Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 7-8

Artikel: Zwischen den Geschlechtern : eine Herausforderung für Hebammen
Autor: Weber-Tramèr, Anna-Tina
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949522

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: 09.12.2025

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

Zwischen den Geschlechtern: eine Herausforderung für Hebammen

Die Geburt eines Neugeborenen mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung ist ein seltenes Phänomen und bedeutet für die Eltern sowie für die betreuenden Hebammen eine schwierige Situation. Über die Bedürfnisse und Erwartungen betroffener Eltern im Kontext zur Hebammenbetreuung nach der Geburt ist wenig bekannt. Deren Ermittlung wurde im Rahmen einer Masterthesis ergründet.

Anna-Tina Weber-Tramèr

Kann beim Neugeborenen nach der Geburt kein eindeutiges Geschlecht bestimmt werden, bedeutet dies für die meisten Eltern eine völlig unerwartete Situation, da sie häufig vorher noch nie von Varianten der Geschlechtsentwicklung gehört haben. Diese Nachricht kann bei ihnen eine Krise auslösen und sie schlagartig in eine veränderte Realität bringen (Reinecke et al., 2004). Werner-Rosen (2014), Psychologe mit Schwerpunkt Disorder of Sex Development (DSD*), beschreibt diese Situation nach der Geburt als «psychosozialen Notfall». Die Geburt eines Neugeborenen mit DSD ist nicht nur aus medizinischer Sicht ein schwieriger Umstand, sondern es bestehen auch aussergewöhnliche psychosoziale Faktoren, die bei Eltern und ihrem Umfeld einen Schock auslösen können (Werner-Rosen, 2014). Auch für die beteiligten Gesundheitsfachpersonen kann dies bedrückend sein (Streuli, 2014). Für Hebammen bedeutet diese Sachlage eine schwierige Betreuungssituation.

Zielsetzung und theoretischer Hintergrund

Der Fokus dieser Masterarbeit ist auf die Hebammenbetreuung direkt in der Gebärabteilung ausgerichtet und soll die Bedürfnisse und Erwartungen der betroffenen Eltern an die Hebammenbetreuung aufzeigen. Mit den Ergebnissen möchte die Autorin zudem einen Beitrag zur Sensibilisierung von Hebammen zum Themenfeld DSD leisten und zur Rollenklärung von Hebammen bei der Frühversorgung von DSD beitragen.

Das Geschlecht wird meist als ein binäres Modell wahrgenommen, über andere Formen bestehen kaum Kenntnisse. Der Prozess der Geschlechtsentwicklung ist komplex. Dabei kann es zu Abweichungen kommen, was eine atypische Geschlechtsentwicklung zur Folge hat. Die Verdachtsdiagnose DSD wird geäussert, wenn typische Merkmale des Geschlechts entweder stark ausgeprägt sind, fehlen oder wenn gleichzeitig von beiden Geschlechtern Merkmale vorhanden sind (Schweizer und Richter-Appelt, 2012).

Wie wird Intersexualität heute verstanden?

Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK, 2012, S. 7) versteht unter Intersexualität «ein biologisch nicht eindeutiges Geschlecht. Das heisst, dass die Entwicklung des chromosomalen, gonadalen und anatomischen Geschlechts atypisch verläuft und infolgedessen die geschlechtsdifferenzierenden Merkmale nicht übereinstimmend eindeutig männlich oder weiblich sind.» Dies kann vorgeburtlich, nach der Geburt, im Pubertäts- oder im Erwachsenenalter festgestellt werden (NEK, 2012).

Seit 2005 wird statt Intersexualität der Sammelbegriff DSD, Störungen der Geschlechtsentwicklung, verwendet. International und in der Forschungsliteratur hat sich dieser Ausdruck, der als Bedingung definiert wird, bei der die Entwicklung des Geschlechts atypisch verläuft, durchgesetzt (Hughes et al., 2006).

Um den Begriff Störung zu vermeiden, was von Betroffenen beanstandet wurde, da er stigmatisierend wirkt, kann alternativ von Differences of Sex Development oder auf Deutsch Besonderheiten, Varianten oder Differenzen gesprochen werden (Wiesemann et al., 2010).

Wichtig ist die klare Abgrenzung zwischen den Begriffen DSD und Transsexualität. Transsexuelle haben ein eindeutiges biologisches Geschlecht, fühlen sich aber im falschen Körper geboren (NEK, 2012).

Autorin

Anna-Tina Weber-Tramèr, Hebamme FH, MAS, Klinik im Park Hirslanden, Zürich.

annatinawebertramer@hotmail.com

* Die Abkürzung DSD wird in diesem Artikel für alle Formen von Variationen der Geschlechtsentwicklung verwendet.

Prävalenz variiert je nach Form

Aussagen über die Prävalenz sind schwierig, weil unter dem Sammelbegriff DSD verschiedene Formen klassifiziert sind. Gemäss Hughes et al. (2006) besteht eine Prävalenz von 1:4500. Thyen et al. (2006) erwähnen eine Häufigkeit von 1:2000 bis 1:5000. Streuli (2014) beschreibt eine Häufigkeit zwischen 1:1000 und 1:6000, je nach Form. Laut Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2016) werden in der Schweiz jährlich 40 Kinder geboren, bei denen nach der Geburt keine eindeutige Geschlechtszuweisung erfolgen kann. Weitere kommen dazu, die später entdeckt werden.

DSD ist versicherungstechnisch ein Geburtsgebrechen, was nicht bedeutet, dass alle Formen behandlungsbedürftig sind (NEK, 2012). Heute werden ätiologisch mindestens 20 verschiedene Formen unterschieden. Am häufigsten sind das Adrenogenitale Syndrom (AGS), die Androgensensitivität und die Gonadendysgenesie (Schweizer und Richter-Appelt, 2012). Das AGS kann mittels des routinemässigen Neugeborenenscreenings postpartum ermittelt werden.

Optimale Geschlechterpolitik

Die Behandlungspraxis der Intersexualität ging in den 1950er-Jahren mehrheitlich auf Money (1955) zurück. Gemäss dem Sexualwissenschaftler waren Neugeborene geschlechtsneutrale Wesen, und somit sollten DSD-Kinder möglichst früh einem Geschlecht zugeordnet werden. Operative Anpassungen wurden vor dem 18. Lebensmonat vorgenommen, und eine geschlechtstypische Erziehung sollte von den Eltern, entsprechend der gewählten Geschlechterrolle, angewendet werden. Die Kinder wurden nicht über ihre Diagnose aufgeklärt. Money ging davon aus, dass das Geschlecht anerzogen sei und die Kinder dadurch eine entsprechende Geschlechteridentität erreichen könnten (Werner-Rosen, 2014).

Die frühere Behandlungspraxis führte bei Betroffenen häufig zu Problemen, weshalb sie beanstandet wurde und es zu einer Richtungsänderung kam (NEK, 2012). Die Kritik kam vonseiten der Selbsthilfebewegung und der Wissenschaft (Schweizer und Richter-Appelt, 2012).

Aktuelle Stellungnahmen und Leitlinien

Im deutschsprachigen Raum sind zurzeit folgende Stellungnahmen und Leitlinien relevant:

- NEK, Stellungnahme 2012: Die NEK hat vom BAG den Auftrag erhalten, eine Stellungnahme zu ethischen Fragen bzgl. Intersexualität zu verfassen, und gibt 14 Empfehlungen zu medizin- und rechtsethischen Themen ab. Es wurde mit Betroffenen, Eltern, medizinischen, ethischen und psychologischen Expertinnen und Experten Rücksprache gehalten (NEK, 2012).
- Deutscher Ethikrat, Stellungnahme 2012: Der deutsche Ethikrat erarbeitete im Auftrag vom deutschen Bundesministerium eine Stellungnahme mit Informationen und Behandlungsempfehlungen für Kinder mit DSD. Zur medizinischen Behandlung wurden 18 Empfehlungen, zum Personenstandsrecht vier Empfehlungen abgegeben (Deutscher Ethikrat, 2012).
- Deutsche S2k-Leitlinie DSD 2016: Die Deutschen Gesellschaften für Urologie, Kinderchirurgie und Endokrinologie gaben Leitlinien heraus, in denen 37 Handlungsempfehlungen entwickelt wurden, die sich auf die Diagnostik, Beratung und Therapie beziehen. Darin wird auf die Wichtigkeit von Kompetenzzentren mit multidisziplinären Teams, psychologische Begleitung und die Peerberatung hingewiesen (Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und Diabetologie, 2016).

Methode und Ergebnisse

Für die Masterarbeit wurde ein qualitatives Datenerhebungs- und Auswertungsprojekt in Form von leitfadengestützten Interviews gewählt. Die Erhebung erfolgte mittels fünf semistrukturierten Interviews mit Müttern von Kindern mit DSD. Die Befragung bezog sich auf das Erleben der Geburt ihres Kindes in Bezug auf die Hebammenbetreuung in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert. Die Rekrutierung erfolgte über Elternselbsthilfegruppen im deutschsprachigen Raum. Es wurden fünf betroffene Mütter zwischen 34 und 62 Jahren befragt.

Mittels der Inhaltsanalyse liessen sich aus den fünf Interviews in einer ersten Reduktion 20 Kategorien mit Bedürfnissen und Erwartungen ableiten. Um eine bessere Übersicht auf die 20 Kategorien zu gewinnen, wurden sie reduziert und zu sechs Kernkategorien gebündelt.

Vier Bedürfniskategorien

1. Unterstützung Eltern-Kind-Beziehung
2. Information und Kommunikation
3. Schutz und Rücksichtnahme
4. Gesprächsbedarf mit Fachpersonen und Kontaktknüpfen mit Elternselbsthilfegruppen

Zwei Erwartungskategorien

5. Fachwissen und Kompetenz
6. Zeitnahes Weiterleiten an professionelle Expertenteams

Was wird für die Praxis geraten?

Die Praxisempfehlungen lassen sich in drei Ebenen unterteilen.

Ebene der Hebammen

Die Betreuung von Eltern mit einem Neugeborenen mit DSD ist eine schwierige Situation und bedeutet für Hebammen eine Herausforderung. Als Voraussetzung zur Begleitung von DSD-Familien sollte bei Hebammen Wissen über DSD vorhanden sein. Hebammen müssen sich ihrer besonderen Rolle am Start der Versorgung von DSD-Familien bewusst sein. Sie sind Vertrauenspersonen in den für die Eltern-Kind-Beziehung prägenden ersten Stunden und Tagen nach der Geburt.

Es ist wichtig, dass Hebammen ihre Aufgabe realisieren, die vulnerable Situation der Eltern erkennen, die Bedürfnisse und Erwartungen der Eltern wahrnehmen und mit Empathie und Fingerspitzengefühl umsetzen. Dies bedeutet, den Mut zu haben, die Thematik offen anzuspre-

Inhalt der gebündelten sechs Kernkategorien

Bedürfnisse der Frauen an die Hebammenbetreuung	
Bonding **Eltern-Kind-Beziehung** **Kind annehmen** **Väter einbeziehen**	– Unterstützung beim Bonding – Unterstützung bei Aufbau und Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung und der emotionalen Bindung – Kind positiv willkommenheissen und so akzeptieren, wie es ist – Unterstützung und Bestärkung beim Annehmen des Kindes – Väter einbeziehen
Kommunikation **Enttabuisierung** **Empathie** **Respekt**	– Offene, ehrliche, nicht wertende und einfühlsame Kommunikation, Tabuthema brechen – Optimismus, Motivation und positive Bestärkung – Verwendung von neutralen, nicht diskriminierenden Begriffen – Empathie, Verständnis für schwierige Situation, emotionales Geborgensein – Respektvoller und sensibler Umgang, Vertrauensverhältnis
Schutz **Hierarchie** **Untersuchung** **Zeit lassen / Druck reduzieren**	– Privatsphäre, Intimsphäre, Ruhe, Einzelzimmer, Familienzimmer – Schutz vor Personen, Besuchern,Verwandten und Blicken – Begleitung, Unterstützung bei Untersuchungen – Information und Einholung Einwilligung vor Untersuchungen – Unterstützung, Vermittlung bei Gesprächen, Visiten bzgl. Hierarchie, nicht ausgeliefert sein – Zeit haben, Druck wegnehmen, Stressreduktion
Gesprächsbedarf **Selbsthilfegruppen** **Psychologin/Psychologe** **Sozialdienst**	– Grosser Gesprächsbedarf, Sprechen mit der Hebamme über Ängste, Sorgen, Zweifel, Gefühle, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle – Informationen zu Elternselbsthilfegruppen, Unterstützung beim zeitnahen Kontaktknüpfen, Austausch – Zeitnahe Involvierung psychologische Beratung / Sozialdienst bereits im Wochenbett

Erwartungen der Frauen an die Hebamme	
Wissen **Vorbildrolle** **Administration** **rosa/hellblau**	– DSD-Fachwissen der Hebamme, Erkennen und Ansprechen der Problematik – Angemessene, kompetente und zeitnahe Informationen zu DSD und weiterem Vorgehen – Ruhiger und sachlicher Umgang mit der Situation – Unterstützung und Ratschläge bei administrativen Belangen – Neutrale farbliche, nicht geschlechtsbezeichnende Beschriftung der Babys
Weiterleiten an Expertenteam	Zeitnahe Informationen über multiprofessionelle Expertenteams und Weiterleitung in Kompetenzzentren

chen, zu informieren und den Fragen der Eltern nicht auszuweichen. Hebammen sollten mit positivem Beispiel vorangehen und Ruhe in die Schocksituation bringen, die prägende Eltern-Kind-Beziehung durch Bonding fördern und die Eltern beim Annehmen des Kindes bestärken. Wichtig ist auch, für die Eltern ein offenes Ohr zu haben, sich Zeit für sie zu nehmen und nachzufragen, wie es ihnen geht. Dabei sollten Hebammen auf die eigene Ausdrucksweise achten und diskriminierende, wertende und geschlechtsbezeichnende Begrifflichkeiten vermeiden. Dazu gehört, sich der Rolle als Schutzschild bewusst zu sein, DSD-Familien bei Gesprächen und Untersuchungen zu begleiten, vor neugierigen Besuchern zu schützen und für Privatsphäre zu sorgen.
Hebammen müssen keine DSD-Spezialistinnen sein, aber ihre eigenen Grenzen kennen, DSD-Expertinnen und -Experten beiziehen und für zeitnahe Kontakte mit Peergruppen sowie für psychologische Begleitung sorgen. Es braucht eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation im Team zwischen Hebammen, Ärztinnen/Ärzten und anderen beteiligten Gesundheitsfachpersonen.

Institutionelle Ebene

Bestehende DSD-Leitlinien und -Behandlungsempfehlungen zur Versorgung von betroffenen Eltern sollen bekannt sein. Spezielle Hebammenratgeber könnten mit den vorliegenden Ergebnissen ergänzt und verbreitet werden und in Gebärabteilungen zur Verfügung stehen, damit Hebammen die Bedürfnisse von DSD-Eltern kennen und umsetzen können. Die Verwendung von farblichen Genderbezeichnungen (rosa/hellblau) in Gebärabteilungen könnte überdacht werden.
Damit Hebammen den elterlichen Bedürfnissen gerecht werden können, brauchen sie von ihrer Institution Handlungsspielraum. Sie benötigen genügend Zeit, um DSD-Eltern in ihrer vulnerablen Situation betreuen zu können, und Verständnis, dass in dieser Situation ein Einzelzimmer zu bevorzugen ist. Es bedarf der Möglichkeit, dass ein geschulter Sozial- und/oder psychologischer Notfalldienst beigezogen werden kann.

Gesellschaftliche Ebene

Nötig sind das Überdenkens der traditionellen Geschlechterrollen und die Bewusstmachung, dass das Geschlechtssystem eines Menschen nicht nur ein binäres sein kann, sondern Formen dazwischen möglich sind. Letzteres macht es einfacher, das DSD-Phänomen zu akzeptieren, und es ist Voraussetzung, um die Eltern in ihrer besonderen Situation angemessen begleiten zu können. Plett (2012) weist auf das Problem der ausschliesslichen Zweigeschlechtlichkeit im Bewusstsein der Menschen hin und beschreibt die Schwierigkeit, diese Struktur aufzubrechen.

Diese Fragen sind noch offen

Obwohl in der vorliegenden Arbeit Eltern befragt werden sollten, wurden alle Interviews mit Müttern von DSD-Kindern durchgeführt. Interessant wäre, mehr über die Väterrolle zu forschen.
Aktuell ist in den Medien die Thematik Intersexualität häufig vertreten, es zeigt sich, dass sich Betroffene und auch Betreuende engagieren. Mit dem aktuell vom Schweizerischen Nationalfond (2016) bewilligten Projekt zur Aufarbeitung der Behandlung von DSD-Kindern wird das Universitäts-Kinderspital in Zürich unterstützt. Ein interdisziplinäres Team wird die historische Behandlung von Kindern mit DSD aufarbeiten.
Das Bedürfnis der Mütter, über Behandlungsempfehlungen sowie über Operationen ihrer Kinder zu sprechen, war spürbar. Da dies nicht Ziel der Arbeit war, wurde diese Thematik nicht integriert. Dies wäre ein mögliches Projektthema in der Zukunft.

Dieser Artikel beruht auf der Masterthesis «Zwischen den Geschlechtern – Disorder of Sex Development (DSD) – Eine Herausforderung für Hebammen», einem qualitativen Datensammlungs- und Auswertungsprojekt von Anna-Tina Weber-Tramèr (2016), das sie zum Abschluss des Studiums MAS Hebammenkompetenzen plus an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften eingereicht hat.

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2016) Menschen mit uneindeutigem Geschlecht – Sensibilität fördern. www.admin.ch
Deutscher Ethikrat (2012) Stellungnahme zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland. www.ethikrat.org am 22.10.2016.
Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und Diabetologie (2016) Varianten der Geschlechtsentwicklung. S2k-Leitlinie, 174/001. www.awmf.org
Hughes, I. A. et al. (2006) Consensus statement on management of intersex disorders. «Journal of pediatric urology», 2(3), 148–162.
Mayring, P. (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim: Beltz.
Money, J. (1955) Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. «Bulletin of the Johns Hopkins Hospital», 96(6), 253–264.
Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK, 2012) Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur «Intersexualität». Stellungnahme. www.nek-cne.admin.ch
Plett, K. (2012) Geschlecht im Recht – eins, zwei, drei, viele? Rechtshistorische und gendertheoretische Betrachtungen. In: Schweizer, K. und Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen, 131–150. Gießen: Psychosozial Verlag.
Reinecke, S. et al. (2004) Erfahrungen mit Intersexualität. Ergebnisse einer Interviewstudie mit Eltern und Betroffenen. «Psychother Soz», 6, 263–295.
Schweizer, K. (2011) Deutscher Ethikrat. Stellungnahme zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland. www.ethikrat.org
Schweizer, K. und Richter-Appelt, H. (2012) Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
Schweizerischer Nationalfond (2016) Die Behandlung von Varianten der Geschlechtsentwicklung wird aufgearbeitet. www.snf.ch
Streuli, J. C. (2014) Ethics and Clinical Practice of Disorders of Sex Development: From Clash to Collaboration. Doktorarbeit, Universität Zürich.
Thyen, U. et al. (2006) Epidemiology and initial management of ambiguous genitalia at birth in Germany. «Hormone research in paediatrics», 66(4),195–203.
Werner-Rosen, K. (2014) Der subjektive Bedarf an psychologischer Beratung/Psychotherapie von Eltern von Kindern mit DSD/Intersexualität. Doktorarbeit, Freie Universität Berlin. www.diss.fu-berlin.de
Wiesemann, C. et al. (2010) Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents. «European journal of pediatrics», 169(6), 671–679.