ein bestimmtes Fachwissen bezüglich der politischen und humanitären Lage im

Herkunftsland der asylsuchenden Menschen besitzen. Mit Hilfe dieser Informationen können die Pflegenden die gesundheitlichen Bedarfe der Menschen mit Fluchterfahrung besser einschätzen. Menschen, die beispielsweise Krieg in ihrem Heimatland erfahren haben, haben andere Bedürfnisse als Menschen, die über lange Zeit durch die Wüste gewandert sind und nur wenig bis gar keine Nahrung zur Verfügung hatten. Pflegende haben hierbei die Aufgabe, relevante Informationen für die jeweilige Gruppe von asylsuchenden Menschen identifizieren zu können, um diese wiederum in der Praxis anzuwenden (Suurmond et al., 2010, S.824).

Ebenfalls von Bedeutung ist das Fachwissen über die Epidemiologie und Manifestation von Krankheiten in dem Herkunftsland der betroffenen Personen. Laut Suurmond et al. (2010) ist es hilfreich für Pflegende, über Krankheiten, wie das humane Immunschwäche-Virus (HIV), Malaria, Würmer und die verschiedenen übertragbaren Krankheiten informiert zu sein (Suurmond et al., 2010, S.824).

Eine wichtige Rolle spielen ebenfalls die Auswirkungen, die die Flucht auf die Gesundheit von Schutzsuchenden haben kann. Für die Pflegenden ist es wichtig, zu wissen, ob die gesundheitlichen Probleme vor, während oder nach der Flucht aufgetreten sind (Suurmond et al., 2010, S.824).

Außerdem ist es wichtig, dass Pflegenden sich bewusst sind, in welcher rechtlichen Lage sich die Menschen mit Fluchterfahrung im Zielland befinden. Menschen mit Fluchterfahrung haben häufig die Sorge, dass die Informationen, die sie an Pflegende geben, nicht vertraulich behandelt werden und somit ihren Asylantrag negativ beeinflussen können. Pflegende haben an dieser Stelle die Aufgabe, den betroffenen Personen zu erklären, dass dies nicht der Fall ist und sie dazu verpflichtet sind, Angaben vertraulich zu behandeln. Laut der Pflegenden ist diese Angst der Schutzsuchenden eine große Barriere in der Bildung einer Vertrauensbasis (Suurmond et al., 2010, S.824). Kulturelle Kompetenz bedeutet ebenfalls, dass Pflegende ein Bewusstsein dafür besitzen, wie Kultur das Verhalten und das Denken von Menschen prägen kann. Ein Aufgabenbereich der Pflegenden ist es hierbei, den asylsuchenden Menschen respektvoll, empathisch und offen zu begegnen (Suurmond et al., 2010, S.823-S.824).

Die Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung mit Menschen mit Fluchterfahrung aufzubauen, gehört laut Suurmond et al. (2010) ebenfalls zur kulturellen Kompetenz der Pflegenden. Das Vertrauen in der Beziehung zwischen geflüchteten Menschen und Pflegenden ist ausschlaggebend für den weiteren Verlauf der Behandlung. Bei dem Kontakt mit Schutzsuchenden ist es notwendig, so früh wie möglich eine vertrauensvolle Beziehung zu entwickeln. Dies ist hilfreich für die Menschen mit Fluchterfahrung, da es ihnen leichter fällt, über psychische Probleme zu sprechen. Außerdem wird den Pflegenden dadurch ermöglicht mehr Fragen über traumatische Erlebnisse zu stellen. Vorteilhaft sind gute Kommunikationsfähigkeiten, wie das Zuhören (Suurmond et al., 2010, S.824).

Eine weitere Kompetenz, die Suurmond et al. (2010) beschreibt, ist die Fähigkeit, Fragen zu traumatischen Ereignissen und persönlichen Problemen zu stellen. Pflegenden können diese Fragen einfühlsam einleiten, beispielsweise mit dem Satz „Ich werde dir jetzt einige Fragen stellen, die etwas schmerzhaft für dich sein könnten.“ (Suurmond et al., 2010, S.824). Hierbei werden die asylsuchenden Menschen auf die folgenden Fragen vorbereitet und können selbst entscheiden, ob sie diese beantworten möchten. Auch die in der Anamnese vorkommenden Fragen können schmerzhaft Gefühle und Verlusterfahrungen bei Menschen mit Fluchterfahrungen hervorrufen, wie beispielsweise „Sind die verheiratet?“ oder „Haben sie Kinder?“ (Suurmond et al., 2010, S.824).

Ein weiterer Punkt ist die Fähigkeit, den Menschen mit Fluchterfahrungen erklären zu können, was von dem Gesundheitssystem zu erwarten ist. Asylsuchende Menschen haben oft eine unrealistische Erwartungshaltung gegenüber der Versorgung im Zielland. Suurmond et al. (2010) führt hier das Beispiel an, das die betroffenen Personen denken, dass es möglich sei, Antibiotika in diversen Geschäften zu erwerben und es jederzeit möglich sei, Ärzt*innen aufzusuchen. Für die Pflegenden gilt an dieser Stelle, Aufklärungsarbeit zu leisten, da sich die Gesundheitssysteme von Land zu Land unterscheiden. Die Aufklärung über das Gesundheitssystem ist von besonderer Bedeutung für asylsuchende Menschen, da sie sich sonst von der Versorgung ausgeschlossen fühlen und es die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung negativ beeinflusst (Suurmond et al., 2010, S.824).

Suurmond et al. (2010) kommt zu dem Ergebnis, dass kulturelle Kompetenz weiterhin verbessert werden muss. Rund 40% der Befragten gaben an, dass mehr Fortbildungen für die Zusammenarbeit mit asylsuchenden Menschen notwendig sind. Als Beispiele dafür nennen sie die Fähigkeit, zuzuhören, den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, Fachwissen über die Herkunftsländer der Schutzsuchenden sowie das Verstehen von Körpersprache. Die Pflegenden sind der Ansicht, dass diese kulturellen Kompetenzen mit Hilfe von Schulungen vermittelt werden können. Hingegen geben 24% der Probanden an, dass kulturelle Kompetenz erlernt werden kann durch die Erfahrungen, die in der Praxis mit betroffenen Personen gemacht werden. Konkrete Fallbesprechungen mit Kolleg*innen, Gespräche mit geflüchteten Menschen über ihre Gefühle sowie die Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen steigern die kulturelle Kompetenz von Pflegenden (Suurmond et al., 2010, S.824-S.825).

5.3 Operation Safe Haven

Im folgenden Kapitel wird ein Modell aus Australien beschrieben, das die Handlungsbereiche der Pflegenden in der Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrungen beschreibt.

Die „Operation Safe Haven“ ist ein Modell aus Australien. Aufgrund der hohen Zuflüsse an geflüchteten Menschen wurden an verschiedenen Standorten in Australien Aufnahmeeinrichtungen für Schutzsuchende namens „Safe Haven“ errichtet. Die dort arbeitenden Pflegenden haben keine spezielle Ausbildung für die Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung. Griffith et al. haben in ihrer Studie untersucht, welche Fähigkeiten Pflegende bei der Versorgung von geflüchteten Menschen benötigen. Innerhalb dieser Untersuchung wurden 13 Pflegende und eine medizinische*r Fachangestellte*r in Gruppen interviewt (Griffiths et al., 2003).

Griffiths et al. (2003) kommen zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Fluchterfahrung häufig eine unmittelbare gesundheitliche Versorgung benötigen. Pflegende sind in diesem Fall die erste Anlaufstelle für die betroffenen Personen. Um eine angemessene Versorgung gewährleisten zu können, benötigen die Pflegenden ein spezielles Training und spezielle Fähigkeiten. Innerhalb der ersten

Monate der Operation benötigen die Pflegenden klinische Fähigkeiten im Hinblick auf die Triage, die Erstaufnahme der Person und die Einschätzung der Symptome, sowie die Notfallversorgung. Für Pflegenden aus der Akutversorgung war diese Art der Versorgung kein Problem. Einige andere Pflegenden benötigten zusätzliches Training. Dazu gehören, unter anderem die Venenpunktion und die Anwendung eines Elektrokardiogramms (Griffiths et al., 2003).

Im weiteren Verlauf äußerten die Pflegenden mehr Informationen über die Menschen mit Fluchterfahrung zu benötigen. Besonders im Hinblick auf übertragbare Krankheiten ist es für Pflegenden wichtig, mehr über Krankheiten im Herkunftsland der Schutzsuchenden zu wissen (Griffiths et al., 2003).

Des Weiteren berichten die Pflegenden, dass ein hohes Maß an kultureller Kompetenz für die Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung notwendig ist. Oftmals fehlen Informationen über die kulturellen Hintergründe der Patient*innen, welche notwendig sind für eine angemessene Versorgung. Eine weitere Herausforderung stellt die Kommunikation mit den geflüchteten Menschen dar. Häufig sind keine Dolmetscher*innen, die erfahren mit der Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrungen haben, vor Ort. Weitere Konflikte entstehen zwischen Pflegenden und Patient*innen, da sie ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheiten haben (Griffiths et al., 2003).

Im Rahmen der „Safe Haven Operation“ erlernt ein Großteil des Pflegepersonals traumasensibel zu arbeiten. Hierbei wurden sie von einem Team von Therapeut*innen, die auf die Behandlung und Rehabilitation von traumatisierten oder gefolterten Menschen spezialisiert sind, geschult. Die Pflegenden erlernen eine erneute Traumatisierung von den betroffenen Menschen zu vermeiden. Als Beispiel nennt Griffiths et al. (2003), dass bei einer Frau, die sexuellen Missbrauch erlebt hat, bei einer Röntgenaufnahme, die das Ausziehen erfordert, ausschließlich weibliches Personal anwesend sein sollte. Außerdem helfen die Pflegenden Menschen mit Fluchterfahrung, das Gefühl von Würde und persönlicher Integrität wiederherzustellen. Griffiths et al. (2003) beschreiben in diesem Zusammenhang die Versorgung von Menschen mit einer Inkontinenz, sowie die angemessene Reaktion auf Menschen, die sich aufgrund von traumatischen Erfahrungen aggressiv verhalten (Griffiths et al., 2003).

5.4 Pflegende als Traumaberater*in nach dem Modell von Elbert et al.

In der Publikation „Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete“ von Elbert et al. (2016) wird ein Modell präsentiert, dass zu einer Entlastung des Gesundheitssystems führen kann und flächendeckend eine Behandlung für traumatisierte geflüchtete Menschen garantiert. Elbert et al. (2016) geht davon aus, dass die Zahl der Schutzsuchenden in Deutschland weiterhin zunehmen wird. Die traumatischen Erfahrungen, die die betroffenen Personen durchlebt haben können zu Traumafolgestörungen führen. Obwohl eine hohe Anzahl an psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland vorhanden sind, ist die Kapazität meist nicht ausreichend. Bisher bestehen noch keine angemessenen Lösungsansätze für dieses Defizit. In Anlehnung an ähnliche Situationen in Kriegs- und Krisengebieten haben Elbert et al. (2016) einen evidenzbasierten Behandlungsansatz entwickelt (Elbert et al., 2016, S.28).

Das angeführte Kaskadenmodell (s. Abb. 1) beschreibt, wie in Deutschland die große Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung gedeckt werden kann (Elbert et al., 2016, S.30). Die Position der Gesundheitslots*innen, Traumaberater*innen und des*r Supervisor*in werden im Folgenden genauer erläutert. Der Fokus wird an dieser Stelle auf den Traumaberater*innen liegen, da diese Position von Pflegenden ausgeführt werden kann.

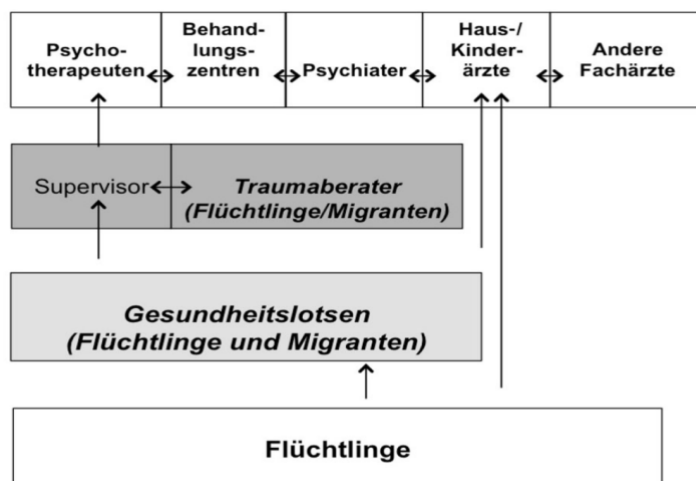


Abbildung 1: Traumaberater*innen Modell

Quelle: Ebert et al., 2016, S.30

Die Position der Gesundheitslots*innen kann von Person eingenommen werden, die einen Migrationshintergrund haben. Idealerweise stammen diese aus Ländern, aus denen auch die meisten Schutzsuchenden nach Deutschland kommen. Zu ihrem Aufgabengebiet gehört die Beratung von Menschen mit Fluchterfahrung in Aufnahmeeinrichtungen oder Flüchtlingsunterkünften. Des Weiteren können sie die betroffenen Personen unterstützen, indem sie diese bei Arztbesuchen begleiten. (Elbert et al., 2016, S.30).

Im Vordergrund dieser Arbeit steht die Rolle der Traumaberater*innen. Laut Elbert et al. (2016) ist es von Vorteil, wenn diese Personen ebenfalls aus den Herkunftsländern der geflüchteten Menschen stammen und schon in Deutschland integriert sind. Aber auch Deutsche, die eine Ausbildung im psychosozialen Bereich haben, wie beispielsweise Pflegende oder Sozialarbeiter*innen, können diese Position ausführen. Aufgrund ihrer Qualifikation und den entsprechenden Erfahrungen, die sie gesammelt haben, ist es ihnen möglich, mit Hilfe einer zusätzlichen Schulung eigenständig eine Psychoedukation anzubieten. Außerhalb ihres Aufgabenbereiches steht dabei die Stellung der Diagnose und die Findung einer passenden Behandlung. Die hilfsbedürftigen Menschen mit Fluchterfahrungen werden von den Gesundheitslots*innen an die Supervisor*innen weitergeleitet. Nach der Indikationsstellung und werden sie dann an die Traumaberater*innen überwiesen. Die Traumaberater*innen stehen im ständigen Kontakt mit dem Supervisor, der die Fallverantwortung trägt und mit dem sie die weiteren Behandlungen besprechen. Zu diesen Behandlungen zählen bereits wissenschaftlich getestete Methoden, wie die narrative Expositionstherapie oder die traumafokussierte, kognitive Verhaltenstherapie. Die geeignete Maßnahme wird innerhalb von ca. 8 bis 12 doppelstündigen Treffen stattfinden (Elbert et al., 2016, S.30). Neben der Therapie erlernen die Traumaberater*innen ebenfalls, Suizidalität zu erkennen und bei Notfällen zu intervenieren. Außerdem werden sie über das deutsche Gesundheitssystem informiert und sind in der Lage, betroffene Personen an die geeigneten Anlaufstellen zu überweisen (Elbert et al., 2016, S. 32).

Elbert et al. (2016) legt dar, dass der Einsatz von Traumaberater*innen, in der Beratung und Behandlung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen eine Entlastung für Psychotherapeut*innen bietet. Zusätzlich können Kosten eingespart

werden, da die Behandlungen nicht nur von approbierten Therapeut*innen. Ergänzen werden keine zusätzlichen Dolmetscher*innen benötigt, da die Traumaberter*innen mit der Sprache der Schutzsuchenden vertraut sind (Ebert et al., 2016, S.31).

6. Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen dieser Arbeit werden die gesundheitlichen Bedürfnisse bei Menschen mit Fluchterfahrungen herausgearbeitet (siehe 4.2-4.7). Die Ergebnisse der Forschungsarbeiten von van Loenen et al. (2017), Hahn et al. (2020) und Bahita und Wallace (2007) zeigen, dass betroffene Personen sich ein hohes Maß an Akzeptanz und Gleichberechtigung in der Gesundheitsversorgung wünschen, um eine Vertrauensbasis zu schaffen und sich wohlfühlen (siehe 4.2).

Van Loenen et al. (2017) haben in ihrer Arbeit verdeutlicht, dass sich Schutzsuchende das Bedürfnis nach kultureller Kompetenz seitens des Gesundheitspersonals wünschen (siehe 4.3). Im Hinblick auf die Kommunikation äußern die Schutzsuchenden in der Studie von Bahita und Wallace (2007) das Bedürfnis, dass ihnen mehr zugehört wird und sie mehr Beratung erhalten. Sowohl in der Studie von Bahita und Wallace (2007) als auch in der Studie von van Loenen et al. (2017) wünschen sich die betroffenen Personen kompetente Dolmetscher*innen (siehe 4.4). Ein weiteres Bedürfnis, welches in der Arbeit von van Loenen et al. (2017) angeführt wird ist das Verlangen nach mehr Informationen über das Gesundheitssystem, um die örtlichen Regelungen und Abläufe verstehen zu können (siehe 4.5). Aus den Studien von Bahita und Wallace (2007) und van Loenen et al. (2017) wird ersichtlich, dass die Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung von großer Bedeutung ist (siehe 4.6). Der Wunsch nach psychologischer Betreuung nach der Ankunft im Zielland wird in der Studie von van Loenen (2017) beschrieben.

Bei einem Vergleich der Studien wird deutlich, dass die Studie von van Loenen et al. (2017) am meisten Aufschluss über die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung gibt (siehe 4.2-4.7). Die Besonderheit der Publikation von van Loenen et al. (2017.) ist, dass sie die erste Studie dieser Art ist. Sie untersucht erstmals die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen während

und nach der Flucht. Dieser Studie kann ein hoher Stellenwert zugeschrieben werden, da sie für eine qualitative Forschungsarbeit eine hohe Teilnehmerzahl (n=89) aufweist (van Loenen et al., 2017, S.85). Ebenfalls positiv zu bewerten ist die PLA Methode, da diese sich darauf spezialisiert hat, Perspektiven von verschiedenen Personengruppen zu verdeutlichen (INTRAC,2017). Negativ zu bemerken ist, dass die Interviews mit den betroffenen Personen teilweise sehr kurz sind und aufgrund des Mangels an Dolmetscher*innen hauptsächlich englischsprachige Personen befragt wurden (van Loenen et al., 2017, S.85).

Die Studie von Bahita und Wallace (2007) ist mit einer Teilnehmerzahl von 11 relativ klein gehalten (Bahita, Wallace, 2007, S.1). Demnach können die Ergebnisse der Studie nicht verallgemeinert werden. Als positiv zu bewerten ist, dass die Befragten aus demselben Herkunftsland stammen, wie geflüchtete Menschen in Deutschland.

In dieser Arbeit ist die Studie von Hahn et al. (2020) die einzige Studie, die sich auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Schutzsuchenden in Deutschland bezieht. Allerdings konnte aus der Studie nur ein Ergebnis in dieser Arbeit präsentiert werden, da für diese Studie ausschließlich Bedürfnisse aus Sicht von Menschen mit Fluchterfahrung eingeschlossen wurden.

Da die Ergebnisse der ersten Forschungsfrage größtenteils internationale Literatur einschließen, ist fraglich, ob sich die Erkenntnisse auf die Situation in Deutschland beziehen lassen. Positiv zu bemerken ist jedoch, dass die Befragten aus denselben Herkunftsländern stammen wie die Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland. Damit die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung aus Sicht der betroffenen Personen erfasst werden können, hat sich die Autorin bewusst dafür entschieden, nur qualitative Studien auszuwählen. Bisher gibt es nur wenige qualitative Forschungsarbeiten über die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland. Aufgrund der niedrigen Datenlage gelten die Ergebnisse als nicht repräsentativ. Eine Empfehlung ist demnach, die qualitative Forschung im Bereich der gesundheitlichen Bedürfnisse auszuweiten. Um die Repräsentativität zu gewährleisten, ist es notwendig, die Daten zusammenzuführen und mit quantitativer Forschung zu stützen. Diese Bachelorarbeit hat erste Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Bedürfnissen aus

Sicht der Menschen mit Fluchterfahrung geliefert. Diese Ergebnisse bilden einen Ansatz, um pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten abzuleiten.

Im Folgenden werden die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung mit den Ergebnissen der zweiten Forschungsfrage verknüpft. Hierbei soll verdeutlicht werden wie Pflegende Schutzsuchende bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen können.

Im Hinblick auf das Bedürfnis nach Akzeptanz und Gleichberechtigung (siehe 4.2) betont Suurmond et al. (2010), dass Pflegende ein Verständnis über die Herkunft und Kultur entwickeln müssen, um den asylsuchenden Menschen respektvoll, empathisch und offen zu begegnen (Suurmond et al., 2010, S.823-S.824).

In Einklang mit dem gesundheitlichen Bedürfnis nach kultureller Kompetenz stehen die Ergebnisse von Bensch und Krah (2017), Suurmond et al. (2010) und Griffiths et al. (2003). In der Arbeit von Griffiths et al (2003) wird beschrieben, dass ein hohes Maß an kultureller Kompetenz für eine angemessene Versorgung von geflüchteten Menschen notwendig ist (Griffiths et al., 2003). Bensch und Krah (2017) beschreiben, dass es in der Versorgung und bei der Kommunikation mit Menschen mit Fluchterfahrung vermehrt zu Missverständnissen und Verunsicherungen kommt. Als Verbesserungsmöglichkeit betonen sie, dass Fortbildungen notwendig sind, um eine kulturelle Kompetenz bei den Pflegenden zu entwickeln (Bensch, Krah, 2017, S.53). In der Studie von Suurmond et al. (2010) werden diese Ergebnisse gestützt. Zusätzlich wird beschrieben, was unter kulturellen Kompetenzen zu verstehen ist. Hierbei wird deutlich, dass kulturelle Kompetenzen, seitens der Pflegenden, von großer Bedeutung, bei der Bewältigung von gesundheitlichen Bedürfnissen, sind (siehe 5.2).

In Bezug auf die Kommunikation in der gesundheitlichen Versorgung äußern Menschen mit Fluchterfahrung, dass sie Beratungen schätzen in den ihnen aufmerksam zu gehört wird (siehe 4.4). Bensch und Krah (2017) stützen dieses Bedürfnis. Sie betonen, dass Zuhören und Gespräche eine Grundvoraussetzung in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung sind (Bensch, Krah, 2017, S.51-S.52). Außerdem besteht das Bedürfnis nach Dolmetscher*innen

(siehe.4.4). Verschiedene Quellen belegen, dass Dolmetscher*innen meist nicht zur Verfügung stehen (Van Loenen et. al, 2017, S.85; Griffiths et al., 2003). Die Studie von van Loenen et al. (2017) betont, dass besonders im Hinblick auf die psychische Gesundheit Dolmetscher*innen von Bedeutung sind (van Loenen, 2017, S.85). Eine Lösung bietet das Modell nach Elbert et al. (2016). Der Einsatz von Traumaberater*innen hat den Vorteil, dass aufgrund der Herkunft der Pflegenden keine Dolmetscher*innen notwendig sind (siehe 5.4).

Ein weiteres Bedürfnis von Menschen mit Fluchterfahrung sind mehr Informationen bezüglich der Gesundheitssysteme (siehe 4.5). Suurmond et al. (2010) beschreiben, dass eine kulturelle Kompetenz der Pflegenden die Fähigkeit ist, Schutzsuchenden das Gesundheitssystem zu erklären (Suurmons et al., 2010, S.824). Bensch und Krah (2017) stützen diese Aussage und ergänzen, dass Pflegenden in Aufnahmeeinrichtungen Menschen mit Fluchterfahrung in Krankenhäuser begleiten können (Bensch, Krah, 2017, S.51-S.52).

In der Studie von van Loenen et al. (2017) zeigen geflüchtete Menschen das Bedürfnis nach psychologischer Betreuung nach der Ankunft im Zielland (siehe 4.7). Laut Elbert et al. (2016) besteht in Deutschland ein Defizit an Psychotherapeut*innen. Hierbei kann die Ausbildung von Pflegenden zu Traumaberater*innen eine Unterstützung für Schutzsuchende bieten (siehe 5.4). Ergänzend betonen Griffiths et al. (2003), dass das Pflegepersonal erlernt, traumasensibel zu arbeiten (Griffiths et al., 2003).

Im Hinblick auf das Bedürfnis nach mehr Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung wurden keine Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Pflegenden gefunden.

Vergleicht man die Handlungsbereiche der Pflegenden mit den gesundheitlichen Bedürfnissen, wird deutlich, dass geflüchtete Menschen in erster Linie kein Verlangen nach medizinischer Pflege äußern. In den Studien von Bensch und Krah (2017) und Griffiths et al. (2003) wird diese Kompetenz der medizinischen Pflege allerdings vorausgesetzt. Der Fokus liegt vielmehr in der Interaktion zwischen Pflegenden und Patient*innen: persönliche Anerkennung und Beratung werden als

wichtig eingeschätzt. Die kulturelle Kompetenz nimmt einen hohen Stellenwert in der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung ein und ist in der Pflege von Schutzsuchenden unverzichtbar. Sie unterstützt geflüchtete Menschen bei der Bewältigung von gesundheitlichen Bedürfnissen und beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

7. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es, durch die Analyse von gesundheitlichen Bedürfnissen von Menschen mit Fluchterfahrung, Unterstützungsmöglichkeiten durch Pflegende zu präsentieren.

Vor dem Hintergrund, dass Deutschland zu einem der Länder in Europa zählt, dass am meisten Menschen mit Fluchterfahrung aufnimmt, konnte in dieser Arbeit dargelegt werden, dass die betroffenen Personen meist traumatisierende Erfahrungen in ihrem Herkunftsland und auf der Flucht erlebt haben.

Die präsentierten Ergebnisse innerhalb der ersten Forschungsfrage „Welche gesundheitlichen Bedürfnisse haben Menschen mit Fluchterfahrung?“ haben gezeigt, dass geflüchtete Menschen verschiedene gesundheitliche Bedürfnisse haben. Hierbei wurden ausschließlich qualitative Studien einbezogen, die über Bedürfnisse, aus der Sicht der geflüchteten Menschen, berichten. Aufgrund der geringen Anzahl an qualitativen Studien aus Deutschland, wurde die Suche auf Studien in Europa ausgeweitet. Um einen Bezug zu den Menschen mit Fluchterfahrungen aus Deutschland herzustellen hat die Autorin darauf geachtet, dass die Herkunftsländer der Schutzsuchenden dieselben sind, wie die der geflüchteten Menschen in Deutschland. Die Forschung hat ergeben, dass die Betroffenen sich mehr Akzeptanz und Gleichberechtigung sowie kultureller Kompetenz seitens des Gesundheitspersonals wünschen. Fürsorge durch Beratungsgespräche und das Entwickeln einer Vertrauensbasis bedeutet für sie mehr als die medizinisch orientierte Pflege. Aufgrund der Komplexität der Gesundheitssysteme wünschen sich die betroffenen mehr Informationen zu erhalten. Außerdem wünschen sich die Schutzsuchenden psychologische Betreuung nach der Migration.

Im Hinblick auf die zweite Forschungsfrage „Wie können Pflegende Menschen mit Fluchterfahrung bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen?“ wurde im 5. Kapitel die Rolle der Pflegenden in der Versorgung von geflüchteten Menschen beschrieben. Aufgrund der großen Zuströme an geflüchteten Menschen, werden die Pflegenden vor besondere Herausforderungen gestellt. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Pflegende, Menschen mit Fluchterfahrung, bei der Erhaltung und Erlangung von Gesundheit unterstützen können. Die anfängliche Hypothese, dass Gesundheitspersonal migrationssensibel geschult werden muss, um den gesundheitlichen Bedürfnissen von geflüchteten Menschen gerecht zu werden, wurde bestätigt.

Die Ausbildung von kultureller Kompetenz nimmt eine bedeutende Position ein. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die kulturelle Kompetenz eine Voraussetzung, für eine gelingende Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit Fluchterfahrung ist und somit die Grundlage für die Bewältigung gesundheitlicher Bedürfnisse bildet. Zu der kulturellen Kompetenz gehört ein empathischer und respektvoller Umgang mit geflüchteten Menschen. Außerdem ist es notwendig, dass sich die Pflegenden ein Fachwissen, über die Herkunft von geflüchteten Menschen und deren Herkunftsländer aneignen. Um ein Verständnis für Menschen mit Fluchterfahrungen entwickeln zu können benötigen die Pflegenden spezielle Schulungen.

Das Modell der Traumaberater*innen bietet Pflegenden die Möglichkeit, mit Hilfe einer Weiterbildung, Menschen mit Fluchterfahrung im Hinblick auf die psychische Gesundheit zu unterstützen. Es bietet den geflüchteten Menschen einen schnellen Zugang zu psychologischer Betreuung und entlastet das Gesundheitssystem. Fraglich ist jedoch inwiefern die Umsetzung dieses Modells möglich ist.

Diese Arbeit liefert Ansätze, wie Pflegende auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung reagieren können. Der Fokus des 6. Kapitels liegt auf der Verknüpfung von gesundheitlichen Bedürfnissen mit pflegerischen Handlungsbereichen und Kompetenzen. Für die Interaktion zwischen Schutzsuchenden und Pflegenden ist ein hohes Maß an kultureller Kompetenz notwendig. In dieser Bachelorarbeit wurde nicht genauer darauf eingegangen, über wie viel kulturelle Kompetenzen deutsche Pflegende bereits verfügen und in

welcher Form Schulungen bereits umgesetzt werden. Dies könnte jedoch ein bedeutender Ansatz für zukünftige Forschungen sein.

In dieser Arbeit konnten nicht ausreichend Publikationen für die Erfassung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung gefunden werden. Es besteht weiterer Forschungsbedarf im Hinblick auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von geflüchteten Menschen in Deutschland. Nur so können angemessene Pflegebedarfe abgeleitet werden.

Literaturverzeichnis

Bahita, R. & Wallace P. (2007):

Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. In: BMC Family Practice 2007: 8 (48): S.1 – S.9, DOI:10.1186/1471-2296-8-48

Bensch, S. & Krah, S. (2017):

Pflegerische Arbeit mit Flüchtlingen in Aufnahmeeinrichtungen. „Flüchtlinge sind Menschen wie wir“. In: Pflegezeitschrift 2017: 70 (8): S.50-S.54
Online: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s41906-017-0173-2.pdf> [Abgerufen am 20.05.2020]

Bozorgmehr, K. et al. (2016):

Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2016: 59: S. 599–S. 620, DOI 10.1007/s00103-016-2336-5

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (2016):

Geflüchtete Menschen in Deutschland – eine qualitative Befragung.
Online: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2016/fb0916.pdf> [Abgerufen am 24.04.2020]

INTRAC (2017):

Participatory Learning and Action (PLA).
Online: <https://www.intrac.org/wpcms/wp-content/uploads/2017/01/Participatory-learning-and-action.pdf> [Abgerufen am 24.05.2020]

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2020):

Flüchtling, Asylsuchender, Binnenvertriebener, Klimamigrant, UNHCR.
Online: https://www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.jsp [Abgerufen am 24.04.2020]

Duden (2020):

Bedürfnis.
Online: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Beduerfnis> [Abgerufen am 24.05.2020]

Elbert et al. (2016):

Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete. Erkenntnisse aus der Traumaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen. In: Nervenarzt 2017; 88: S.26-S.33, DOI 10.1007/s00115-016-0245-3

Griffiths et al. (2003):

Operation Safe Haven: The needs of nurses caring for refugees. In: International Journal of Nursing Practice 2003; 9 (3), DOI: 10.1046/j.1440-172X.2003.00422.x

Hahn et al. (2020):

Equity in Health Care: A Qualitative Study with Refugees, Health Care Professionals, and Administrators in One Region in Germany. In: Hindawi. BioMed Research International Volume 2020: 8 Seiten Online: <http://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2020/4647389.pdf> [Abgerufen am 20.05.2020]

Jakab, Z. (2015):

Erklärung – Die Herausforderungen aufgrund der Migration erfordern migrantensensible Gesundheitssysteme: für heute wie für die Zukunft, <http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/statements/2015/statement-the-challenges-of-migration-require-migrant-sensitive-health-systems-for-today-and-for-the-future> [Abgerufen am 20.05.2020]

Jöris, L. (2015):

Wider den Begriff „Flüchtling“: Zu den Hintergründen eines scheinbar neutralen Begriffes. Online: <http://www.boell-sachsen-anhalt.de/wp-content/uploads/2015/10/2015-Diskussionspaper-Flüchtlingsbegriff-web.pdf> [Abgerufen am 20.05.2020]

Lenthe, U. (2016):

Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren. 2. Auflage. Wien, Österreich. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Online: https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=hKBTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT10&dq=transkulturelle+pflege&ots=mCmn5xex1x&sig=PTjj_3ljmDLCaQ0SQPsnmoXjQVU#v=onepage&q=transkulturelle%20pflege&f=false [Abgerufen am 18.02.2020]

Nuscheler, F. (2004):

Internationale Migration. Flucht und Asyl. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GVW Fachverlage GmbH

Suurmond, J. et al. (2010):

Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. In: *Nurse Education Today* 2010: 30: S.821-S.826, DOI:10.1016/j.nedt.2010.03.006

United Nations High Commissioner of Refugees (UNHCR) (2015):

Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951
Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967.
Online: https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf
[Abgerufen am 10.04.2020]

United Nations High Commissioner of Refugees (UNHCR) (2019):

Global Trends. Forced Displacement in 2018.
<https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf> [Abgerufen am 13.04.2020]

United Nations High Commissioner of Refugees (UNHCR) (2020):

Asylsuchende.
Online: <https://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/asylsuchende> [Abgerufen am 24.04.2020]

Van Loenen et al. (2017):

Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. In: *The European Journal of Public Health*: 28 (1): S.82-S.87, DOI:10.1093/eurpub/ckx210

World Health Organization (WHO) (2018):

Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. Copenhagen, Denmark. WHO Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Abgerufen am 18.02.2020]

Zalewski, I. (2019):

„Maybe you are a refugee, but you are a human” – Zur Herausforderung nach der Flucht Subjekt zu bleiben. In: Rita Braches-Chyrek, Tilman Kallenbach, Christina Müller, Lena Stahl (Hrsg.): *Bildungs- und Teilhabechancen geflüchteter Menschen. Kritische Diskussion in der Sozialen Arbeit*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich. Online: https://books.google.nl/books?hl=de&lr=&id=88KNDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA25&dq=stigma+flüchtling&ots=Ih3-hKBQba&sig=HqBK-YcrsbnOO0KkFznxxzkvc3l&redir_esc=y#v=onepage&q=stigma%20flüchtling&f=false [Abgerufen am 22.05.2020]

Anhang

Anhang 1: Systematische Literaturrecherche Pubmed – 1. Fragestellung.....	A1
Anhang 2: Systematische Literaturrecherche Pubmed – 2. Fragestellung.....	A2

Anhang 1: Systematische Literaturrecherche in PubMed – 1.Fragestellung

Datenbank: PubMed

Datum: 04.04.2020

#	Term	Limits	Results
1	refugee*		14088
2	asylum seeker*		1593
3	fugitive*		665
4	displaced person*		645
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4		15216
6	health need*		11670
7	health care need*		5627
8	health requirement*		259
9	medical need*		5076
10	#6 OR #7 OR #8 OR #9		22141
11	#5 AND #10		512
12	#11	Language: English	499
13	#12	Language: German	501
14	#13	Publication Date: 10 years	308

Anhang 2: Systematische Literaturrecherche in *PubMed* – 2.Fragestellung

Datenbank: PubMed

Datum: 04.04.2020

#	Term	Limits	Results
1	nurse*		408236
2	carer		68358
3	caregiver		74891
4	#1 OR #2 OR #3		477211
5	refugee*		14088
6	asylum seeker*		1593
7	fugitive*		665
8	displaced person*		645
9	#1 OR #2 OR #3 OR #4		15216
10	#4 AND #9		724
11	health		4725079
12	health care		1974721
13	#11 OR #12		4954365
14	#10 AND #13		594
15	support		9589285
16	aid		171189
17	assist		141672
18	help		513792
19	#15 OR #16 OR #17 OR #18		10066928
20	#14 AND #19		230
21	#20	Language: English	216
22	#21	Language: German	221
23	#22	Publication Date: 10 years	133

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 03.06.2020

Lara Lauren Tilleßen