

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 104 (2006)
Heft: 9

Artikel: Transkulturelle Kompetenz von Hebammen : durch Lebenswelten bummeln
Autor: Origlia Ikhilor, Paola
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949883>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL



Wenn ein intersexueller Mensch zur Welt kommt, sind wir Hebammen häufig überfordert. Was ist Intersex? Was muss ich als Hebamme tun? Was sage ich? Wie verhalte ich mich richtig? Welche Wörter wähle ich? Welche Sprache sollte ich keinesfalls mehr benutzen? Warum ist denn das Thema Intersexualität so wichtig? Es wurde doch jahrelang nicht darüber gesprochen, was ist los? Was geht mich als Hebamme das denn an?

Wenn wir als Hebammen Intersex kennen und offen damit umgehen können, wenn wir den Eltern sagen können, ja, es gibt viele verschiedenste Varianten von Geschlechtern, es gibt viele intersexuelle Menschen, ja, ich bin informiert über Intersexualität, dann können wir den Eltern in der ersten Zeit ein ganz normales Bonding ermöglichen. Intersex ist keine Störung, keine Abnormalität, es ist auch nichts, das jeder begutachten soll und das jedem gezeigt oder von jedem untersucht werden muss. Ein intersexueller Mensch und seine Eltern haben Zeit, sich kennen zu lernen, Kontakt zu knüpfen, und sie sollen sich in aller Ruhe Zeit nehmen können. Wir Hebammen sollten schauen, dass sie diese Zeit bekommen und die Eltern unterstützen im Bonding zu ihrem intersexuellen Kind – ein ganz normales Kind, mit einer von vielen Varianten von Geschlechtsmerkmalen. Der Kinderarzt und medizinische Abklärungen sind nötig, weil es Formen von Intersex gibt, die behandelt werden müssen (z.B. das Salzverlustsyndrom). Bei den allermeisten Varianten von Intersex ist es aber wichtig, den Eltern zu vermitteln: es herrscht keine Notfallsituation, keine übereilten Entschlüsse fassen, keine kosmetischen operativen Eingriffe eingehen, bevor sie nicht verschiedenste Kontakte geknüpft haben: mit Ärzten, Organisationen, via Internet und unserer Selbsthilfe Intersex, mit andern Eltern, mit intersexuellen Menschen, und so den eigenen Weg finden.

Es ist unsere Aufgabe als Hebamme, den Eltern und dem Kind einen guten, schönen und liebevollen Start zu ermöglichen. Dies schaffen wir, indem wir Hebammen informiert sind, Kontakte kennen, Adressen haben, und respektvoll und offen über Intersexualität reden können.

Jeanette Gröbli-Stäheli

Jeanette Gröbli-Stäheli
Hebamme, Vizepräsidentin des Vereins SI Selbsthilfe Intersex

Transkulturelle Kompetenz von Hebammen

Durch Lebenswelten bummeln

Mit Raten um 40 Prozent sind Migrantinnen eine bedeutende Klientinnengruppe für die geburtshilflichen Kliniken der Deutschschweiz. Ihren besonderen Bedürfnissen in der geburtshilflichen Betreuung wurde jedoch bisher wenig Rechnung getragen, obwohl die Probleme oft gross sind und systematischen Charakter haben. Gründe dafür liegen sowohl in den Gesundheitsstrukturen als auch in der mangelnden Gewichtung von transkultureller Kompetenz in der medizinischen und pflegerischen Grundausbildung.

Paola Origlia Ikhilior

AUSLÄNDERINNEN bringen im Durchschnitt mehr Kinder zur Welt als Schweizerinnen (1,9 gegenüber 1,2), und der Anteil an Personen im fortpflanzungsfähigen Alter ist in der ausländischen Bevölkerung wesentlich höher (Bundesamt für Statistik [BAS] 2004). Wo Schweizerinnen in der Regel den privaten Sektor mit Vorsorgeuntersuchungen bei der Gynäkologin bzw. beim Gynäkologen beanspruchen, bewegt sich der Anteil ausländischer Klientinnen in geburtshilflichen und gynäkologischen Ambulatorien in öffentlichen Einrichtungen um die 75% (Beispiel Kantonsspital Olten, von Gunten 2005). Je nach Arbeitsort einer Hebamme sind Ausländerinnen und ihre Familien die grösste Klientengruppe in ihrem Tätigkeitsbereich.

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Migrationsströme globalisiert. Die Einwanderer stammen aus immer entfernteren Regionen, der Kreis der Herkunftsänder hat sich in den letzten Jahrzehnten stark erweitert. Die Herausforderung für Hebammen in der Begleitung und Betreuung von Migrantinnen liegt darin, dass sie mit einer heterogenen Klientinnengruppe konfrontiert sind und nur begrenzt auf ethnische Gemeinsamkeiten zurückgreifen können.

Andere Gesundheitsbiografien

Wesentlich für Hebammen ist zu erkennen, dass sie es bei Migrantinnen mit anderen Gesundheitsbiographien als bei Einheimischen zu tun haben. In einer vom



Paola Origlia Ikhilior,
Hebamme MSC, Berufsschullehrerin an der Hebamenschule Bern Ausbildungszentrum Insel.

BAG finanzierten Studie wurde die reproduktive Gesundheit der Migrantinnen untersucht (Wanner 2004). Im Vergleich zu einheimischen Müttern wurde bei Müttern und Kindern fremder Nationalität oder ausländischer Herkunft im Allgemeinen ein erhöhtes Risiko der reproduktionsbedingten Sterblichkeit oder Erkrankungen festgestellt. Beispielsweise stellt man bei Neugeborenen von Müttern aus Sri Lanka vielfach ein geringeres Geburtsgewicht fest, und bei den Neugeborenen aus der Türkei besteht ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.

Auch Migrantinnen, die bereits Jahre oder Jahrzehnte in der Schweiz leben, sind verglichen mit Einheimischen meist schlechter gestellt. Einerseits können prekäre Wohn- und Arbeitsverhältnisse gesundheitliche Folgen haben, andererseits sind auch ihnen häufig Hürden im schweizerischen Gesundheitssystem gesetzt. Eine Befragung des Schweizerischen Tropeninstituts (STI) zeigte, dass Sprachbarrieren und interkulturelle¹ Unterschiede die Hauptbarrieren bei der Nutzung der schweizerischen geburtshilflichen Infrastrukturen sind. In der Regel erfolgt der Zugang über Ärztinnen und Ärzte oder andere medizinische Anbieter. Nichtmedizinische oder paramedizinische Dienstleistungen werden wenig oder nur auf Anraten der ärztlichen Anbieter genutzt. Besonders Angebote wie Mütter-/Väterberatung oder Rückbildungsgymnastik werden selten genutzt (Zahorka 2004).

¹ Der Begriff «interkulturell» ist dem Originaltext entnommen.



Dass Migrantinnen andere Gesundheitsbiografien haben als einheimische Frauen ist wichtiges Hebammenwissen.

Foto: Gerlinde Michel

Negativspirale

Gerade der klassische, medizinisch geprägte Weg der Schwangerenvorsorge kann sich für Migrantinnen in eine Negativspirale drehen. Hebammen beschreiben, wie auf Grund von Verständigungsproblemen, aber auch wegen Unsicherheiten des Gesundheitspersonals über die Hintergründe der Frauen, schwangere Frauen in die Kategorie «Risikoschwangerschaft/-geburt» eingeteilt werden. Misstrauen gegenüber deren Aussagen (z.B. über den Zeitpunkt der letzten Periode) oder deren Fähigkeiten hat einen erhöhten Einsatz verfügbarer medizinisch-technischer Mittel oder Massnahmen zur Folge. Obschon viele ausländische Frauen eine medikalierte Geburshilfe als Fortschritt gegenüber derjenigen in ihrem Heimatland ansehen, deutet Vallat, sie raube ihnen den letzten Rest des Selbstvertrauens in ihre eigenen körperlichen und psychischen Fähigkeiten (1993).

Angebot wenig frauenspezifisch

Geburthilfliche Klientinnen sind überdies Frauen. Als Frauen und Migrantinnen

subsumiert sich bei ihnen ein weiterer benachteiligender sozioökonomischer Faktor: der Gender Aspekt. Generell anerkannt ist, dass die Morbidität von Frauen gegenüber Männern höher und die Einschätzung des Wohlbefindens schlechter ist. Frauen sind auch in westlichen Industrieländern häufiger als Männer von Armut betroffen (working poor women) (Meier 2003).

Selbst geburthilfliche Angebote können wenig frauenspezifisch sein: Die Mehrheit der Angebote für die Nachgeburtzeit, insbesondere für das Frühwochenbett, ist im hospitalen Bereich angesiedelt. Eine sozial tief gestellte Frau, etwa eine Mehrgebärende, profitiert aber vom klassischen Wochenbett im Spital wenig. Als Frau ist sie für die Kinder und den Haushalt zuständig. Weil sie möglicherweise weder über ein soziales Netz verfügt, die älteren Kinder zu versorgen, noch Zusatzleistungen für Unterstützung im Haushalt einfordern kann, wird ihr Ziel die möglichst rasche Entlassung sein. Nachbetreuungen bei freipraktizierenden Hebammen werden in der Praxis nicht systematisch organisiert. Um während dieser Phase die reproduktive Gesundheit gewährleisten und fördern zu

können, wäre ein Angebot von intensiver, ausserklinischer Betreuung mit Einbezug der Hausarbeit als Regelversorgung vermutlich viel sinnvoller und frauenspezifischer.

Als im Gesundheitswesen tätige Fachpersonen müssen Hebammen sich diesen Tatsachen stellen. Dazu ist der Blick auf die entsprechenden gesundheits- und berufspolitischen Rahmenbedingungen zu richten.

Massnahmen notwendig

In Anlehnung an die Zielsetzung der Weltgesundheitsorganisation WHO «Gesundheit für alle» hat der Bundesrat für die Jahre 2002–2006 eine durch das BAG umgesetzte Strategie verabschiedet mit dem Ziel, die Gesundheitsprobleme der Migrationsbevölkerung durch spezifische Massnahmen zu verringern. Wegweisend aus der Sicht des Bundes ist das Prinzip der Chancengleichheit.

Im Rahmen der *Gesundheitsversorgung* sollen Zugangsbarrieren im System abgebaut werden, Vermittlungs- und Koordinationsstellen sowie der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern gefördert

werden. Auch soll ein Fort- und Weiterbildungsangebot geschaffen werden, welches das Gesundheitspersonal befähigt, adäquat auf migrations- und geschlechtsspezifische Situationen einzugehen. Leitziel ist die Verbesserung der Verständigung und die Stärkung der Handlungskompetenz von Fachleuten bei der Betreuung und Behandlung von Migrantinnen und Migranten.

Handlungsbedarf an Hebammenschulen

Im Rahmen der Vorabklärungen für die Strategie zur Entwicklung migrationsspezifischer Kompetenz im Gesundheitswesen wurde die damalige Hebammengrundausbildung in der Schweiz in einem Bericht beurteilt (Gilgen 2002). Zusammenfassend zeigt der Bericht aus dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel (ISPM), dass Migration und Mutterschaft an den Schweizer Hebammenschulen nicht systematisch integriert ist und nur ansatzweise, mit Schwerpunktsetzung Frauenbeschneidung, unterrichtet wird. Die Betonung dieses Schwerpunkts steht nicht im Verhältnis

zu den Problemstellungen, die sich im Berufsalltag mit Migrantinnen stellen. Der Handlungsbedarf an den Schulen, die Thematik zu fördern und einen curricularen Rahmen dafür zu schaffen, ist dringend. Die Hebammen i.A. brauchen fachliches Grundlagenwissen und Lösungsansätze, um Kompetenzen im Umgang mit Migrantinnen und ihren besonderen Bedürfnissen zu erlangen.

Wie nehmen Hebammen die Problematik wahr?

Wie sieht die Wahrnehmung von Problemen in der geburtshilflichen Betreuung aus? Welchen Schwierigkeiten begegnen Migrantinnen, wenn sie durch Hebammen begleitet und betreut werden? Im Hinblick auf die Schulung von Transkultureller Kompetenz (TK) von Hebammen ist es sinnvoll, neben migrationsspezifischen Konzepten auch die Wahrnehmung der zukünftigen Praktikerinnen sowie die Wahrnehmungen der Migrantinnen zu analysieren. Nur Adressatinnen gerechte Ausbildungskonzepte vermögen die Verständigung zu verbessern und die Hand-

lungskompetenz bei der Betreuung und Behandlung von Migrantinnen zu stärken.

Frauen wie wir – anders als wir

Haltungen prägen Beziehungen. Frauen aus «fremden» Kulturen sind «Frauen wie wir – Frauen anders als wir». So empfinden Schweizerinnen die Ausländerinnen, und umgekehrt. Schweizerinnen betonen die Andersartigkeit, vor allem die unterlegene Stellung gegenüber Männern, die geschlechterspezifische Rollenteilung oder kulturspezifische Werte und Normen, die Frauen an Heim und Kind binden. Ausländische Frauen wehren sich gegen dieses Opferbild. Sie hätten viele Stärken und Fähigkeiten und sehen zahlreiche Parallelen zwischen ihrer und der Situation von Schweizerinnen. Diese Ergebnisse einer Umfrage des Eidg. Gleichstellungsbüros (1993) zeigen, wie Selbst- und Fremdbild ausländischer Frauen deutlich auseinander klaffen.

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Die Wahrnehmung von Schwierigkeiten beim beruflichen Umgang von Hebammen

Wie erlebten Migrantinnen ihre Geburt?

«Ich fühlte mich nicht ernst genommen»

Frau D. kam als Kind aus dem ehemaligen Jugoslawien in die Schweiz und machte hier die Ausbildung zur Pflegefachfrau. Sie hat drei Kinder, zwei davon Zwillinge.

Die zwei Geburten erlebte sie sehr unterschiedlich. Die erste Geburt hat sie in sehr schlechter Erinnerung. Sie fühlte sich von den Hebammen nicht ernst genommen, diese seien nicht auf ihre Wünsche und Aussagen eingegangen. Als Beispiel folgendes Erlebnis: Laut ihren eigenen Aussagen verträgt sie keine Schmerzen. Während der Wehen wurde ihr Buscopan angeboten, wovon sie wusste, dass es ihr nicht helfen würde, was sie auch äusserte. Um eine Peridural-Anästhesie (PDA) zu bekommen, habe sie dann hart kämpfen müssen. Auch wurde sie einfach geduzt, als man hörte, dass sie Pflegefachfrau ist. Heute führt sie die Erlebnisse und den Umgang mit ihr während der ersten Geburt auf Vorurteile zurück, die viele gegenüber Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien haben.

Bei der zweiten Geburt (Zwillinge) hatte sie eine Sectio. Hier erlebte sie die Hebammen als kompetent. Sie beschreibt, dass sie sie bei der Sectio begleiteten, ihre Ängste diesbezüglich ernst nahmen und sie über das Geschehen informierten. Das Bonding

habe sie jeweils als schön empfunden, da sie sich danach sehnte, ihr Kind zu sehen. Die Kinder seien jeweils keine Stunde bei ihr gewesen, dies habe sie jedoch nicht gestört, sondern sie habe es eher als zu lange empfunden.

Wie eine Geburt in Serbien ablaufe, kenne sie nur aus Erzählungen. Es müsse jeweils auf die Zähne gebissen werden, teilweise werde man vom Personal auch beschimpft. Hebammen und Pflegefachfrauen würden als «Götter in Weiss» empfunden. Man könne sogar froh sein, überhaupt aufgenommen zu werden.

Von einer Hebamme erwartet sie, dass sie sich Zeit nimmt für die Gebärende, ihr zuhört und auf sie eingeht. Sie hat es nicht gerne, «betatscht» und «bemuttert» zu werden.

Frau M. hingegen vermisste Berührungen seitens der Hebammen während der Geburt. Sie stammt aus der Dominikanischen Republik, lebt seit fünf Jahren in der Schweiz, ist mit einem Italiener der zweiten Generation verheiratet und arbeitet als Serviceangestellte in einem Café in Zürich. Sie spricht Spanisch und Italienisch und hat ein Kind.

Frau M. erlebte die Geburt als lang und schwer. Auch sie fühlte sich während ihrer

Geburt nicht ernst genommen. Oft fühlte sie sich allein gelassen und merkte, dass ihr Ehemann mit der Situation überfordert war. Diese minimale Betreuung habe sie auch wütend gemacht. Brauchte sie etwas und läutete deswegen, hatte sie jeweils ein schlechtes Gewissen. Mit der Zeit habe sie das Vertrauen in die Hebammen bezüglich kompetenter Betreuung verloren. Dazu kam, dass sich nur einmal jemand Mühe gegeben habe, mit ihr Italienisch zu sprechen. Man habe ihr das Gefühl gegeben, sie sei wehleidig, dabei habe sie einfach nicht gewusst, wie mit den Schmerzen umgehen. Sie bekam eine PDA.

Teilweise sei ihr auch nicht klar gewesen, welche Hebamme zuständig war. Erst bei einem Schichtwechsel, als die Hebamme wirklich mit ihr zu arbeiten begann und sie auch aufforderte, verschiedene Positionen einzunehmen, habe sie gemerkt, wie es mit der Geburt vorwärts geht. Obwohl es für sie anstrengend gewesen sei, habe sie solche Anweisungen und Übungen die ganze Zeit erwartet.

Als mit Hilfe eines Vakuums endlich ihr Sohn auf die Welt kam und sie ihn im Arm hielt, sei alles vergessen gewesen. Zwar spürte sie, dass etwas nicht stimmte, plötz-

mit immigrierten Frauen wurde im Rahmen einer Seminarübung am Institut für Ethnologie Bern untersucht (Stalder et al. 2004). Zwei freischaffende und zwei an der Frauenklinik Insel (FKI) in Bern angestellte Hebammen wurden befragt. Die Hebammen nannten an erster Stelle die sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Diese seien vor allem bei Auftreten geburtshilflicher Regelwidrigkeiten relevant. Ehemänner, welche ihre schwangeren Ehefrauen bei den Untersuchungen begleiteten, dienten häufig als Übersetzer. Die befragten Hebammen vermuteten, dass wegen Unsicherheiten oder Tabus nicht immer alle Informationen adäquat fließen. Ein an der FKI über Caritas eingerichteter Übersetzerdienst könnte die Schwierigkeiten nicht beheben, weil kurzfristige Mobilisierung häufig nicht möglich sei und Dolmetscherinnen und Dolmetscher der spezifischen Fachsprache nur bedingt geacht würden.

Sexualität ist Tabuthema

Ferner wurden Schwierigkeiten genannt, auf Flüchtlingsfrauen mit potentiell traumatischen Erfahrungen zuzugehen.



Frauen aus anderen Kulturen sind «Frauen wie wir – Frauen anders als wir».

Foto: Hannelore Praet-Johnsen

Oft mangelt es an Zeit, ein adäquates Vertrauensverhältnis aufzubauen. Schichtwechsel im Spital würden dies verstärken. Sexualität sei oft ein totales Tabuthema. Frauen wüssten nicht, was in der Schwangerschaft mit ihrem Körper passiere, oder

sie seien es nicht gewohnt, dass bei ihnen Körperuntersuchungen vorgenommen würden. Andererseits hätten Männer, für die Schwangerschaft und Geburt aus kulturellen Gründen tabu sei, eine schwierige Rolle. Ein fremdes Frauenbild, worin Frauen als Fachpersonen nicht akzeptiert würden, oder wenn männliches Personal für die Behandlung von Frauen nicht erwünscht sei, könne Probleme bereiten. Auch der Umgang mit Frauenbeschneidung wurde als Problemfeld genannt.

«Frauensprache» kann helfen

Obwohl die Hebammen abschliessend betonten, dass sie bei der Begleitung von Geburten nicht eigentlich auf Sprache angewiesen seien, sondern dass so etwas wie eine «Frauensprache» existiere, werden in der Praxis eine Reihe von – meist überwindbaren – Schwierigkeiten bei der Betreuung von ausländischen Frauen erlebt. Bei genauem Hinschauen fällt auf, dass in Bereichen wie Zeitmangel oder Schichtwechsel der eigentliche Problemkern die Infrastruktur und nicht der Kulturunterschied ist. Insofern mögen eigentliche Alltagsprobleme vom Personal kulturalisiert werden. Voreingenommenheit (die Frauen wissen nicht, was mit ihrem Körper passiert) auf der Basis von mangelnder sprachlicher Verständigung kann ebenfalls entstehen.

Das «Andere» als Problem

Im Auftrag der *Schweizerischen Koordinationsstelle Migration und reproductive Gesundheit* wurden Hebammen, Ärztinnen und Ärzte in leitenden Positionen zur Situation von Migrantinnen in 24 öffentlichen Spitäler befragt (Salis Gross 2004). Während gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen

lich wurde ihre Schwägerin herausgeschickt, die Ärztin rief noch einen Arzt hinzu, sie habe mitbekommen, dass sie zu viel blutete und spürte die Sorge der Hebamme und Ärzte. Sie hielt einfach ihren Sohn, während an ihr gedrückt, genährt und beobachtet wurde, sie sah ihren Mann bleich werden, doch auch der informierte sie nicht. Es war ihr egal, sie hatte keine Kraft mehr, sich darum zu kümmern, sie wollte nur ihr Kind halten.

In der Dominikanischen Republik wäre sie nie so alleine gelassen worden. Man hätte ihr Mut während der Geburt gemacht, sie getröstet und gestreichelt und auch mal einen Scherz gemacht.

Im Gegensatz zu den beiden anderen Migrantinnen erlebte **Frau S.** die Geburt im Allgemeinen positiv. Frau S. kommt aus Istanbul, lebt seit sechs Jahren in der Schweiz und studierte Pädagogik an der Universität Zürich. Sie spricht Türkisch und Deutsch und hat ein Kind.

Frau S. hatte sich nach der Geburt gehext. Sie habe viel darüber gelesen, einen Geburtsvorbereitungskurs besucht und sich gefreut, ihr Kind kennen zu lernen. Während der Geburt wurde sie von zwei Hebammen betreut. Bei der ersten hatte sie zu Beginn Mühe, als diese sie jedoch während des Wehensturmes intensiv be-

treute, habe sich die Beziehung verbessert. Von der Geburt her seien ihr vor allem kleine Details und Bemerkungen positiv in Erinnerung geblieben. Im Nachhinein betrachtet habe sie bei der Geburt nichts vermisst. Der Begriff Bonding sei ihr bekannt gewesen und sie habe diesen intensiven Kontakt sehr genossen.

Ihrer Meinung nach sei es für einen Menschen wichtig, sich in seiner Muttersprache ausdrücken zu können. Daher erachtet Frau S. Sprache als etwas Wichtiges. Sie habe sicher den Vorteil gehabt, dass sie Schweizerdeutsch versteht, was ihr auf jeden Fall während der Geburt einiges erleichtert habe.

In Istanbul gebären in einem öffentlichen Spital mehrere Frauen in einem Saal. Dies habe zur Folge, dass man alleine sei. Die Partner sind nicht dabei, etwas, was sie sehr vermisst hätte. Auch werde man vom Pflegepersonal oft schlecht behandelt. Frau S. erlebt unser Gesundheitswesen als menschlicher als in der Türkei. Wie sie aus Gesprächen mit anderen Türkinnen weiß, sind die Frauen mit der Betreuung in Schweizer Spitäler sehr zufrieden.

Aus: Martina Geiser, Cristina Strauss. «Migration und Geburt. Professionelle Hebammenbetreuung von Migrantinnen». Diplomarbeit Schule für Hebammen Zürich, August 2005.

Phase und der Betreuung von Migrantinnen nicht explizit wahrgenommen werden, wurden Probleme in der Betreuung, Kommunikation und Verständigung genannt. Die Aussagen beziehen sich auf Verhaltensweisen und Vorstellungen, die als auffällig, weil divergent von den eigenen Überzeugungen, erlebt werden. Das «Andere» wird in der Betreuung oft als problematisch wahrgenommen. Das Vermitteln von Wissen sehen die Befragten als möglichen Lösungsvorschlag, dabei wird angenommen, dass die Probleme der Migrantinnen dort liegen, wo ihnen das Wissen fehlt.

Mangel an Akzeptanz

Migrantinnen und Migranten erleben neben der unzureichenden Informationsvermittlung aber auch einen Mangel an Wertschätzung und Akzeptanz (Ullmann 2001). Weil wegen Sprachbarrieren keine Beziehung aufgebaut werden kann, erleben sie Ausgrenzung. Dem Wunsch, ganzheitlich wahrgenommen zu werden, steht die Reduktion auf ihr Ausländersein entgegen. Der emotionalen Dimension in der professionellen Beziehung zu Migrantinnen kommt eine besonders wichtige Bedeutung zu.

Transkulturelle Kompetenz

Ausgehend von den genannten Betreuungsproblemen stellt sich die Frage, welche Konzepte bei deren Lösung helfen.

Werden Hebammen und Hebammen i.A. dazu befragt, so wünschen sie sich Erklärungen zu häufig vorkommenden Kulturen, entsprechende Umgangsrezepte und Kenntnis kulturspezifischer Bräuche und Rituale, z. B. die Betreuung von Wöchnerinnen aus Sri Lanka oder Bräuche und Rituale bei Musliminnen.

Der Kulturbegriff

Das Bedürfnis, Kulturen zu erklären und Kulturrezepte zu erhalten, gründet im klassischen und allgemein gängigen Kulturbegriff. In diesem sog. essentialistischen Kulturbegriff wird Kultur als abgegrenztes, komplexes Ganzes angesehen (Tylor 1871, zitiert nach Dornheim 2001), welches Wissen, Glaubensvorstellungen, Kunst, Gesetze, Moral, Bräuche und alle anderen Fähigkeiten einschliesst, die ein Mitglied einer Gesellschaft erwirkt.

In dieser Auffassung von Kultur ist der Blickwinkel auf eine andere Kultur immer vom Normalen auf das Fremde gerichtet. So besteht die Gefahr, sich unreflektiert vom dem als «fremd» Empfundenen abzugrenzen und so auch die «Fremden» auszugrenzen (Dornheim 2001). Das Modell des abgeschlossenen Ganzen ist zudem statisch und suggeriert für alle der Kultur Zugehörigen das Gleiche zu beinhalten, ist demnach stereotypisierend und generalisierend. In der heutigen Ethnologie wird der essentialistische Kulturbegriff scharf kritisiert und ist für die Forschung längst überholt.

Wird hingegen «Kultur» als Gegensatz zur «Natur» betrachtet, so nähern wir uns dem dynamischen Kulturbegriff. Dabei geht es nicht ums Erklären, sondern ums Verstehen. Das Individuum mit seinen multiplen Einflussfaktoren steht im Mittelpunkt. Die Interaktion zwischen Individuen oder Systemen wird ins Zentrum gesetzt. Das setzt voraus, dass man nicht nur das Andersartige zu erklären versucht, sondern sich selbst hinterfragen muss. «Kulturen» werden gleichwertig behandelt, die Gemeinsamkeiten werden betont.

«Transkulturalität»

Anhand des dynamischen Kulturbegriffs kann nun auch die TK erklärt werden. Der Begriff «Transkulturalität» wurde von Welsch (1998) geprägt. Die Lebensformen enden nicht an Nationalgrenzen, sondern überschreiten diese. Durchmischungen von Einflüssen und Lebensformen sind Folge von Migrationsprozessen und der weltweiten Verflechtungen von Verkehrs- und Kommunikationssystemen sowie der Ökonomie. Dies führt zu ähnlichen Problemen und Bewusstseinslagen. Die Lebensform eines griechischen und deutschen Wissenschaftlers oder einer italienischen und türkischen Hausfrau ist möglicherweise ähnlicher als die eines schweizerischen Wissenschaftlers und einer schweizerischen Hausfrau. Es sind also vielmehr die individuellen Lebenswelten, die unsere Sicht und unser Erleben beeinflussen. Lebenswelten beinhalten soziale Bereiche (Familie, Arbeit, Politik, Schule, Religion, Freizeit, usw.) und individuelle Einflussfaktoren (Geschlecht, Persönlichkeit, Schicht, Bildung, Lebensgeschichte, Sozialisierung, usw.).

Transkulturelle Hebammentätigkeit

TK stellt nicht den Unterschied zwischen Kulturen, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und letztlich auch Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum (Domenig 2001a). TK stützt sich auf drei Pfeiler: Selbstreflexion, Empathie im Umgang mit Migrantinnen, und migrationsspezifisches Hintergrundswissen und Erfahrungen. Hebammen sollen die Fähigkeit erwerben, im Migrationskontext transkulturell kompetent zu agieren, sie sollen zu Lebensweltenbummlerinnen werden.

Selbstreflexion

umfasst die Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur. Hebammen werden aufgefordert, Unbewusstes und Selbstverständliches zu hinterfragen, um sich damit der Perspektive ihrer Klientinnen zu nähern.



Der neuzeitliche Kulturbegriff will nicht mehr erklären sondern verstehen.

Foto: Theresia Jörg

Die abendländische Vorstellung des Individuums, das für sich selbst verantwortlich ist und eigenständig nach Verwirklichung strebt, steht beispielsweise in Widerspruch zu familienzentrierten Gesellschaften, wo der Einzelne ein abhängiges Glied der Gruppe ist, und daher auch die Gruppe übergeordnete Bedürfnisse und Zielsetzungen verfolgt (Domenig 2001a). Auch die eigenen Bilder und Vorstellungen bezüglich Frauen- und Männerrollen müssten hierbei hinterfragt werden.

Empathie

Domenig beschreibt Empathie als Neugier und Aufgeschlossenheit für Andersartigkeit, Fremdes, das für uns nicht sofort verständlich ist (2001a). Gerade mit Migrantinnen ist es wichtig, sich nicht hinter professioneller Distanz zu verstecken, sondern mit Interesse, Geduld und Bemühen den Klientinnen Akzeptanz und Wertschätzung zu zeigen. Durch die körperliche Nähe, die Hebammen im Beruf zuweilen ausüben müssen, sind sich Hebammen einen raschen, intensiven Beziehungsaufbau gewohnt. Durch diese Fähigkeit zur Nähe haben sie einen Bonus. Die von Hebammen erwähnten «Frauensprache» weist auf die Fähigkeit, sich über das Kognitive hinaus auf etwas Gemeinsames einzulassen.

Migrationsspezifisches Hintergrundwissen

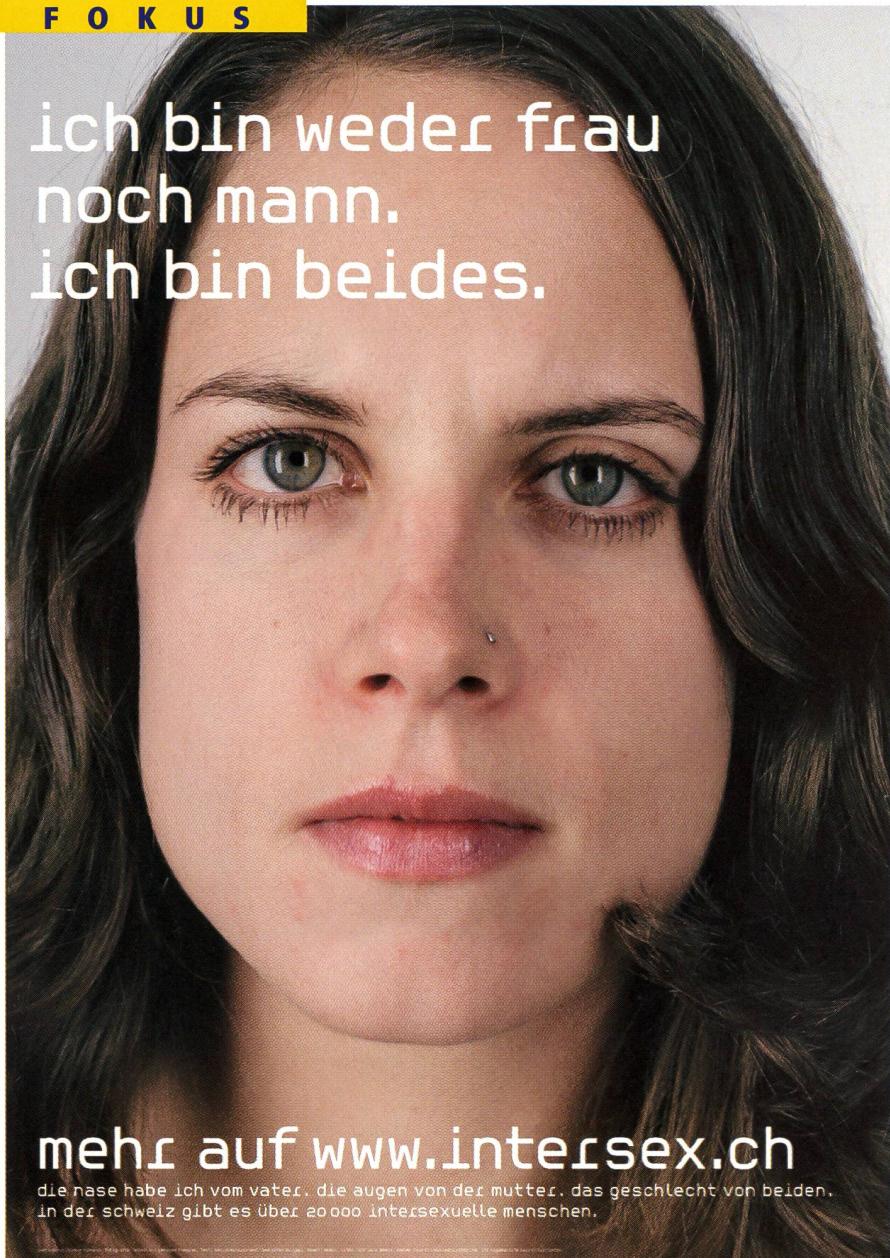
ist in diesem Kontext nicht als kulturspezifisches Rezept zu verstehen, sondern dient dem Ziel, die Lebenswelten einer Klientin zu erfassen. Dadurch wird es möglich, der Individualität und der Heterogenität der Migrantinnen gerecht zu werden. Letztlich müssen auch die sozial- und gesundheitspolitischen Bedingungen, welchen Migrantinnen im Einwanderungsland begegnen, thematisiert und verstanden werden.

Das Konzept der Transkulturalität versucht dem traditionellen essentialistischen Kulturbegriff entgegenzusteuern. Es versucht, Dialog und Interaktion in den Vordergrund zu rücken und so vor möglicher Voreingenommenheit zu schützen. Nicht das Verständnis der Kultur, sondern das Verständnis der Lebenswelten der Migrantinnen ist wichtig. Hebammen sind gefordert, als selbstkritische und empathische Lebensweltenbummlerinnen professionell ihre Klientinnen zu betreuen und begleiten.

Auszug aus: Paola Origlia Ikhilor, Hebammen als Lebensweltenbummlerinnen. Förderung der transkulturellen Kompetenz an der Hebammenschule Bern. Abschlussprojekt im Rahmen des Nachdiplomkurses Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich 2004/2005. Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe Aarau.

Literaturliste auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich.

**ich bin weder frau noch mann.
ich bin beides.**



mehr auf www.intersex.ch

die nase habe ich vom vater, die augen von der mutter, das geschlecht von beidem,
in der schweiz gibt es über 20000 intersexuelle menschen.

Anouk Hinoran

Besonderheiten in der Entwicklung der Geschlechtsorgane

Intersexualität

Intersexualität bezeichnet den Bereich, dem Menschen mit nicht eindeutig weiblichen oder männlichen körperlichen Geschlechtsmerkmalen zugeordnet werden. Die Idee, dass eine strikte Aufteilung aller Menschen in zwei Geschlechter den natürlich vorhandenen Gegebenheiten nicht gerecht werde, ist alt: Schon in der Antike wurde dem Phänomen besondere Beachtung geschenkt.

Gerlinde Michel

EINIGE Kulturen und Religionen betrachteten Intersexuelle als Angehörige eines dritten Geschlechts, erkannten ihnen die Rolle von Weisen und Schamanen zu oder beten intersexuelle Gottheiten an, z.B. die buddhistischen und hinduistischen Hochkulturen. Die Bandbreite des

historisch belegten Umgangs mit intersexuellen Menschen reicht von Verehrung bis Ermordung.

In den westlichen Kulturen der Neuzeit setzte sich die Anschauung durch, es sei wissenschaftlich möglich, das «wirkliche» Geschlecht eines Menschen zu bestimmen; die überwiegende Anzahl der Intersexuellen wurde zu sog. «Scheinherma-