

Hinweis zur Verwendung des vorliegenden Dokumentes:

Bei Verwendung der Lizentiatsarbeit „Migrantinnen im schweizerischen Geburtssystem . Wie Frauen mit Migrationshintergrund Schwangerschaft und Geburt in der Schweiz erleben. Fallstudien“ wird um eine korrekte Quellenangabe (Autorin, Jahr, Titel der Publikation) gebeten.

© Tanya Karrer, 2006 info@tanuca.ch

MIGRANTINNEN IM SCHWEIZERISCHEN GEBURTSSYSTEM

**-Wie Frauen mit Migrationshintergrund Schwangerschaft und Geburt
in der Schweiz erleben: Fallstudien-**



LIZENTIATSARBEIT
von Tanya Karrer
am Institut für Ethnologie der Universität Bern

Eingereicht im November 2005 bei:
Prof. Dr. Hans-Rudolf Wicker
Institut für Ethnologie
Universität Bern

Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung	1
	TEIL I: EINFÜHRUNG UND THEORIE	
1	Einleitung	8
2	Migrantinnen im westlichen Geburtssystem: Bisherige Erkenntnisse	10
2.1	Ausgangslage	10
2.2	Schwangerschaft	11
2.3	Geburt	13
2.4	Nach der Geburt	15
3	Das schweizerische Geburtssystem	16
3.1	Das schweizerische Geburtssystem in der Vergangenheit	18
3.2	Das Schweizerische Geburtssystem heute	19
3.2.1	Schwangerschaft heute	19
3.2.1.1	Vorsorgeuntersuchungen	21
3.2.1.2	Geburtsvorbereitung	21
3.2.1.3	Rechtliches zur Schwangerschaft	23
3.2.2	Die Geburt	24
3.2.2.1	Die Geburt im Spital oder in der Klinik	24
3.2.2.2	Die Geburt im Geburtshaus	26
3.2.2.3	Die Hausgeburt	26
3.2.2.4	Rechtliches zur Geburt	27
3.2.3	Nach der Geburt	27
3.2.3.1	Das Wochenbett	27
3.2.3.2	Rechtliches	29
3.3	Diskussion und Thesenbildung: Das schweizerische Geburtssystem	29
4	Theoretische Konzepte zur Arzt-Patienten Interaktion	34
4.1	Das Gesundheitssystem	34
4.1.1	Der populäre Sektor	35
4.1.2	Der volkstümliche Sektor	36
4.1.3	Der professionelle Sektor	36
4.1.4	Diskussion und Thesenbildung: Das Gesundheitssystem	37
4.2	Erklärungs- und Transaktionsmodelle	38
4.2.1	Erklärungsmodelle	38
4.2.2	Transaktionsmodell	40
4.2.3	Diskussion und Thesenbildung: Erklärungs- und Transaktionsmodell	40
4.3	Transkulturelle Kompetenz	41
4.3.1	Diskussion und Thesenbildung: Transkulturelle Kompetenz	44

	TEIL II: DATENERHEBUNG	
5	Methodik	45
5.1	Ausgangslage	45
5.2	Zielsetzung	45
5.3	Datenerhebung	45
5.3.1	Sample	46
5.3.1.1	Erste Gruppe	46
5.3.1.2	Zweite Gruppe	47
5.3.1.3	Dritte Gruppe	47
5.3.2	Design, Erhebungsmethode und Datenaufbereitung	48
5.3.3	Interviewleitfaden	48
5.3.4	Setting	49
6	Fallbeispiele	50
6.1	Fallbeispiele der ersten Gruppe	50
6.1.1	Fallbeispiel 1: Irena aus Polen	50
6.1.2	Fallbeispiel 2: Renu aus Thailand	54
6.1.3	Fallbeispiel 3: Ivana aus Kroatien	56
6.1.4	Fallbeispiel 4: Kristina aus Kroatien	60
6.1.5	Fallbeispiel 5: Laura aus Chile	63
6.1.6	Fallbeispiel 6: Elene aus Georgien	67
6.2	Bilanz der Ergebnisse der ersten Gruppe	70
6.2.1	Schwangerschaft	72
6.2.2	Geburt	72
6.2.3	Nach der Geburt	73
6.3	Fallbeispiele der zweiten Gruppe	74
6.3.1	Fallbeispiel 7: Amira aus dem Kosovo	74
6.3.2	Fallbeispiel 8: Dardana aus dem Kosovo	77
6.3.3	Fallbeispiel 9: Elira aus dem Kosovo / aus Kroatien	82
6.3.4	Fallbeispiel 10: Zafirah aus Marokko	87
6.4	Bilanz der Ergebnisse der zweiten Gruppe	92
6.4.1	Schwangerschaft	92
6.4.2	Geburt	93
6.4.3	Nach der Geburt	93
6.5	Interviews mit den Vertreterinnen der dritten Gruppe	94
6.5.1	Interview mit Elisabeth Mosimann	94
6.5.2	Fokusgruppengespräch mit zwei Hebammen	97
6.5.3	Bilanz der Ergebnisse der dritten Gruppe	100
7	Schlussfolgerungen	101
	Bibliographie	110
	Anhang	
	Anhang 1: Brief an Migrantinnen via Kindergarten	i
	Anhang 2: Datenblatt Interviewpartnerinnen	ii
	Anhang 3: Brief der Sozialen Dienste an die Migrantinnen	iii
	Anhang 4: Interviewleitfaden Mütter	iv
	Anhang 5: Interviewleitfaden Elisabeth Mosimann	vi
	Anhang 6: Gesprächsleitfaden Hebammen	ix

Zusammenfassung

Rund 20% der in der Schweiz wohnhaften Frauen haben einen Migrationshintergrund. Der grösste Teil ist ausländischer Nationalität, eine Minderheit besitzt die Schweizer Staatsbürgerschaft.

Es ist davon auszugehen, dass viele dieser Frauen mit Migrationshintergrund aufgrund sprachlicher Probleme oder kultureller Missverständnisse einen erschwerten Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung haben.

Während einer Schwangerschaft, der Geburt und während einiger Zeit nach der Geburt nehmen praktisch alle der betroffenen Frauen die Versorgung mehr oder weniger in Anspruch, die das schweizerische Gesundheitssystem anbietet. Diese spezifische Art der Versorgung wird auch „Geburtssystem“ genannt. Es wird definiert als ein System welches die Schwangerschaft und die Geburt im Sinne von Ideen, Praktiken, Erfahrungen, Regeln, Vorschriften und Massnahmen „leitet“, strukturiert und unterstützt. In der Schweiz ist das Geburtssystem sehr vielschichtig. Überträgt man Arthur Kleinmans Einteilung des Gesundheitssystems in einen populären, einen volkstümlichen und einen professionellen Sektor auf das Geburtssystem, so lässt sich dieses vereinfacht wie folgt darstellen:

	Populärer Sektor	Volkstümlicher Sektor	Professioneller Sektor
Schwangerschaftsverdacht bestätigen	Schwangerschaftstest aus Warenhaus, Drogerie, Apotheke	Untersuchung bei einer Hebamme	Untersuchung beim Hausarzt oder Gynäkologen
Vorsorge und Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft	Eigene Wahrnehmung des Körpers. Wahrnehmung durch andere. Hausmittelchen	Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme	Vorsorgeuntersuchungen durch Arzt und Hebamme abwechslungsweise
Vorbereitung auf die Geburt	Gespräche mit anderen Müttern, Frauen usw. Literatur, Internet, Vereine	Geburtsvorbereitungskurse durchgeführt von freischaffenden Hebammen oder Geburtsvorbereiterinnen. Akupunktur usw.	Vorsorgeuntersuchungen beim Hausarzt. Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen (eigene Praxis oder an Spital angeschlossen).
Geburt	Zuhause ohne auswärtige Hilfe	Hausgeburt mit Hebamme	Geburt im Spital
		Geburt im Geburtshaus	Geburt in der Klinik
		ambulant	ambulant
		stationär	stationär
Wochenbett	Wochenbett zuhause	Wochenbett im Geburtshaus	Wochenbett in Spital oder Klinik

Abb. 1: Das Geburtssystem im Überblick

Der populäre Sektor ist der informelle oder Laiensektor, in welchem körperliche Veränderungen zuerst wahrgenommen und interpretiert werden. Auch werden in diesem Sektor gegebenenfalls erste Massnahmen wie Selbstmedikation oder Schwangerschaftstests ergriffen.

Der volkstümliche Sektor ist derjenige der nicht professionalisierten Spezialisten. In der Schweiz würde man, meines Erachtens, trotz Professionalisierung, die Alternativmedizin diesem Sektor zurechnen.

Der professionelle Sektor schliesslich ist derjenige der organisierten und anerkannten Heilberufe. In diesen Sektor gehören biomedizinisch ausgebildete Ärzte aber auch Pflegefachleute.

Die medizinische Versorgung während Schwangerschaft und Geburt kann nun in diesen drei Sektoren stattfinden: Die Überprüfung einer möglichen Schwangerschaft kann mittels eines selbst durchgeführten Schwangerschaftstests, durch eine Untersuchung bei einer Hebamme oder durch eine Untersuchung bei einem Arzt stattfinden. Ähnlich verhält es sich mit den Vorsorgeuntersuchungen, wobei jene aus dem volkstümlichen Sektor und dem professionellen Sektor (Untersuchung nur bei Hebamme, bei Hebamme und Arzt oder nur Arzt) von diversen Institutionen sehr empfohlen werden. Die Kosten hierfür übernehmen die Krankenkassen. Auch die diversen Formen einer Geburt, für die sich eine Frau entscheiden kann, lassen sich diesen Sektoren zuteilen. Die Geburt zuhause findet im populären Sektor statt, die Geburt mit einer Hebamme zuhause oder im Geburtshaus im volkstümlichen und die Geburt im Spital im professionellen Sektor. Schlussendlich lässt sich auch das Wochenbett, welches ambulant oder stationär verbracht werden kann, einem der drei Sektoren zuordnen.

Unterschiedliche Varianten und Optionen der Krankenversicherung und gesetzliche Bestimmungen zu Schwangerschaft und Geburt machen das Geburtssystem zusätzlich kompliziert. Für aussenstehende und mit dem System wenig vertraute Personen ist das Geburtssystem ohne Beratung kaum durchschaubar.

Diverse Studien befassten sich mit Migrantinnen und Frauen in Geburtssystemen in den Industriestaaten. Die Resultate waren sehr vielfältig, kamen aber hauptsächlich zum Schluss, dass die Situation während Schwangerschaft und Geburt für Migrantinnen generell schlechter sei als für Einheimische. Nach Ansicht der Autoren könnte sich dies auf verschiedene Faktoren zurückführen lassen: Sozioökonomischer Status, persönliche und kollektive Erfahrungen, Alter, Geschlecht, Sprache und Kultur beeinflussten den Zugang zu adäquater Versorgung. So würden Migrantinnen weniger Präventionsverhalten während der

Schwangerschaft entwickeln und während Schwangerschaft und Geburt in erster Linie auf spitalbasierte und von Ärzten angebotene Leistungen zurückgreifen. Nach der Geburt hingegen fühlten sie sich häufig isoliert und würden angebotene Leistungen aus Unkenntnis oder wegen Hemmungen nicht nutzen.

Migrantinnen stossen im Geburtssystem auf weitere Probleme, weil sie aufgrund der oben genannten Faktoren oft andere Erklärungsmodelle für ihren aussergewöhnlichen Zustand (Schwangerschaft, Krankheit) haben als Ärzte, Hebammen und Pflegende. Erklärungsmodelle sind die Erklärungen einzelner Individuen über ihren Zustand.

In der Praxis müssen die Erklärungsmodelle der betroffenen Frau und dasjenige des Arztes „ausgehandelt“ und miteinander in Einklang gebracht werden, damit die Interaktion zwischen diesen beiden Akteuren erfolgreich verlaufen und ein Konsens über die weitere Behandlung gefunden werden kann. Die Erklärungsmodelle selbst und das Aushandeln mittels Transaktionsmodell wurden zu Beginn der 1980er Jahre von Kleinmann diskutiert.

Heute greift man in der Schweiz für die Kommunikation und Interaktion zwischen Migrantinnen und Pflegenden eher auf das Konzept der Transkulturellen Kompetenz zurück. „Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, die individuellen Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen“ (Domenig 2003 zit. in: Gross 2003: 47). Die Pflegeperson versucht sich also mittels Empathie in die Migrantin hineinzusetzen und deren Verhalten zu verstehen oder zumindest zu respektieren.

Wie finden sich nun aber Migrantinnen im schweizerischen Geburtssystem zurecht? Wie erleben sie in diesem System ihre eigene Schwangerschaft und die Geburt ihres Kindes?

Mittels einer qualitativen Datenerhebung wurden klärende Antworten auf diese Fragen gesucht. Dazu wurden mit insgesamt zehn Migrantinnen, zwei Hebammen und einer deutsch-albanischen Übersetzerin systematische und intensive Gespräche geführt. Die Migrantinnen wurden über zwei verschiedene Zugangsarten erreicht. Die eine Gruppe meldete sich über einen bestimmten Kindergarten, die andere wurde durch den Sozialdienst einer grösseren Gemeinde mit hohem Ausländeranteil auf die Forschungsarbeit aufmerksam gemacht.

Alle befragten Migrantinnen wurden gebeten, über die Vorsorgeuntersuchungen und deren Ablauf sowie über den Geburtsvorgang zu berichten. Weiter interessierte, ob Geburtsvorbereitungskurse besucht wurden, ob alternative Geburtsformen wie Hausgeburt oder Geburt im Geburtshaus bekannt waren, ob sie das Angebot einer Still- und/oder Mütterberatung nutzen, ob sie sich über ihren Versichertenstatus im Klaren waren und

wussten, welche Leistungen von der Krankenkasse übernommen wurden und wie sie nach der Geburt die Kinderbetreuung nach der Geburt organisieren konnten.

Vor allem die erste Schwangerschaft und Geburt ist auch heute noch ein faszinierendes Ereignis und meist der absolute Höhepunkt im Leben der Frau (und auch der Familie). Es wird subjektiv und höchst individuell wahr genommen und kann deshalb kaum in allgemeine Aussagen zusammen gefasst werden. Dennoch eignet sich diese Lebensperiode für eine qualitative Umfrage und eine Art Standortbestimmung zum Thema „Migrantinnen im schweizerischen Gesundheitssystem“. Selten sonst im Leben ist eine bestimmte Personengruppe (in unserem Fall Migrantinnen im reproduktiven Alter) auf der aktiven Suche und in intensivem Kontakt mit dem Gesundheitssystem, bzw. dem Geburtssystem in der Schweiz. Auch wenn Schwangerschaft und Geburt sehr individuell wahrgenommene Prozesse sind, die von vielen anderen Faktoren abhängen, weisen die ausgewerteten Umfrageergebnisse auf interessante Trends hin.

Bei mehr oder weniger normal verlaufenden Schwangerschaften mit der Geburt eines gesunden Kindes wird das schweizerische Geburtssystem in der Regel recht positiv bewertet. Eine gewisse Tendenz zu „schwierigen Schwangerschaften“ wird sichtbar, wenn die Frau in unsicheren sozioökonomischen Verhältnissen lebt. Schwierige Schwangerschaften waren häufiger anzutreffen bei der Gruppe von Migrantinnen, die durch den Sozialdienst zur Umfrage kamen und die bekannterweise in unsicheren finanziellen Verhältnissen leben. Weiter ist ersichtlich, dass Migrantinnen hauptsächlich auf die vom Vertrauensarzt empfohlenen Leistungen, also spitalbasierte und/oder von Ärzten angebotene Dienste zurückgreifen. Zudem ist ersichtlich, dass Migrantinnen über keine vollständigen Informationen über das Geburtssystem verfügen. Des öfteren wird der Wunsch nach mehr Information angebracht. Trotzdem haben alle Informantinnen einen Weg durch das schweizerische Geburtssystem gefunden und die wichtigsten Leistungen in Anspruch genommen. Sie wählten meistens den Weg über Hausarzt/Gynäkologe und Spitalgeburt. Es besteht die Vermutung, dass der Weg durch das Geburtssystem durch den erst konsultierten Vorsorgedienstleister und dessen Informationen vorbestimmt wird.

Die wohl grösste Herausforderung für berufstätige Migrantinnen liegt aber ausserhalb des Gesundheitssystems. Es ist die Kinderbetreuung im Alltag nach der Geburt, wozu einige der befragten Frauen innovative Strategien entwickeln mussten.

	Irena Polen	Renu Thailand	Ivana Kroatien	Kristina Kroatien	Laura Chile	Elene Georgien
Vorsorge-untersuchung	X	X	X	X	X	X
Geburtsvorbereitung						X
Altern. Geburtsformen bekannt					X	X
Stillberatung	X	X				X
Mütterberatung						X
Versicherung klar		X	X	X		
Kinderbetreuung	Irena	Renu	Ivanas Mutter, Schichtarbeit	Tagesmutter, Schichtarbeit	Schwiegereltern	Elene, Schwiegereltern

	Amira Kosovo	Dardana Kosovo	Elira Kosovo	Zafirah Marokko
Vorsorge-untersuchung	X		X	X
Geburtsvorbereitung				X
Altern. Geburtsformen				
Stillberatung	angeboten			
Mütterberatung				
Versicherung klar	X	?	X	X
Kinderbetreuung	Amira (= Hausfrau)	Dardana, Kindergarten	Zuerst Frauen, jetzt Krippe	Zafirah. Später ungewiss

Eine deutsch-albanische Übersetzerin schweizerischer Herkunft, welche diverse Schwangerschaften und Geburten bei Kosovo-Albanerinnen in der Schweiz begleitet hatte, berichtete von ihren Erfahrungen. Sie wies vor allem auf die Tatsache hin, dass Frauen und Mädchen in der albanischen Kultur weniger wert sind als Männer und wie sich dies auf den Schwangerschaftsverlauf der Frauen auswirken könne. Frauen, die ein Mädchen erwarteten, könnten die Schwangerschaft nicht geniessen, da sie sich davor fürchten müssen, von ihrem Mann verstossen zu werden, wenn er erfährt, dass sie ein Mädchen erwartete. Frau Mosimann rät deshalb den Ärzten, albanische Eltern nicht über das Geschlecht des erwarteten Kindes zu unterrichten, vor allem nicht, wenn ein Mädchen unterwegs sein sollte. Ein weiteres Problem zeigt sich laut Mosimann darin, dass albanische Frauen seltenst das Haus ohne männliche Begleitung verlassen dürften. Dies hätte zur Folge, dass sie oft kaum deutsch sprächen und sich auch nicht an Mütterberatungen oder ähnliche Stellen wenden würden. Mosimann rät, informelle Treffen im Sinne von Müttertreffs bei albanischen Frauen zuhause zu fördern.

Die zwei befragten Hebammen des Spitals Zofingen können einerseits Tendenzen zu Unterschieden zwischen der Geburt bei Migrantinnen und der Geburt bei Schweizerinnen ausmachen, müssen aber andererseits eingestehen, dass schlussendlich jede Geburt eine

individuelle Angelegenheit sei, bei der das kulturelle Umfeld vorübergehend eine untergeordnete Rolle spielen würde. Tendenzen, welche die Hebammen bei der Geburt bei Migrantinnen wahrnehmen, sind zum Beispiel, dass diese oft mit vielen Angehörigen zur Geburt im Spital erscheinen würden. Dabei würde oftmals die Schwiegermutter versuchen das Zepter zu übernehmen (speziell bei Frauen aus dem Balkan). Die Hebammen erwähnen aber auch, dass sie bei Migrantinnen einen sehr hohen Status geniessen, oftmals werden sie von diesen gar als „Doktor“ angesprochen. Die beiden Hebammen arbeiten sehr gerne mit Migrantinnen zusammen, da sie diese oftmals als „weniger kopfgesteuert“ erleben als Schweizerinnen. Migrantinnen hätten das grössere Bewusstsein, während der Geburt einfach der Natur ausgeliefert zu sein. Folglich gäben sie sich einfacher ihren Gefühlen und Instinkten hin.

Die Hebammen sind der Überzeugung, dass das hiesige Geburtssystem für Migrantinnen durchaus geeignet ist. Sie erleben sehr selten Schwierigkeiten, die auf Kultur oder Sprache zurückzuführen wären. Sie machten aber auch die Erfahrung, dass fremdsprachige Angebote für Migrantinnen, wie zum Beispiel tamilische Geburtsvorbereitungskurse kaum Anklang finden. Überhaupt hätten Migrantinnen kein grosses Interesse an alternativen Angeboten zu Schwangerschaft und Geburt, da sie diese auch nicht als nötig erachteten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Schwangerschaft und die Geburt durch den persönlichen Hintergrund einer Frau stark beeinflusst wird. Dieser Einfluss beschränkt sich aber nicht nur auf die Herkunft oder die Sprache. Schlussendlich ist eine Geburt ein sehr individuelles Erlebnis.

Trotz gewissen strukturellen Barrieren entwickeln Migrantinnen während der Schwangerschaft ein Präventionsverhalten. Prävention wird in erster Linie durch regelmässige Untersuchungen bei einem Arzt betrieben. Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen münden meist in einer Geburt in einem Spital. Trotz der Komplexität des schweizerischen Geburtssystems bahnen sich die Migrantinnen einen Weg hindurch.

Alternative Angebote vor, während und nach der Geburt werden von Migrantinnen weniger in Anspruch genommen als von Schweizerinnen. Die Gründe dafür sind nicht klar. Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass ihnen die ärztlichen und spitalbasierten Leistungen in diesem aussergewöhnlichen Zustand mehr Struktur und Sicherheit vermitteln, welche ihnen möglicherweise durch mangelnde soziale Netzwerke verwehrt bleiben.

Obwohl von den befragten Parteien nur selten Verständigungsschwierigkeiten erwähnt werden, lässt sich bei Migrantinnen ein gewisses Informationsdefizit zu Themen der

Schwangerschaft, der Geburt und insbesondere für die Zeit nach der Geburt erkennen. Ein bisher noch wenig erforschtes Thema ist die Zeit nach der Geburt bei Migrantinnen. Diese Zeit scheint eine grosse Herausforderung für sie darzustellen, besonders die Organisation einer Kinderbetreuung, wenn die Frau wieder ins Erwerbsleben einsteigen möchte bzw. muss. Frauen, die hingegen nicht berufstätig sind, neigen dazu, sich isoliert zu fühlen. Massnahmen und Hilfeleistungen für junge Mütter mit Migrationshintergrund drängen sich deshalb vor allem für die postnatale Phase auf.

1 Einleitung

Heute sind rund zwanzig Prozent der Wohnbevölkerung in der Schweiz ausländischer Nationalität. Dies schlägt sich in einer grossen kulturellen und sprachlichen Vielfalt nieder. Gleichzeitig existiert auch eine Vielfalt an sozialen Schichten. Kulturelle, sprachliche und soziale Unterschiede stellen für das schweizerische Gesundheitswesen eine grosse Herausforderungen dar, ist es doch heute unbestritten, dass die Lebenshintergründe die Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit sowie den Genesungsprozess beeinflussen. Doch das Schweizer Gesundheitswesen fordert auch Migrantinnen und Migranten¹ heraus.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist komplex aufgebaut und sehr vielschichtig. Allein das Geburtssystem, ein Teil des Gesundheitssystems, verfügt über diverse Ebenen.

In Anlehnung an Jordan (1995) und Kuntner (1995) versteht man unter einem Geburtssystem „einen Komplex von Ideen und Praktiken, von Wissen und Erfahrungen, von Regeln, Vorschriften und Massnahmen, alle auf Schwangerschaft, Geburt und perinatale Phase bezogen“ (Kuntner 1995: 128). Dabei ist jedes Geburtssystem eingebettet in die Kultur der jeweiligen Gesellschaft und ist durch viele Faktoren geprägt. So zum Beispiel durch ökologische Faktoren wie Lebensgrundlagen, durch soziale Faktoren wie Wertvorstellungen über die Rolle der Frauen, Hebammen, Ärzte usw.; durch religiöse Faktoren wie Glaubensvorstellungen, durch historische und medizinische Faktoren wie Geburtstechnologien (ebd.). Ausserdem stimmen die Regeln der Geburtsdurchführung überein mit der Weltsicht und den sozialen Beziehungen der jeweiligen Gesellschaft. (Jordan 1995: 27).

„Wie finden sich schwangere und gebärende Migrantinnen im schweizerischen Geburtssystem zurecht?“, ist die zentrale Frage der vorliegenden Studie. Daneben soll der Frage nach dem Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Migrantinnen nachgegangen werden.

¹ Als MigrantInnen gelten grundsätzlich Personen, mit Migrationshintergrund, also Personen, die selbst migrierten oder deren Eltern oder Grosseltern aus einem anderen Land in die Schweiz einwanderten. In der vorliegenden Arbeit, besonders im zweiten Teil, wendet sich der Begriff „Migrantinnen“ vor allem an Frauen, welche nicht in der Schweiz aufgewachsen sind, hier aber ihren Wohnsitz haben.

Neben der Wiedergabe der wichtigsten Erkenntnisse bereits durchgeführter Studien wird die Arbeit durch eine eigene Datenerhebung ergänzt. Anhand von konkreten Fallbeispielen wird also aufgezeigt, wie Migrantinnen die Schwangerschaft, die Geburt, aber auch die erste Zeit nach der Geburt erleben.

Zusätzlich wird zur Vervollständigung auf einige, für diese Fragestellung wichtige theoretische Aspekte eingegangen.

Der vorliegende Text wurde in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil widmet sich den bisherigen Studien über Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen, dem schweizerischen Geburtssystem sowie den relevanten theoretischen Konzepten. Im ersten Teil werden immer wieder Thesen gebildet, die in die Datenerhebung im zweiten Teil eingeflossen sind.

Die im folgenden Kapitel zitierten Studien sollen zu Beginn einen Überblick und eine Einführung in den Themenkomplex geben. Zudem stellen sie eine Referenz für die durchgeführte Datenerhebung und deren Resultate dar. In einem weiteren Kapitel wird eingehend das schweizerische Geburtssystem erläutert, um dessen komplexe Veranlagung zu verdeutlichen. Im vierten und letzten Kapitel des ersten Teiles werden sodann einige theoretische Konzepte diskutiert: Einerseits die von Kleinman (1981) formulierten Sektoren des Gesundheitssystems, andererseits die ebenfalls von Kleinman entwickelten Konzepte zur Arzt-Patienten Interaktion. Da die Formulierung dieser Konzepte bereits einige Jahre zurückliegt, wird zusätzlich eine modernere Ansicht über die Interaktion im Gesundheitswesen aufgegriffen, nämlich die „Transkulturelle Kompetenz“.

Der zweite Teil der Abhandlung widmet sich der durchgeführten Datenerhebung, den Resultaten und deren Diskussion. Zuerst wird auf die für die Datenerhebung angewandte Methode eingegangen. Anschliessend werden die einzelnen Fallbeispiele wiedergegeben und in den Gesamtkontext eingegliedert und es wird versucht, bestimmte Thesen zu verifizieren bzw. zu falsifizieren.

In der vorliegenden Arbeit werden der besseren Leserlichkeit halber grundsätzlich männliche Bezeichnungen (z.B. Migranten, Ärzte usw.) angewendet. Frauen sind in diesen Bezeichnungen ebenfalls eingeschlossen.

2 Migrantinnen im westlichen Geburtssystem: Bisherige Erkenntnisse

In den letzten Jahren hat sich die Wissenschaft vermehrt darum bemüht, die gesundheitliche Situation von Einwanderern und Einwanderinnen in den Aufnahmeländern zu eruieren. Bei migrierten Frauen richtete sich der Fokus vor allem auf die reproduktive Gesundheit. Diese Tatsache führte zum Vorwurf, Migrantinnen nur als „Unterleibspatientinnen“ (Weiss 2003: 57) wahrzunehmen. Trotzdem bildet der reproduktive Bereich, neben anderen Bereichen der Gesundheit von Migrantinnen, ein wichtiges Forschungsfeld, dem in der Schweiz noch nicht genug Beachtung geschenkt worden ist.

Im Folgenden soll anhand von vorhandenen Studien und Daten versucht werden, ein Bild von Migrantinnen im Schweizer Gesundheitssystem wiederzugeben.

2.1 Ausgangslage

In der Schweiz leben momentan rund 1,4 Millionen Personen ($\approx 20\%$ der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung) mit ausländischer Nationalität (Personen mit Niederlassungs- und Jahresaufenthaltsbewilligungen). Davon sind knapp 47% Frauen. Ausländischer Herkunft sind weitere 5% der Wohnbevölkerung, die sich seit 1945 eingebürgert haben (Bundesamt für Gesundheit 2002: 14). Die Hälfte der ausländischen, in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung hält sich bereits seit der Geburt oder seit mindestens 15 Jahren in der Schweiz auf (Weiss 2003: 16). Wie Weiss (ebd.) anführt, weisen Migranten als Gesamtgruppe keine höhere Morbidität auf. Jedoch lassen sich Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen von Migranten feststellen. Migranten in der Schweiz bilden eine sehr heterogene Gruppe, die unter den unterschiedlichsten Bedingungen leben. Deshalb ist auch nicht das Herkunftsland primär entscheidend für die Gesundheit, sondern eine Fülle von anderen Faktoren. Diese sind der sozioökonomische Status, persönliche und kollektive Erfahrungen sowie Faktoren von alters- und geschlechtsspezifischer Natur. Bei Migranten kommen ökonomische, administrative, sprachliche und kulturelle Barrieren dazu, die den Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung erschweren.

Obwohl davon ausgegangen wird, dass Migranten über spezifische gesundheitliche Ressourcen verfügen², fühlen sie sich bei Gesundheitsumfragen allgemein meist kränker als die schweizerische Vergleichsgruppe (Weiss 2003: 83).

² Migration ist ein Prozess, der den menschlichen Körper und die Psyche stark beeinflusst. In der Folge geht man davon aus, dass Menschen, die die Strapazen einer Migration auf sich nehmen, grundsätzlich über eine relativ gute, stabile Gesundheit verfügen (Bundesamt für Gesundheit 2002: 18-19).

2.2 Schwangerschaft

Um den Zusammenhang zwischen Migration, Sozialstatus und Verlauf von Schwangerschaft und Geburt zu erkennen, ist es notwendig, zuerst auf einige demographische Daten einzugehen:

Im geburtsfähigen Alter ist eine Frau in der Schweiz meist zwischen ihrem 15. und 49. Altersjahr (Wanner und Fei 2004: 7). Von den ausländischen Frauen, die sich im Jahre 1997 in der Schweiz aufhielten, befanden sich 48% im gebärfähigen Alter (Weiss 2003: 17).

In der Schweiz sind 61% der Migrantinnen erwerbstätig, im Gegensatz zu 48,7% bei den Schweizerinnen. Dabei sind überdurchschnittlich viele Ausländerinnen vollzeiterwerbstätig und arbeiten häufig im 2. Sektor. 34,7% aller Schichtarbeiter sind MigrantInnen (ebd.: 19).

Wie wir bereits gesehen haben, beeinflusst der sozioökonomische Status viele Bereiche des Lebens, so auch die Gesundheit.

Bollini und Wanner (2004) verweisen nach der Auswertung diverser internationaler Studien darauf, dass die reproduktive Gesundheit von Migrantinnen in Industrieländern schlechter ist als diejenige der Einheimischen. Dies führen sie auf das schwächere sozioökonomische Niveau und die schlechtere Bildung von Migrantinnen zurück.

Nach Meinung der Autoren führt dies wiederum dazu, dass Migrantinnen weniger Präventionsverhalten entwickeln und auf einen erschwerten Zugang zu Versorgung stossen, was zur Folge hat, dass sie entweder eine inadäquate oder gar keine pränatale Versorgung erhalten. Besonders risikobehaftet sind Flüchtlinge und Asylbewerber. Es konnte beobachtet werden, dass der Einfluss des Aufenthaltsstatus auf die reproduktive Gesundheit ebenfalls eine wichtige Rolle spielt (ebd.: 1-2).

Zahorka und Blöchliger (2003), welche die Bedürfnisse von Migrantinnen in der Schweiz in Bezug auf die reproduktive Gesundheit untersucht haben, konnten feststellen, dass die Bedürfnisse durch den Migrationskontext, die Herkunft, die soziale Schicht und die bisherige Aufenthaltsdauer in der Schweiz bestimmt sind. Aufgrund der Variabilität liess sich kein einheitliches Bedürfnisspektrum ausmachen. Die Ursache der schlechteren reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen erkannten auch diese Autoren in den sprachlichen und interkulturellen Unterschieden, mit welchen Migrantinnen zu kämpfen haben.

Weiter zeigte die Bedürfnisanalyse auf, dass Migrantinnen bei der Schwangerschaftsvorsorge in erster Linie auf spitalbasierte und von Ärzten angebotene Leistungen zurückgreifen. Nichtmedizinische oder paramedizinische Dienstleistungen werden wenig und in der Regel nur auf ärztliches Anraten in Anspruch genommen. Die meisten Angebote im Zusammenhang

mit Schwangerschaft sind den Frauen nicht bekannt. Die Autoren interpretieren dies als Folge der zu geringen Integration in das neue Bezugssystem, die sich durch die von den Migrantinnen nur als temporär empfundene Migration ergibt³ (ebd.: 3-8).

Auf Basis dieser Daten initiierte die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit IAMANEH Angebote rund um Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft für Migrantinnen. Die Angebote werden in der jeweiligen Muttersprache der Teilnehmerinnen durchgeführt und an deren Lebenswelt angepasst. Weiter veröffentlicht die Koordinationsstelle Informationsmaterialien, welche in diversen Spitälern der Schweiz aufliegen (Wick Marcoli 2003: 1).

Migrantinnen treffen während ihrer Schwangerschaft nicht dieselben Vorbereitungen wie Schweizer Frauen (Hälg et al. 2004: 1). Dies hat zur Folge, dass sie deutlich höhere Raten bei Schwangerschaftskomplikationen aufweisen (Weiss 2003: 108). Dabei haben diverse Untersuchungen ergeben, dass eine adäquate Vorbereitung während der Schwangerschaft Komplikationen reduzieren kann (Weiss 2003: 108; Wimmer-Puchinger 1992: 37).

Doch gerade das Wissen über Schwangerschaftsvorgänge und die Ausnutzung von Vorsorgemöglichkeiten, über Vorbereitungsmaßnahmen und Informationsmöglichkeiten ist schichtspezifisch verteilt. Für die schlechtere reproduktive Gesundheit spielen die Belastung am Arbeitsplatz, die schlechtere Entlohnung, ein niedriger Lebensstandard, schlechtere Wohnverhältnisse und unstabilere Netzwerke eine wichtige Rolle (Wimmer-Puchinger 1992: 37-39).

Auch Tönnies und Wirths (2001) bestätigen, dass an Geburtsvorbereitungskursen hauptsächlich Personen mit gehobeneren Bildungsniveaus teilnehmen (ebd.: 31).

Weiss kommt zum Schluss, dass, je besser die berufliche Stellung von Migrantinnen ist, desto mehr Massnahmen zur Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch genommen werden (ebd. 2003: 108).

Eine in Deutschland durchgeführte Studie unter Türkinnen zeigte folgende Resultate:

- Die erste Vorsorgeuntersuchung fand verzögert statt.
- Die Schwangerschaft war schlechter überwacht.
- Es wurden weniger Laborleistungen und weniger Präparate beansprucht.
- Die schwangeren Frauen litten häufiger an psychosomatischen Erkrankungen (Kentenich 1987 zit. in: Wimmer Puchinger 1992: 38).

³ Die Migrantinnen gedenken zurückzukehren und erachten daher eine zu ‚intensive‘ Integration als unnötig.

Ein Erfahrungsbericht einer türkischen Gynäkologin bestätigt die Resultate nur teilweise. Diese erlebt schwangere türkische Frauen in Deutschland als Personen, die zuverlässig und regelmässig zur Schwangerschaftsvorsorge erscheinen. Jedoch legten diese Frauen grossen Wert darauf, sich von Frauen untersuchen zu lassen und zeigten sich erleichtert, mit der Ärztin türkisch sprechen zu können. Die Autorin bemerkt aber, dass die Vorstellungen über den Körper, die Schwangerschaft und die Geburt bei den türkischen Frauen in ihrer Praxis nicht differieren, auch bei den Akademikerinnen nicht (Kayankaya 1983: 235-237).

Lazarus (1997) konnte zeigen, dass schwangere Migrantinnen und Frauen aus der Unterschicht mit dem institutionalisierten Geburtssystem in den USA überfordert sind. Dies äusserte sich darin, dass diese Frauen sich während ihrer Schwangerschaft an öffentliche Spitäler wenden mussten. Dort wurden sie während ihrer Schwangerschaft an die verschiedensten behandelnden Personen verwiesen, wodurch sie keine Beziehung zu einem Arzt oder zu einer Hebamme aufbauen konnten. Folglich konnten sie sich nicht über Vorgänge oder Gebärmethode informieren, obwohl auch diese Frauen, wie diejenigen der Mittelschicht, interessiert waren an Informationen über Schwangerschaftsvorsorge, Entwicklung des Fötus, Wehen und Geburt, aber auch über das medizinische System, also darüber, wie Personen behandelt werden, was die Aufgaben des medizinischen Personals sind und wie die Spitäler ‚arbeiten‘ (ebd.: 140-141).

2.3 Geburt

Im Gegensatz zu den Schweizerinnen stiegen bei den Migrantinnen die durchschnittlichen Geburtszahlen. Betrug sie 1990 noch 1.67 Kinder pro Frau, so waren es 1999 bereits 1.93 (Weiss 2003: 17). Bei Schweizerinnen betrug die Geburtsrate im Jahre 1997 1.29 Kinder pro Frau (ebd.: 108). Migrantinnen heiraten auch früher (ebd.: 58).

Bereits in den 1960er Jahren wurde festgestellt, dass bei Migrantinnen die Geburt öfters mit Komplikationen verläuft als bei Einheimischen und, dass die schicht- und kulturspezifischen Unterschiede in Schwangerschaft und Geburt beträchtlich sind (ebd.: 90). Auch Widmer (1998) bestätigte, dass bei bestimmten Migrantinnen-Gruppen vermehrt Komplikationen während der Geburt auftreten (ebd. zit. in: Hälg et al. 2004: 1).

Was die perinatale Sterblichkeit betrifft, so weisen Migrantinnen und ihre Kinder ebenfalls eine höhere Rate auf als eine Schweizer Vergleichsgruppe (Zahorka und Blöchliger 2003: 4). Studien im Kanton Tessin widerspiegeln dies: im Tessin ist eine höhere perinatale Sterblichkeit bei Kindern ausländischer Herkunft evident. Jedoch weisen die Autoren darauf

hin, dass eine Tendenz hin zur Angleichung an die Raten von Schweizerinnen in der perinatalen Sterblichkeit besteht (Degrate et al. 1999 zit. in: Weiss 2003: 91).

Ebenso wie bei Geburtskomplikationen besteht auch bei der Geburt von untergewichtigen Kindern ein Zusammenhang zur Sozialschicht: Mit sinkender Sozialklasse nimmt der Anteil untergewichtiger Neugeborener zu (Weiss 2003: 91).

Wie bereits bei der Schwangerschaft ersichtlich war, nehmen Migrantinnen auch für die Geburt hauptsächlich spitalbasierte Leistungen in Anspruch (Zahorka und Blöchliger 2003: 8).

Eine Studie von ausserklinischen⁴ Geburten in Berlin förderte zu Tage, dass von den 625 ausserklinischen Geburten im Jahre 1990 weniger als 5% bei Migrantinnen stattfanden. Von denjenigen, die sich für eine ausserklinische Geburt entschieden, stammten $\frac{3}{4}$ aus Nordeuropa oder anderen Industriestaaten. Auch in dieser Studie wurde offensichtlich, dass diese Formen der Geburt hauptsächlich von höher gebildeten Frauen wahrgenommen werden: Die Hälfte der 625 Frauen waren Akademikerinnen, 40% hatten eine Berufsausbildung und 30% waren entweder im pflegerischen oder im pädagogischen Bereich tätig (Neumeyer 1996: 23-27).

Die meisten Forscher führen die Geburtskomplikationen auf die unzulänglichen Vorbereitungen während der Schwangerschaft zurück. Wimmer-Puchinger (1992) bemerkte bei ausländischen Frauen, die wenig Vorsorgeuntersuchungen durchführen liessen und keinen Geburtsvorbereitungskurs besuchten, eine mangelnde Mitarbeit bei der Geburt und auch eine fehlende Kommunikation mit den Beteiligten. Die Ratschläge der Hebammen konnten nicht eingeordnet werden (ebd.: 38). Bei Lazarus (1997) Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass Frauen aus den Unterschichten während der Geburt mehr Interventionen verlangten und die Geburt möglichst schmerzfrei ‚überstehen‘ wollten, während Frauen aus der Mittelschicht vorwiegend eine ‚natürliche‘ Geburt anstrebten und dabei aktiv mitarbeiten wollten (ebd.: 137).

In beinahe allen diesen Studien wird darauf hingewiesen, dass sowohl Migrantinnen als auch Frauen aus tieferen Sozialschichten über ein Informationsdefizit bezüglich Schwangerschaft und Geburt verfügen. Aufgrund der Unwissenheit über die Prozesse häuften sich in diesen Gruppen Komplikationen und auch die Unzufriedenheit der Frauen mit dem Geburtsvorgang an sich.

⁴ Zu den ausserklinischen Geburten zählen in dieser Studie: Hausgeburten, Geburten im Geburtshaus, Geburten in der Hebammenpraxis aber auch Geburten in der Arztpraxis. Ausgeschlossen sind Geburten in Kliniken und Spitälern.

2.4 Nach der Geburt

Leider befassten sich die mir zugänglichen Studien vorwiegend mit der Schwangerschaft und der Geburt. Über die Zeit im Wochenbett und die erste Zeit als Familie liegen kaum Daten vor.

Einzig die Bedürfnisanalyse von Zahorka und Blöchliger (2003) erwähnte, dass sich Migrantinnen in der postnatalen Phase häufig isoliert fühlten, und dass nicht-ärztliche Dienstleistungen wie Mütter- und Väterberatungen sehr selten von ihnen genutzt würden. Dies meist, weil ihnen das Angebot nicht bekannt ist, weil sie zu scheu sind, weil es ihnen an Zeit mangelt oder aber, weil sie sich unsicher über die Finanzierung sind (ebd.: 7).

Aus den zitierten Studien lassen sich zusammengefasst folgende Thesen formulieren:

Thesen:

- Sozioökonomischer Status, persönliche und kollektive Erfahrungen, Faktoren alters- und geschlechtsspezifischer Natur, administrative, sprachliche und kulturelle Barrieren können den Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung erschweren.
- Die reproduktive Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz ist schlechter als diejenige von Schweizerinnen.
- Migrantinnen entwickeln weniger Präventionsverhalten in der Schwangerschaft.
- Migrantinnen greifen während Schwangerschaft und Geburt hauptsächlich auf spitalbasierte und von Ärzten angebotene Leistungen zurück.
- Es lässt sich kein einheitliches Bedürfnisspektrum von Migrantinnen ausmachen.
- Frauen mit gehobenerem Bildungsniveau nehmen eher an Geburtsvorbereitungskursen teil.
- Migrantinnen sind mit einem institutionalisierten Geburtssystem überfordert.
- Migrantinnen haben ein Informationsbedürfnis während Schwangerschaft und Geburt.
- Migrantinnen haben eine höhere perinatale Sterblichkeit als Schweizerinnen.
- Frauen mit gehobenerem Bildungsniveau entscheiden sich eher für Hausgeburten.
- Migrantinnen fühlen sich in der postnatalen Phase häufig isoliert und überfordert.

3 Das schweizerische Geburtssystem

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, handelt es sich bei einem Geburtssystem um einen Komplex von Ideen, Praktiken, Wissen und Erfahrungen, von Regeln, Vorschriften und Massnahmen, welche sich alle auf die Schwangerschaft, die Geburt und die perinatale Phase beziehen. Ein Geburtssystem ist geprägt von ökologischen, sozialen, religiösen und medizinischen Faktoren.

Da das schweizerische Geburtssystem sehr komplex aufgebaut ist, wird es in diesem Kapitel eingehender erklärt.

Laut dem Bundesamt für Statistik hatte im Jahre 2003 eine Frau in der Schweiz im Durchschnitt 1.39 Kinder (Bundesamt für Statistik 2003).

Die Thesen, die die zunehmende Kinderlosigkeit zu erklären versuchen, sind vielfältig. Vermutungen, dass die vermehrte Selbständigkeit der Frau oder die Kosten für ein Kind zu einer Entscheidung gegen ein Kind führen, wurden angebracht.

Trotz der momentan abnehmenden Tendenz der Geburtenrate, entscheiden sich noch immer Paare für ein Kind. Für diese stellt die Schwangerschaft der Frau und die Geburt eines Kindes einen grossen Einschnitt im Leben dar. Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft sind vor allem beim ersten Kind eine Zeit des Umbruchs (Albrecht-Engel 1995: 32). Wimmer-Puchinger erkennt in der Schwangerschaft gar eine Krise. Denn die meisten Eltern sind weder formell noch informell auf Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft vorbereitet. Auch tritt die Schwangerschaft oftmals ungeplant ein. werdende Eltern müssen sich in kurzer Zeit mit dem nicht mehr rückgängig zu machenden Rollenwechsel zu Eltern auseinandersetzen. Dazu kommt, dass die Richtlinien für Elternrollen normativ überhöht und idealisiert sind (Wimmer-Puchinger 1992: 23).

In diesem Sinne kann die Schwangerschaft – wie von van Gennep postuliert – als eine Übergangszeit definiert werden, in der die Frau in den meisten Kulturen durch Vorschriften und familiäre Unterstützung auf ihren neuen Status als Mutter vorbereitet wird. Nach van Gennep sind die jeweiligen Riten als „rites de passage“ zur Stabilisierung und Überwindung dieser Krise notwendig. Sie erleichtern so den werdenden Eltern die Neuorientierung in der Gesellschaft und in der völlig neuen Lebenssituation mit einem Kind (van Gennep 1960 zit. in: Albrecht-Engel 1995: 32).

Es drängt sich hier aber die Frage auf, wo und wann man in unserer westlich-modernen Gesellschaft während der Schwangerschaft „rites de passage“ vorfindet? Ältere, erfahrene

Personen wie die Eltern, die die Schwangere unterstützen könnten, leben oft nicht mehr in unmittelbarer Nähe oder ihre Erfahrungen sind nicht mehr zeitgemäss. Unterstützende Regelmässigkeiten oder Vorschriften findet die moderne Frau nur noch über Vorsorgeuntersuchungen sowie rechtliche und finanzielle Absicherung in der Schwangerschaft. „Andere Regelungen, Riten, die den Übergang der Frau in die Mutterrolle begleiten, sind dagegen nicht etabliert“ (Albrecht-Engel 1995: 32).

Aus dieser Perspektive scheint die Pathologisierung der Schwangerschaft und der Geburt – aufgrund dessen, dass sie in der Schweiz dem Gesundheitssystem angegliedert sind – bei welcher die Frau in die Rolle der kranken und pflegebedürftigen Patientin gedrängt wird, die logische Konsequenz zu sein. Durch die Pathologisierung erhält die werdende Mutter durch die regelmässigen Vorsorgeuntersuchungen zumindest eine Struktur, die sie leitet.

Die westlichen, professionellen Gesundheitssysteme sind geprägt von einer biomedizinischen Sichtweise. Das biomedizinische Modell äussert sich in einem kausal-deterministischen Denken. Konkret heisst das, dass sich jede Dysfunktion des Körpers auf eine bestimmte Ursache zurückführen lässt. Ferner äussern sich solche Dysfunktionen in Symptomen, die wiederum messbar sind. Die Biomedizin ist durch naturwissenschaftliche Erkenntnisse gesichertes Wissen (Helman 1990: 64-65).

Seit Anfang des 20. Jahrhundert hielt das biomedizinische Wissen auch Einzug in die Geburtshilfe, was besonders in den 1950er und 1960er Jahren zu einer Pathologisierung der Geburt, aber auch Institutionalisierung⁵ des Geburtssystems führte. Die Geburt in einem Spital unter Einsatz einer möglichst grossen Bandbreite von Instrumenten war die Norm.

In den letzten ca. dreissig Jahren bewegte sich die Geburtshilfe wieder etwas fort von der Biomedizin. Auch der Grad der Institutionalisierung nahm ab oder veränderte sich zumindest. Andere Formen der Geburt wurden zugelassen (Doyal 1995: 133-135).

Das heutige schweizerische Geburtssystem ist beeinflusst durch die Geburtssysteme der Vergangenheit. Bis ins 17. Jahrhundert zurück findet man verlässliche Daten. Im folgenden Abschnitt werden kurz die Schwangerschaft und Geburt in den letzten Jahrhunderten beschrieben.

⁵ Eine Institution nach dem strukturell-funktionalen Ansatz betont die Bedeutung der Institution für die Selbsterhaltung des sozialen Systems. Die Institution kann in drei Aspekte unterteilt werden: Im relationalen Aspekt (1) ordnet sie die sozialen Beziehungen und Rollen; im regulativen Aspekt (2) regelt sie die Zuordnung der Machtpositionen; im kulturellen Aspekt (3) repräsentiert sie den Sinnzusammenhang des sozialen Systems. Widersprüche in Institutionen sind die Regel. Institutionen sind nicht statisch, sie sind einem ständigen Prozess der Institutionalisierung und Entinstitutionalisierung unterworfen. Institutionalisierung kann somit als den Prozess der Generalisierung und Typisierung von gegenseitig aufeinander bezogenen und stark habitualisierten Handlungen angesehen werden. Es bilden sich in der Folge konstante Handlungs- und Beziehungsmuster heraus (Bühl 1994: 303).

3.1 Das schweizerische Geburtssystem in der Vergangenheit

Zu Beginn der frühen Neuzeit um ca. 1600 war die Geburt eine reine Frauenangelegenheit. Sie fand mit Hilfe von Nachbarinnen, im Verlaufe der Zeit vermehrt mit Hebammen, zuhause statt (Vgl. Thatcher Ulrich 1998; Güttersberger 2004). Verlief die Geburt schwierig und kompliziert und steigerte sich die Angst vor einem möglichen Tod der Mutter oder des Kindes, so versuchte man dem mit Ritualen beizukommen. Diese folgten dem Prinzip der Analogie: Ein Objekt, das dem erkrankten Körperteil aufgelegt wurde, wurde anschliessend zerstört, im Glauben, damit gleichzeitig auch die Krankheit zu zerstören (Loux 1998:53). Männliche Ärzte – soweit es diese in den ländlichen Gegenden überhaupt gab – erschienen nur bei Notfällen (Güttersberger 2004: 3).

Brachte eine Frau ohne Hilfe von Freundinnen und Nachbarinnen ein Kind zur Welt, war das eine traurige und ungewöhnliche Angelegenheit (Thatcher Ulrich 1998: 30-49). Denn die Gemeinschaft der Frauen half nicht nur bei der Geburt, sondern sie bezeugte diese auch.

Die Hebammen und helfenden Frauen spielten bei einer Geburt damals die wichtigste Rolle. Die Rolle der Ärzte beschränkte sich auf chirurgische Praktiken. Der Arzt entfernte das Ungeborene aus dem Leibe der Mutter, wenn diese während der Geburtsarbeit gestorben war (Güttersberger 2004: 3-4).

Ab Mitte des 18. Jahrhunderts wurden staatlich anerkannte Ausbildungen für Hebammen gefordert (Barth-Scalmani 1998: 102-118). Die Institutionalisierung der Ausbildung bot alsdann auch den männlichen Ärzten Einblick in die Geburtshilfe. Mit der Zeit traten die Ärzte immer mehr in die Domäne der Hebammen ein. Zu Forschungszwecken errichteten sie gar Geburtsspitäler, sogenannte Accouchiranstalten, in denen arme, unverheiratete schwangere Frauen Kost und Logis erhielten und gebären konnten. Als Gegenleistung mussten sie sich als „Versuchskaninchen“ den Studenten zur Verfügung stellen (Metz-Becker 1998: 192-205; Kirchhoff 1995: 233).

Mit der zunehmenden Dominanz der männlichen Ärzte nahm die Bedeutung der Hebamme ab. In jedem Falle war sie dem Arzt unterstellt (Vgl. Metz-Becker 1998; Schlumbohm 1998, Pawolowsky 1998; Beauvalet-Boutouyrie 1998).

Der Arzt konnte seine Rolle in der Geburtshilfe in den nächsten rund 200 Jahren weiter ausbauen und seinen Status stärken. Dies führte schliesslich dazu, dass um ca. 1950 die Geburt vollends institutionalisiert und vom Heim ins Spital verschoben wurde. Als Folge davon verschwanden die Hebammen in den darauf folgenden Jahren beinahe von der

Bildfläche. Erst seit etwa den 1980er Jahren gewannen die Hebammen ihren Einfluss in der Geburtshilfe zurück (Albrecht-Engel 1995: 36).

3.2 Das schweizerische Geburtssystem heute

3.2.1 Schwangerschaft heute

Das erste Anzeichen einer möglichen Schwangerschaft ist bei den meisten Frauen das Ausbleiben der Menstruationsblutung. Um Gewissheit zu erhalten, kann die Frau einen Schwangerschaftstest machen. Es gibt die Möglichkeit, einen Schwangerschaftstest in einer Apotheke, Drogerie oder Kaufhaus zu erwerben und den Test selbst durchzuführen. Oder sie begibt sich zu einem Arzt oder einem Familienberatungszentrum, wo der Test abgenommen wird (Schweizerischer Hebammenverband o. J.: 5).

Ist die Frau schwanger, setzen sich auf verschiedenen Ebenen Mechanismen in Gang: Die Frau muss sich psychisch wie physisch auf die Schwangerschaft einstellen, muss Partner, Familie, Bekannte aber auch den Arbeitgeber informieren. Ausserdem muss sie sich durch das vielfältige Angebot an „Schwangerschaftsdienstleistungen“ einen Weg bahnen und aus den für sie besten Angeboten auswählen.

Wie weiter oben bereits erwähnt, kann eine Schwangerschaft eine Krise im Leben darstellen. Warum dies so ist, soll im Folgenden erläutert werden.

Eine Schwangerschaft dauert von der letzten Regel an gerechnet 40 Wochen (Holzgreve 2005a; Kitzinger 1998: 67ff.).

In der Schwangerschaft verändert sich der Körper, aber auch die innere Einstellung zu sich selbst und dem Umfeld, stark.

Körperliche Veränderungen werden sich in einem wachsenden Bauch und veränderten Bewegungsabläufen manifestieren, jedoch auch in gewissen Beschwerden. Im westlichen Kulturraum ist zum Beispiel das morgendliche Erbrechen zu Beginn der Schwangerschaft weit verbreitet (ca. 50% aller Schwangeren) (Wimmer-Puchinger 1992: 144).

Gravierendere körperliche Schwangerschaftsbeschwerden stehen nach Wimmer-Puchinger (1992) jedoch häufig im Zusammenhang mit ungünstigen psychosozialen Begebenheiten. Die schwere Schwangerschaft kann sich wiederum in einer schwierigen Geburt niederschlagen.

Vielmehr als mit körperlichen Veränderungen, muss sich die schwangere Frau mit ihren psychischen und sozialen Veränderungen auseinandersetzen. Während der Schwangerschaft befindet sich die Frau in einer Übergangsidentität, sie muss sich von ihrer bisherigen Identität als unabhängiges Wesen lösen und sich auf die Identität als eigenverantwortliche, erwachsene Person – als Mutter – einstellen (ebd: 72). Gleichzeitig erlangt die Frau das Bewusstsein, dass

sich mit einem Kind auch die Beziehung zum Partner ändern wird. Dessen Einstellung trägt massgeblich zum Verlauf der Schwangerschaft bei. Denn seine Einstellung zur Schwangerschaft bestimmt wesentlich, wie gut die Frau ihr Schwangersein akzeptieren kann (ebd: 46).

Wimmer-Puchinger konnte zudem aufzeigen, dass verschiedenste psychosoziale, sozio-ökonomische und kulturelle Faktoren den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen. Ihre Resultate belegen, dass

- bei konflikthaften Einstellungen zur Schwangerschaft und zum Kind Blutungen, Frühgeburten, gesteigerte Geburtsangst und Narkotikaverbrauch signifikant häufiger waren (Laukaran 1980 zit. in: Wimmer Puchinger 1992: 28).
- Frauen, die einen geringen Sozialstatus haben und finanziellen Belastungen ausgesetzt sind, ihre Schwangerschaft deutlich negativer schildern (Ringler und Pavelka 1982 zit. in: Wimmer Puchinger 1992: 37).
- Frauen mit günstigen Wohnverhältnissen unkompliziertere Schwangerschaften haben (Wimmer-Puchinger 1992: 39).
- die Arbeitsbedingungen (grosse Arbeitsmenge in kurzer Zeit, schwere körperliche Arbeit, schwere geistige Arbeit, schlechtes Arbeitsklima) sich negativ auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken (ebd.: 52).
- ängstliche Frauen zu Beschwerden tendieren (ebd.: 136).

Neben diesen Faktoren können auch individuelle Verhaltensweisen einen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft haben. So gilt es in der schweizerischen Gesellschaft als verpönt, während der Schwangerschaft zu rauchen, Alkohol⁶ zu trinken oder Drogen zu konsumieren, denn dies könnte der Gesundheit des Kindes schaden. Weiter soll möglichst auf Arzneimittel, rohes Fleisch, Milchprodukte aus Rohmilch, Kaffee und Schwarztee verzichtet werden.

Während der Schwangerschaft hat sich eine Frau ausserdem zu schonen: Sie soll sich keinen extremen körperlichen Anstrengungen aussetzen, sich von Personen mit ansteckenden Krankheiten fernhalten und starke Hitzeeinwirkung vermeiden (Holzgreve 2003a).

Obwohl viele Autoren am westlichen Geburtssystem kritisieren, dass die Schwangerschaft nicht mehr von rituellen Handlungen, die eine Stütze in dieser neuen Situation bieten würden, begleitet würde, so kann man feststellen, dass, wie in anderen Gesellschaften auch, in der

⁶ Gelegentlich ein Glas Wein sei erlaubt.

Schweiz bestimmte Tabus vorhanden sind. Gerade das Befolgen von Ernährungsrichtlinien scheint schwangere Frauen sehr zu beschäftigen. Diese Vermutung zeigt sich auch in der Häufigkeit der Diskussionsrelevanz von Ernährungsfragen auf Internet-Foren⁷.

3.2.1.1 Vorsorgeuntersuchungen

Schwangerschaftsvorsorge ist in der Schweiz beinahe ein Muss, das jede schwangere Frau – nach Meinung der Gesundheitsbehörden – in Anspruch nehmen sollte. So werden mit Grundversichertenstatus von den Krankenversicherungen die Kosten von sieben Kontrolluntersuchungen und zwei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft übernommen (Bundesamt für Gesundheit 2003: 44). Dabei ist nur eine Vorsorgeuntersuchung vor der 16. Schwangerschaftswoche vorgesehen. Danach finden die Untersuchungen rund alle vier Wochen, vor der Geburt häufiger, statt. Die Untersuchungen beinhalten eine ausführliche Befragung, eine physische Untersuchung, die Kontrolle des Gewichts, des Blutdruckes und des Fundusstandes⁸, die Entnahme einer Urin- und einer Blutprobe sowie Ultraschalluntersuchungen. Weitere Untersuchungen werden nur unternommen, wenn spezielle Risiken vorliegen (Holzgreve 2005b).

In der Schweiz werden von drei Institutionen Vorsorgeuntersuchungen angeboten: Von Frauenärzten, von Hausärzten und von Hebammen. Oder abwechselnd von Arzt und Hebamme. Alle drei Institutionen sind von der Krankengrundversicherung anerkannt.

Die Frauenärzte arbeiten entweder in ihrer eigenen Praxis oder in einer an eine Klinik angeschlossenen Praxis. Der Hausarzt muss zur Untersuchung in seiner Praxis aufgesucht werden. Hebammen hingegen bieten die Voruntersuchungen im Haus der Schwangeren oder ebenfalls in der Hebammenpraxis an (Schweizerischer Hebammenverband o. J.: 5; 18). Alle diese Fachpersonen unterstützen die werdende Mutter in ihrer Wahl des Geburtsortes und der Gebärposition. Gegebenenfalls melden diese Fachpersonen die schwangere Frau auch in der Klinik oder im Geburtshaus an.

Es ist möglich, zu den Untersuchungen eine Begleitperson mitzubringen.

3.2.1.2 Geburtsvorbereitung

Die Formen zur Geburtsvorbereitung können sehr vielfältig sein. Auf individueller Ebene wird die werdende Mutter mit anderen, erfahreneren Frauen wie der Mutter oder Freundinnen sprechen. Sie hat die Möglichkeit, sich mittels Zeitschriften und Büchern über die

⁷ Vgl. URL: <http://www.swissmom.ch/forum>

⁸ Stand der Oberkante der Gebärmutter

Schwangerschaft und den Geburtsvorgang zu informieren. Auch im Internet findet sie viele nützliche Tipps in diversen Sprachen.

Zusätzlich wird schwangeren Frauen in der Schweiz den Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses empfohlen. Solche Kurse werden von Spitälern zusammen mit Hebammen oder von diplomierten Geburtsvorbereiterinnen durchgeführt. Ziel der Vorbereitungskurse ist es, werdende Eltern einerseits über den Vorgang der Geburt zu informieren und vorzubereiten, andererseits werden Entspannungstechniken und Gebärdpositionen erlernt, die den Geburtsschmerz erträglicher machen sollen. Auch Wissen zur richtigen Atmung während der Geburt wird vermittelt. Schlussendlich bietet der Kurs einen Rahmen für ein Gespräch unter Gleichgesinnten. Die sieben bis zehn Doppelstunden kosten pro Person rund CHF 170.-, wobei in der Regel von den Krankenkassen CHF 100.- der Kosten für die Frau übernommen werden. Die Kosten des Vaters oder anderer Begleitpersonen werden nicht übernommen (Gerber 2005; Bundesamt für Gesundheit 2003: 37-38).

Unterdessen werden Geburtsvorbereitungskurse in verschiedenen Sprachen angeboten. Das Bundesamt für Gesundheit klärt ausserdem ab, ob und wie kultursensible Geburtsvorbereitungskurse angeboten werden könnten⁹.

„Wissen ist Macht – dieses Leitmotiv gilt in abgewandelter Form auch für die Gebärende“ (Wimmer-Puchinger 1992: 201). Verschiedene Studien belegen eindeutige Erfolge der Geburtsvorbereitung. Frauen, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, benötigten während der Geburt weniger schmerzstillende oder wehenfördernde Medikamente, ausserdem erlitten sie weniger Dammeinrisse aufgrund besserer Entspannung. Hatten die Frauen einen Vorbereitungskurs besucht, schätzten sie im Nachhinein ihre Geburt positiver ein als junge Mütter, die keinen Kurs besucht hatten (Rechnitzer 1986 zit in Wimmer-Puchinger 1992: 201). „[Das] Wissen [der Frau] darüber, was in ihrem Körper während der Geburt vorgeht, wodurch Wehen ausgelöst werden und was sie bewirken, welche körperlichen Vorgänge Schmerzempfindungen und körperliche Belastungen verursachen und schliesslich, was sie selbst dazu beitragen kann, um die Geburtsarbeit für sich und somit auch für ihr Kind zu erleichtern, dass sie also ihren Fähigkeiten vertrauen kann, macht die Bewältigung des Geburtsgeschehens leichter, als passiv und hilflos den körperlichen Empfindungen ausgesetzt zu sein“ (Wimmer-Puchinger 1992: 201).

⁹ Stand Ende 2004.

In den letzten Jahren haben sich zusätzlich zum traditionellen Geburtsvorbereitungskurs andere Formen der Vorbereitung entwickelt. Zu erwähnen sind hier einerseits die Akupunktur (Holzgreve 2005c) und andererseits die Begleitung durch Schwangerschaft und Geburt durch eine sogenannte Doula. Doulas sind geburtserfahrene Frauen, also Mütter, die neben ihrer normalen Tätigkeit eine Ausbildung zur Doula absolviert haben. Doulas bieten schwangeren Frauen eine weibliche Begleitung.

In der Schweiz bieten unterdessen 28 Doulas ihre Dienste an (Birchler 2005).

3.2.1.3 Rechtliches zur Schwangerschaft

Krankenkasse

Die Grundversicherung übernimmt während der Schwangerschaft zusammengefasst folgende Leistungen: sechs Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme oder einem Arzt, zwei Ultraschalluntersuchungen und die wichtigsten Labortests. Andere Tests werden von der Grundversicherung nur übernommen, wenn bestimmte Risiken bestehen. Weiter werden CHF 100.- an die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses übernommen (Schweizerischer Hebammenverband o.J.: 18).

Am Arbeitsplatz

Sobald eine Frau ihren Arbeitgeber über die Schwangerschaft informiert, gelten für sie bestimmte Schutzregeln. So darf sie keine Tätigkeiten mehr verrichten, die die Schwangerschaft gefährden könnten. Der Arbeitgeber muss ihr ansonsten eine andere Tätigkeit oder eine Lohnfortzahlung von 80% anbieten (Surbeck 2004).

Bisher war der sogenannte Schwangerschaftsurlaub durch Obligationenrecht und Arbeitsgesetz geregelt: So besteht bis acht Wochen nach der Geburt ein Arbeitsverbot. Falls die Mutter es wünscht, kann sie aber ab der neunten Woche wieder arbeiten. Es existieren teilweise brancheninterne Lösungen, die in den Arbeitsverträgen einen bezahlten Mutterschaftsurlaub vorsehen (ebd.).

Mit der Volksabstimmung vom September 2004 wurde in der Schweiz ab dem Jahre 2005 eine Mutterschaftsversicherung eingeführt. Diese garantiert angestellten wie selbständig erwerbenden Frauen während 14 Wochen Mutterschaftsurlaub mit 80% des durchschnittlichen, vor der Geburt verdienten, Erwerbseinkommens (maximal CHF 172.- pro Tag). Eine Frau kann jedoch nur davon profitieren, wenn sie während der letzten neun Monate vor der Geburt AHV-versichert und während der Schwangerschaft mindestens 5 Monate erwerbstätig war (ebd.).

3.2.2 Die Geburt

Als ‚normale‘ Geburten gelten Geburten, die nach der 37. Schwangerschaftswoche stattfinden und ohne grössere Schwierigkeiten verlaufen. Die Geburt kündigt sich an, indem regelmässige Wehen einsetzen oder wenn Fruchtwasser verloren wird (Kitzinger 1998: 240-246). Zu diesem Zeitpunkt muss sich die werdende Mutter bei der Institution melden, bei welcher sie sich bereits im vornhinein entschieden hat, zu gebären. In der Schweiz stehen gebärenden Frauen verschiedene ‚Geburtsorte‘ zur Verfügung: Eine Frau kann in einem Spital, in einer Klinik, in einem Geburtshaus oder zuhause gebären (Schweizerischer Hebammenverband o.J.: 10-11).

3.2.2.1 Die Geburt im Spital oder in der Klinik

Spitäler in der Schweiz sind für Geburten eingerichtet und verfügen über die entsprechende Infrastruktur (z.B. Geburtszimmer, medizinische Apparaturen). Die Geburtsabteilungen können in den meisten Spitälern vor der Geburt besichtigt werden. Die modernen Kliniken bieten zum Teil ‚gemütliche‘ Gebärzimmer, ausgestattet mit Duftkerzen, Radio, Gebärstuhl, Maya-Hocker, Badewanne (für die Wassergeburt) und vielem mehr.

Das Spital oder die Klinik sind die am meisten gewählten Geburtsorte, obwohl ein Trend in Richtung ‚natürlichere‘ Geburt beobachtet werden kann.

Frauen sollten einige Zeit vor der geplanten Geburt im Spital oder der Klinik zur Geburt angemeldet werden. Dies kann durch den behandelnden Arzt, die behandelnde Hebamme oder durch die schwangere Frau selbst geschehen.

Naht die Geburt und möchte die Frau ins Spital oder die Klinik eintreten, so sollte sie sich – wenn möglich – vorher telefonisch anmelden. Trifft sie im Spital ein, wird sie von einer Hebamme empfangen. Hat der Geburtsvorgang schon eingesetzt, wird sie direkt auf ein Gebärzimmer gebracht. Ansonsten bezieht sie ein Zimmer auf der Wöchnerinnenstation. Im Normalfall wird die werdende Mutter bei Eintritt ins Spital von einer Hebamme oder einem Arzt untersucht¹⁰. Dabei wird die Art und Intensität der Wehen gemessen. Während der Untersuchungen hat die Gebärende die Möglichkeit, ihre persönlichen Vorstellungen zum Ablauf der Geburt zu besprechen, z.B. ob sie periodisch oder kontinuierlich überwacht werden möchte, welche Methode der Schmerzlinderung sie anstrebt und wie lange sie nach der Geburt in der Klinik bleiben möchte (Tanner 2004).

¹⁰ Diese Untersuchungen beinhalten das Messen des Blutdrucks, des Pulses und der Körpertemperatur, die Entnahme von Blut, die Untersuchung des Urins, das Feststellen der Position des Kindes, und eine vaginale Untersuchung.

Die eigentliche Geburt wird in drei Phasen unterteilt.

Die erste Geburtsphase

In der ersten Phase öffnet sich mit Hilfe der Wehen der Muttermund und das Kind rutscht tiefer ins Becken. Dieser längste Teil der Geburt dauert normalerweise mehrere Stunden. In dieser Phase wird die Gebärende von der Hebamme im Spital unterstützt, welche ihr Entspannungstechniken und erleichternde Körperpositionen zeigt und ihr Massagen anbietet. Bereits in dieser Phase können von der Gebärenden schmerzstillende Mittel verlangt werden. Am bekanntesten ist die Periduralanästhesie, bei welcher im Rückenbereich ein Lokalanästhesiemittel injiziert wird, wodurch eine Betäubung von der Hüfte abwärts eintritt (Kitzinger 1998: 246-249).

Die zweite Geburtsphase

In der zweiten, kürzeren, Phase wird das Kind geboren. Bei einer Geburt im Spital ist in dieser Phase neben der Hebamme meist ein Arzt anwesend, der die Geburt überwacht und bei Schwierigkeiten eingreifen kann. Auch hier können Schmerzmittel verabreicht werden. Sollte sich in dieser Phase die Geburt schwierig gestalten, können z.B. Saugglocken oder Zangen zum Einsatz kommen, die das Kind ‚herausziehen‘. Als ultima ratio kann ein Kaiserschnitt durchgeführt werden (ebd.: 251-254).

Nach der Geburt des Kindes wird dieses den Eltern in die Arme gelegt, danach wird es untersucht. Heutzutage – noch vor ein paar Jahren wurde dies anders gehandhabt – bleiben die Neugeborenen bei der Mutter im Zimmer und werden nur auf Wunsch weggenommen, z.B. wenn die Mutter ein paar Stunden schlafen möchte (Holzgreve 2003b).

Die dritte Geburtsphase

Kurze Zeit nach der Geburt, in der dritten Phase, wird die Plazenta geboren und untersucht. Dieser Phase wird in unserer Gesellschaft kaum Beachtung geschenkt (Kitzinger 1998: 255).

Betreuungsmodelle während der Geburt in Spital oder Klinik

Bei einer Geburt im Spital oder in der Klinik stehen verschiedene Modelle der Betreuung zur Verfügung. Diese sind zum Teil auch abhängig von der Versicherungsform der Gebärenden. Grundsätzlich muss sich die Gebärende zwischen einer ambulanten und einer stationären Geburt entscheiden. Bei der ambulanten Geburt wird das Spital oder die Klinik bereits wenige Stunden nach der Geburt wieder verlassen. Bei der stationären Geburt verbringt die junge

Mutter das Wochenbett im Spital. Bei beiden Modellen wird die Mutter bis zum zehnten Tag nach der Geburt von einer Hebamme betreut.

Je nach Spital oder Klinik kann sich die Gebärende für die Betreuung durch eine Beleghebamme oder einen Belegarzt aussprechen. Bei diesem Modell wird die Hebamme oder der Arzt, die/der die Frau bereits während der Schwangerschaft betreut hat, zur Geburt gerufen, wo sie/er die weitere Betreuung übernimmt. Dieses Modell wird jedoch nicht in allen Spitälern angeboten.

Je nach Versicherungsstatus wird die Gebärende oder Wöchnerin vermehrt durch eine Hebamme oder vermehrt durch einen Arzt betreut. Ebenfalls hat der Versicherungsstatus einen Einfluss auf die Unterbringung nach der Geburt (z.B. Einzel- oder Mehrbettzimmer).

Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass Kaiserschnitte und viele Formen der Anästhesie nur in Spitälern bzw. in Kliniken vorgenommen werden können. Frauen, bei denen eine schwierige Geburt erwartet wird, werden dazu angehalten, in einer Klinik oder einem Spital zu gebären (Schweizerischer Hebammenverband o. J.: 10-11).

3.2.2.2 Die Geburt im Geburtshaus

Geburtshäuser sind für Frauen mit komplikationsloser Schwangerschaft geeignet, die ihr Kind in einer etwas familiäreren Umgebung als im Krankenhaus zur Welt bringen möchten.

Geburtshäuser werden von Hebammen geführt und sind auf eine natürliche Geburt ausgerichtet. Wie weiter oben erwähnt, können in Geburtshäusern keine Kaiserschnitte und Periduralanästhesie vorgenommen werden. Auch die Zeit des Wochenbettes kann in einem Gebärdhaus verbracht werden.

In einigen Geburtshäusern ist ebenfalls das Mitbringen einer Beleghebamme möglich.

Sollten jedoch Komplikationen bei der Geburt auftreten, ist es unumgänglich, die Gebärende in ein Spital zu verlegen (Riedi und Umenhofer 2005).

3.2.2.3 Die Hausgeburt

Im Jahr 2002 kamen ca. 2% aller in der Schweiz geborenen Kinder zuhause auf die Welt (Surbek 2005). Eine Hausgeburt kann nur angestrebt werden, wenn während der Schwangerschaft keine Komplikationen auftreten und eine natürliche Geburt möglich erscheint. Für die Beurteilung, ob eine Hausgeburt vertretbar sei, hat der Schweizerische Hebammenverband strenge Kriterien erarbeitet.

Frauen, die sich dazu entschliessen, zuhause zu gebären, sehen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als natürliche und physiologische Vorgänge an. Sie trauen sich zu, ohne Periduralanästhesie ihr Kind zur Welt zu bringen.

Bei einer Geburt zuhause ergibt sich der Vorteil, dass sich die gebärenden Frauen in ihrer vertrauten Umgebung befinden und nur die von ihnen gewählten Personen an der Geburt teilhaben.

Beim Hausgeburtsmodell wird die Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von einer durch sie gewählten Hebamme betreut.

Auch bei einer Hausgeburt gilt, dass, sobald Komplikationen auftreten, die Gebärende in ein Spital verlegt werden muss (Kitzinger 1998: 249-250; Surbeck 2005).

3.2.2.4 Rechtliches zur Geburt

Die Kosten einer stationären oder ambulanten Geburt werden in Vertragsspitalern des Wohnkantons von der Grundversicherung übernommen. Bei einer normalen Entbindung werden fünf Tage Aufenthalt im Spital vergütet, bei einem Kaiserschnitt acht Tage. Auch die Kosten von durch Hebammen geführte Hausgeburten werden übernommen. Die Kosten für die Geburt in einem Geburtshaus jedoch werden nur rückvergütet, wenn das Geburtshaus auf der Vertragsliste steht. Weder die Franchise noch der Selbstbehalt dürfen von Krankenkassen für die Geburt abgezogen werden.

Auch Medikamente während der Geburt werden von der Grundversicherung abgedeckt, jedoch unterliegen diese dem Selbstbehalt (Surbeck 2005).

3.2.3 Nach der Geburt

3.2.3.1 Das Wochenbett

Als Wochenbett werden die ersten sechs Wochen nach der Geburt bezeichnet. Diese Zeit gilt der Erholung von den Strapazen der Geburt und der Gewöhnung an die neue Lebenssituation als Mutter. In dieser Zeit bildet sich der Körper wieder zurück. Dabei können Beschwerden wie Stimmungstief, Infektionen oder Schmerzen auftreten (Schweizerischer Hebammenverband o. J.: 14). In den sechs Wochen nach der Geburt, wird der Frau empfohlen, sich einer Nachkontrolle und einem Hüftultraschall bei einem Frauenarzt zu unterziehen. Dies wird von der Grundversicherung bezahlt..

Ebenfalls stehen der Frau drei kostenlose Stillberatungen zu. Für das Kind kann sie die wichtigsten Impfungen und ausserdem bis vor Eintritt in die Schule acht Gesundheitsuntersuchungen vornehmen lassen (SHV o.J: 18).

Nach der Geburt erhalten die jungen Mütter die Adresse einer Stillberaterin und einer Mütter- und Väterberatungsstelle. Gleichzeitig wird die zuständige Stillberaterin über die frischgebackene Mutter in Kenntnis gesetzt. Normalerweise meldet sich die Stillberaterin bereits wenige Tage nach der Geburt bei der Mutter und bietet ihre Dienste an.

Bei den Mütter- und Väterberatungsstellen können die Kinder gewogen und gemessen werden. Ausserdem können die Eltern Ratschläge einholen. Dies ist meist gratis.

Die erwähnten verschiedenen Modelle der Geburt ziehen ebenfalls verschiedene Modelle der kurzfristigen nachgeburtlichen Betreuung nach sich:

Stationäre Geburt im Spital oder Geburtshaus

Entscheidet sich eine Frau für eine stationäre Geburt, verbringt sie ihr Wochenbett in aller Regel im Spital oder Geburtshaus. Sind Kind und Mutter bei guter Gesundheit, so steht es der Mutter frei, wie lange sie im Spital bleiben möchte. Fünf Tage werden, wie erwähnt, von der Grundversicherung übernommen. Im Wochenbett werden die Mütter entweder von den spitalinternen oder von den Beleghebammen in grundlegenden Dingen wie Stillen und Kleinkinderpflege, aber auch über die bevorstehenden Vorgänge im eigenen Körper unterrichtet (Holzgreve 2003).

Verlassen Kind und Mutter das Spital, können sie noch bis zum zehnten Tag nach der Geburt kostenlos die Dienste einer Hebamme zuhause in Anspruch nehmen. Diese meldet sich bei der Mutter von selbst, sobald diese zuhause ist.

Ambulante Geburt im Spital oder Geburtshaus

Verläuft die Geburt komplikationslos, können Mutter und Kind bereits nach ein paar Stunden das Spital wieder verlassen. Zuhause werden Mutter und Kind von einer Hebamme betreut, die jeden Tag bei ihnen vorbeischaut, Kontrollen durchführt, Ratschläge gibt und Hilfestellung leistet. Auch diese Dienstleistung ist bis zum zehnten Tag nach der Geburt kostenlos (Holzgreve 2003; Schweizerischer Hebammenverband o. J.: 10).

Hausgeburt

Die nachgeburtliche Betreuung nach einer Hausgeburt unterscheidet sich nicht wesentlich von einer ambulanten Geburt. Auch hier erscheint die Hebamme bis zehn Tage nach der Geburt und unterstützt die Mutter. Bei einer Hausgeburt wird empfohlen, das Kind möglichst bald nach der Geburt von einem Arzt untersuchen zu lassen (Surbeck 2005).

3.2.3.2 Rechtliches

Ist ein Kind geboren, so muss dieses mit seinem Namen beim Zivilstandesamt des Geburtsortes angemeldet werden. Dies muss innerhalb von drei Tagen nach der Geburt geschehen. Eltern sollten sich also von Vorteil vor der Geburt über den Namen des Kindes einig sein. Sind die Eltern verheiratet, trägt das Kind automatisch den Nachnamen des Vaters. Sind die Eltern nicht verheiratet, trägt das Kind den Nachnamen der Mutter. In diesem Falle kann der Vater das Kind jedoch amtlich anerkennen.

Zusätzlich muss das Kind bis drei Monate nach der Geburt bei einer Krankenversicherung angemeldet werden. Dies kann auch bereits vor der Geburt geschehen (Surbeck 2005a).

3.3 Diskussion und Thesenbildung: Das schweizerische Geburtssystem

Wie bereits Wimmer-Puchinger erkannte, sind Schwangerschaft und Mutterschaft keine biologisch isolierte Phänomene, sondern sie sind immer unter dem Gesichtspunkt der jeweiligen sozialökonomischen und soziokulturellen Begebenheiten zu betrachten (ebd. 1992: 37).

Unter diesem Gesichtspunkt sind auch die Schwangerschaft und die Geburt in der Schweiz zu betrachten.

In der Schweiz ist der Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt stark institutionalisiert, jedoch nicht sehr transparent. Eine schwangere Frau hat in der Zeit von der Feststellung der Schwangerschaft bis zur Geburt des Kindes verschiedene, relativ festgelegte Phasen zu durchlaufen: Sie sollte eine bestimmte Anzahl Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, sollte gewisse Ernährungsvorschriften beachten, weder rauchen noch Alkohol konsumieren und vorzugsweise einen Geburtsvorbereitungskurs besuchen. Dabei konkurrieren verschiedenste Stellen und Institutionen um die Gunst der Schwangeren. Umgeht eine schwangere Frau diese Phasen, gilt die Geburt eines gesunden Kindes als gefährdet.

Oftmals fühlen sich gesunde, aber schwangere Frauen durch die starke Institutionalisierung pathologisiert. Oder wie es Doyal ausdrückt: „[...] most pregnancies are treated as pathological unless proved otherwise“ (Doyal 1995: 135). Ironischerweise ist die normale, gesunde Schwangerschaft für einen Arzt erst erwiesen, wenn nach der Geburt sowohl Mutter als auch Kind wohlauf sind.

Es ist sehr schwierig, die Vorteile und Nachteile einer institutionalisierten Schwangerschaft klar zu erkennen. Einerseits dürfen die biomedizinischen Errungenschaften nicht verkannt werden. Vielen Frauen und ihren Kindern konnte durch sie das Leben gerettet und zu guter

Gesundheit verholfen werden. Auch Frauen bei denen während der Geburt Schwierigkeiten auftreten, sind dankbar für die institutionalisierte, medizinische Unterstützung.

Andererseits stellt sich die Frage, ob die institutionalisierte Schwangerenversorgung wirklich die Sicherheit bietenden Riten im Sinne der „rites de passage“ ersetzen kann.

Unsichere Frauen mit einem kleinen sozialen Netzwerk könnten vermutlich in diesem Schwangerschaftssystem – sofern sie sich darin überhaupt zurechtfinden – einen Nutzen ziehen. Andere Frauen könnten sich dadurch aber auch eingeengt und bevormundet in einer „natürlichen“ Angelegenheit fühlen.

Neben der Schwangerschaft verläuft auch die Geburt in institutionalisierten Bahnen. Dafür spricht der hohe Anteil an Spitalgeburten. Trotz oder gerade wegen des hohen Institutionalisierungsgrades ist das Vorgehen bei einer Geburt meines Erachtens nicht sehr klar. Es stehen viele Modelle zur Verfügung, die viele Abklärungen, u.a. auch über Versicherungsleistungen, benötigen. Für eine erstgebärende Frau ist es schwierig, aus eigenen Stücken das für sie geeignete Modell zu finden. Es ist zu vermuten, dass bei den meisten Frauen der Weg durch Schwangerschaft und Geburt durch den zuerst konsultierten Vorsorgedienstleister vorbestimmt wird. Je nach Information, die die Frau von diesem erhält, wird sie sich nach alternativen Modellen der Betreuung umsehen oder eben nicht.

Wiederum dürfen auch hier in Bezug auf die Geburt die Vorteile, die die Biomedizin und die Institutionalisierung von Schwangerschaft und Geburt hervorgebracht haben, nicht vernachlässigt werden. Die Schweiz hat eine sehr tiefe perinatale Mortalitätsrate sowohl bei der Mutter wie auch beim Kind. Die Gefahren für Mutter und Kind während der Geburt haben sich in den letzten Jahrzehnten reduziert und viele Frauen, die andere Geburtssysteme kennen, schätzen sich glücklich, in der Schweiz in relativ sicheren Verhältnissen gebären zu können (Vgl. Doyal 1995: 133-134).

Trotzdem wurden in den 1980er und 1990er Jahren Kritik an der starken Institutionalisierung von Schwangerschaft und Geburt laut. Frauen beschwerten sich, dass durch die Institutionalisierung nicht mehr in einem vertrauten Umfeld, umgeben von geliebten und liebenden Personen geboren werden kann. Dabei sei gerade in dieser Zeit der Unsicherheit und des Schmerzes das Bedürfnis nach Intimität und Solidarität gross (Doyal 1995: 128). Die Frauen fühlten sich unwohl in der Anwesenheit der vielen fremden Spitalmitarbeitern. Ausserdem gibt es, laut Doyal, keine richtigen Beweise dafür, dass eine Geburt im Spital

sicherer sei als zuhause¹¹ (ebd: 134). Wieder andere Frauen beschwerten sich über den technischen Modus der Geburt und wünschten sich mehr emotionale Unterstützung (Kitzinger 1978 zit. in: Doyal 1995: 134). Eine Frau in einem englischen Spital beklagte sich 1990 wiederum: „the doctor seemed to be working to an unspoken timetable. If I hadn't delivered in a certain time, he was going in there to bring the baby out, whether it was necessary or not. I thought, 'what the heck, I may as well give up, let him do the lot'” (Victoria 1990 zit. in: Doyal 1995: 135).

Durch die Institutionalisierung wurde nach Doyal die Geburt vermehrt als „doctors business“ angesehen: „Childbirth is increasingly defined as ‚doctors business‘ and as a result most pregnancies are treated as pathological unless proved otherwise. Most women begin their labour in a healthy condition and want medical care on hand in the case it might be needed. Most doctors, on the other hand, have been trained to see labouring mothers as ‘at risk’ patients, whose ‘normality’ can only be proved after the event” (Doyal 1995: 135).

Dank dieser kritischen Stimmen vor rund 20 Jahren, hat sich auch das schweizerische Geburtssystem gewandelt. Die Erkenntnis, dass die liegende Gebärposition die Geburt erschwert und verzögert und zusätzlich die Gebärende vom Geschehen abschneidet, trug massgeblich dazu bei.

In der Hochphase der Pathologisierung der Geburt (1980er und 1990er Jahre), war die gängigste Gebärhaltung die liegende. Diese erlaubte einerseits dem Arzt und der Hebamme eine bequeme Übersicht des Geschehnisses, andererseits wurden Gebärende durch diese Haltung praktisch vom Geburtsvorgang ausgeschlossen. Die aktiven Personen waren der Arzt und die Hebamme, die einzige Aufgabe der Gebärenden war es zu pressen. Die Frau gebar nicht, sondern sie wurde entbunden (Jordan 1995: 26-27).

Heute ist die liegende Gebärposition nicht mehr üblich. Davon zeugt auch die Einrichtung der Gebärsäle, in denen das Bett keine dominante Rolle mehr spielt. Vielmehr stehen andere Einrichtungsgegenstände, die die Geburt in aufrechter Position ermöglichen, im Vordergrund¹². Zudem wird versucht, eine persönlichere Atmosphäre in den Geburtsvorgang zu bringen, indem eine Hebamme¹³ die Frau durchgehend begleitet und der Arzt erst bei der zweiten Phase der Geburt hinzustösst.

¹¹ Sie argumentiert dahingehend, dass diverse Mittel und Techniken im Spital bereits beim Verdacht auf Schwierigkeiten angewendet werden. Es lässt sich somit gar nicht erfahren, was passieren würde, wenn diese Mittel nicht angewendet würden.

¹² Ich konnte mich in zwei Spitälern mit eigenen Augen davon überzeugen.

¹³ Dauert die Geburt länger, kann bei den Hebammen ein Schichtwechsel vorgenommen werden. Manchmal werden sowohl Hebamme wie auch Arzt von einer Praktikantin oder einem Praktikanten begleitet. Dabei sollte die Gebärende jedoch um ihr Einverständnis gefragt werden.

„Neue“ Formen der Hausgeburt, der Geburt in einem Geburtshaus und der Begleitung durch eine Beleghebamme, sowie der Tatsache, dass alle diese Formen der Geburt in den Leistungen der Grundversicherung der Krankenkassen enthalten sind, deuten meiner Meinung nach auf einen inneren Wandel im Geburtssystem.

Leider hat diese Entwicklung den Nachteil, dass durch die verschiedenen möglichen Varianten der Geburt die Übersicht über die Angebote erschwert wird. Gerade für Frauen mit Migrationshintergrund kann es sich als schwierig erweisen, zu den relevanten Informationen zu gelangen und das Schweizer Geburtssystem zu durchschauen.

Schlussendlich ist auch die kurzfristige nachgeburtliche Betreuung durch eine starke Strukturierung und Institutionalisierung gekennzeichnet. Im Gegensatz zu Schwangerschaft und Geburt verläuft diese jedoch etwas einheitlicher. In diesem Bereich gibt es weniger Anlass zu Verwirrungen, da es nur zwei Möglichkeiten gibt: Entweder das Wochenbett zu Hause oder in der Institution, in der das Kind geboren wurde. Ausserdem kommen für die nachgeburtliche Betreuung die Hebammen und Stillberaterinnen auf die Mütter zu, was die Schwelle zur Inanspruchnahme von Leistungen wesentlich tiefer setzt, als wenn diese erst mühsam ausfindig gemacht werden müssen.

Schwangerschaftsverdacht bestätigen	Selbstgemachter Schwangerschtest	Untersuchung bei einer Hebamme	Untersuchung bei Haus- o. Frauenarzt
Vorsorge und Vorsorgeuntersuchungen	Eigene Wahrnehmung.	Vorsorge durch Hebamme	Vorsorge durch Arzt und Hebamme Vorsorge durch Arzt
Vorbereitung auf die Geburt	Gespräche, Literatur, Internet...	Geburtsvorbereitungskurs bei Hebamme	Geburtsvorbereitungskurs im Spital
Geburt	Alleine zuhause	Hausgeburt mit Hebamme	Geburt im Geburtshaus Geburt im Spital oder in der Klinik
Wochenbett	Wochenbett zuhause	Wochenbett im Geburtshaus	Wochenbett im Spital oder in der Klinik

Ambulant oder stationär

Abb. 2: Das schweizerische Geburtssystem im Überblick

Aus Kapitel 3 lassen sich folgende Thesen ableiten:

Thesen:

- Die Pathologisierung der Schwangerschaft und der Geburt bildet eine Struktur, die den „rites de passage“ zur Überwindung einer Krise gleichkommt.
- Ein absolvierter Geburtsvorbereitungskurs vereinfacht die Geburt.
- Der Weg durch das Geburtssystem ist durch den zuerst konsultierten Vorsorgedienstleister beeinflusst.

4 Theoretische Konzepte zur Arzt-Patienten Interaktion

Das vorhergehende Kapitel hat aufgezeigt, dass seit etwa dem 18. Jahrhundert das Geburtssystem in der Schweiz ein Teil des Gesundheitssystems ist, d.h. Schwangerschaft und Geburt finden in einem (bio-)medizinischen Kontext statt. Arthur Kleinman unterteilte 1980 in seinem Werk „Patients and Healers in the Context of Culture“ das Gesundheitssystem in sogenannte *health care sectors*. Folglich lässt sich auch das Geburtssystem als Teil des Gesundheitssystems in diese Sektoren aufteilen. Durch diese Aufteilung wird das Geburtssystem noch vielschichtiger, es lässt sich jedoch auch differenzierter betrachten.

Kleinman spricht im Zusammenhang mit dem *health care system* von zwei Arten von Akteuren: von Patienten und Heilern. Bei der Erläuterung von Kleinmans Ansatz werden auch diese beiden Begriffe angewandt, jedoch mit einem ausgedehnten Verständnis: Patienten werden nicht ausschliesslich als kranke Wesen angesehen, sondern als Personen, die sich in einem physischen und psychischen Ausnahmezustand befinden, also auch schwangere Frauen. Unter den Begriff Heiler wird das ganze, im *health care system* direkt mit dem Patienten in Interaktion tretende, Gesundheitspersonal zusammengefasst, also Ärzte, Pflegende, Hebammen, Naturheilpraktiker, Homöopathen usw.

4.1 Das Gesundheitssystem

Die Ganzheit der medizinischen Vorstellungen in einer Gesellschaft fasst Kleinman unter dem Begriff „*health care system*“, in deutsch etwa „Gesundheitssystem“ zusammen. In jeder Gesellschaft lassen sich die Rollen von Patienten oder Heilern ausfindig machen und somit lässt sich auch in jeder Gesellschaft ein *health care system* identifizieren.

Kleinman sieht die Medizin als ein kulturelles System, „a system of symbolic meanings“ (Kleinman 1980: 24). Rund um das Auftreten von Krankheit und der Behandlung dieser entstehen in jeder Kultur soziale Institutionen. Die Akteure dieser sozialen Institutionen treten miteinander in Interaktion und schaffen Beziehungen. Die Totalität dieser Beziehungen rund um Krankheit und Gesundheit definieren laut Kleinman das *health care system* (ebd.: 24).

Oder anders formuliert: „[...] the health care system, like other cultural systems, integrates the health-related components of society. These includes patterns of belief about the causes of illness; norms governing choice and evaluation of treatment; socially legitimated statuses, roles, power relationships, interaction settings, and institutions“ (ebd.).

Das Gesundheitssystem beinhaltet also den Glauben von Personen (ohne dass sie sich dessen bewusst sind) und deren Verhaltensmuster. Dieser Glauben und das Verhalten sind bestimmt durch kulturelle Regeln (ebd.: 26).

Es ist jedoch zu betonen, dass das *health care system* nicht eine klar definierte, abgrenzbare Ganzheit darstellt, sondern dass es einzig als Modell dient, welches bei Untersuchungen von medizinischen Systemen Hilfestellung leisten kann.

Für Kleinman stellen Gesundheitssysteme soziale Realitäten dar. Eine soziale Realität ist die Welt der menschlichen Interaktionen, welche ausserhalb und zwischen den Individuen stattfinden. „It is the transactional world in which everyday life is enacted, in which social roles are defined and performed, and in which people negotiate with each other in established status relationships under a system of cultural rules. Social reality is constituted from and in turn constitutes meanings, institutions, and relationships sanctioned by society” (ebd.: 36).

Soziale Realitäten variieren von Gesellschaft zu Gesellschaft, zwischen sozialen Schichten, zwischen Bildungsschichten, nach Beruf, Religion und Ethnizität (ebd.: 36).

Wird das Gesundheitssystem als soziale Realität konzipiert, so ist es naheliegend, zu erkennen, dass Krankheit wie auch deren Behandlung und die Gesundheit von verschiedenen Gesellschaften oder gar Individuen unterschiedlich wahrgenommen werden. Ein Arzt hat möglicherweise aufgrund seiner Ausbildung und seines Berufes ein anderes Bild von den Beschwerden eines Patienten als dieser selbst. Um die Auffassungen über den Körper und damit verbundenen Krankheiten und Behandlungen differenzierter darstellen zu können, hat Kleinman das *health care system* in drei Sektoren aufgeteilt: den populären, den volkstümlichen und den professionellen Sektor.

4.1.1 Der populäre Sektor

Der populäre Sektor bildet den grössten der drei Sektoren (Helman 1990: 56).

Der populäre Sektor ist der Laiensektor, d.h. der nicht spezialisierte und nicht professionalisierte Bereich des Gesundheitssystems. Hier werden Veränderungen im Körper wie Krankheit, Gesundheit aber auch Schwangerschaft zuerst erkannt und definiert und schliesslich (Be-)Handlungsmöglichkeiten dafür gesucht (Helman 1990: 55-56).

Dieser Sektor kann in verschiedene Bereiche unterteilt werden, wie zum Beispiel in den individuellen, den familiären, denjenigen der sozialen Netzwerke und der Gemeinde.

Empfindet ein Individuum einen veränderten körperlichen Zustand, so wird es zuerst für sich selbst eine Erklärung und eine Beschreibung der Anzeichen formulieren. Vermag es die Anzeichen nicht einzuordnen, so wendet es sich möglicherweise an Familienmitglieder und an andere erfahrene Personen aus dem sozialen Umfeld. In zweiter Instanz wird in diesem Umfeld, innerhalb des populären Sektors, nach therapeutischen Massnahmen gesucht. Die

Massnahmen können einerseits in Selbstmedikation bestehen oder im Aufsuchen von Therapiemöglichkeiten in anderen Sektoren des Gesundheitssystems (Kleinman 1980: 51-53). Der populäre Sektor ist derjenige, der den niedrigsten Institutionalierungsgrad aufweist.

4.1.2 Der volkstümliche Sektor

In nicht-westlichen Gesellschaften nimmt der volkstümliche Sektor einen wichtigen Platz ein. Er ist ein nicht professionalisierter, nicht bürokratischer Sektor von Spezialisten. Die Medizin des volkstümlichen Sektors kann sich stark am populären oder professionellen Sektor orientieren. Auf theoretischer Ebene lässt sich dieser Sektor in zwei Bereiche einteilen: in einen heiligen, spirituellen und in einen sekulären. In der Praxis jedoch überschneiden sich diese beiden Bereiche oft.

Zum volkstümlichen Sektor zählen Heilformen wie Pflanzenheilkunde, traditionelle Operationen, spezielle Übungen, symbolisches Heilen (Kleinman 1980: 59), Hellseher, Schamanen und auch Hebammen (Helman 1990: 58-59).

Einige Vertreter der volkstümlichen Medizin haben sich zu Verbänden mit Zugangsregelungen, Verhaltensweisen und Informationsvermittlung zusammengeschlossen (ebd.: 59).

Der volkstümliche Sektor bildet das Mittelglied zwischen dem populären und dem professionellen Sektor. In Gesellschaften, die über keinen professionellen Sektor verfügen, konstituieren der populäre und der volkstümliche Sektor das ganze Gesundheitssystem.

4.1.3 Der professionelle Sektor

Der professionelle Sektor stellt die organisierten, legalen Heilberufe dar. Diese stehen Omeistens in Verbindung mit der Biomedizin. Zu den Berufen des professionellen Sektors gehören Ärzte, aber auch Pflegefachleute, Hebammen oder Physiotherapeuten. Nach Kleinman (1980) findet eine Sozialisation von Ärzten oftmals in der Weise statt, dass diese ihre eigenen Auffassungen als rational und objektiv erachten und die anderen – zum Beispiel Auffassungen aus dem populären oder volkstümlichen Sektor – als irrational und unwissenschaftlich abtun. Die Vertreter der Biomedizin konnten in vielen Ländern ihren Status soweit ausbauen, dass dieser zum Teil per Gesetz aufrecht erhalten wird. Die Kritiker nehmen diesen dominanten Status des Arztes auch in der Arzt-Patienten Interaktion wahr: Der Arzt gilt als Autoritätsperson und gibt Anweisungen, die der Patient zu befolgen hat (ebd.: 53-57).

Helman (1980) zählt neben der Biomedizin auch die ayurvedische als zum professionellen Sektor zugehörig. Denn in Indien werden 91 ayurvedische und Unani Colleges mit staatlicher Unterstützung geführt (ebd.: 63).

4.1.4 Diskussion und Thesenbildung: Das Gesundheitssystem

Nach Kleinmans Konzept der *health care sectors* hat eine schwangere Frau Dienstleistungen in drei Sektoren des Gesundheitswesens bzw. des Geburtssystems in Anspruch zu nehmen.

Bereits der Schwangerschaftstest kann in den drei Sektoren stattfinden: Im populären, wenn ihn die Frau selbst mit einem gekauften Test durchführt, im volkstümlichen, wenn sie sich von einer freipraktizierenden Hebamme untersuchen lässt oder im professionellen, wenn sie dazu einen Arzt aufsucht.

Während der Schwangerschaft wird sich eine Frau im populären Sektor auf die Geburt vorbereiten, indem sie das Gespräch mit anderen, erfahrenen Frauen sucht, sich über Bücher oder Internet informiert. Vorbereitung kann auch im volkstümlichen Sektor stattfinden, wenn sie Geburtsvorbereitungskurse oder einen Akupunkteur zur Linderung von Beschwerden besucht.

Ein institutionalisiertes Angebot über Vorsorgeuntersuchungen bis Tests usw. bietet schlussendlich auch der professionelle Sektor.

Wie die Schwangerschaft kann auch die Geburt je nach Ort einem Sektor zugerechnet werden: Eine Hausgeburt ohne Begleitung durch einen Heiler fände im populären Sektor statt, eine Hausgeburt mit Hebamme oder Heiler oder eine Geburt im Geburtshaus könnte dem volkstümlichen Sektor zugeordnet werden. Im professionellen Sektor ist eine Spital- oder Klinikgeburt zu verorten (Siehe Abb.2).

	Populärer Sektor	Volkstümlicher Sektor	Professioneller Sektor
Schwangerschaftsverdacht bestätigen	Schwangerschaftstest aus Warenhaus, Drogerie, Apotheke	Untersuchung bei einer Hebamme	Untersuchung beim Hausarzt oder Gynäkologen
Vorsorge und Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft	Eigene Wahrnehmung des Körpers. Wahrnehmung durch andere. Hausmittelchen	Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme	Vorsorgeuntersuchungen durch Arzt und Hebamme abwechslungsweise
Vorbereitung auf die Geburt	Gespräche mit anderen Müttern, Frauen usw. Literatur, Internet, Vereine	Geburtsvorbereitungskurse durchgeführt von freischaffenden Hebammen oder Geburtsvorbereiterinnen. Akupunktur usw.	Geburtsvorbereitungskurse durchgeführt von Spitälern
Geburt	Zuhause ohne auswärtige Hilfe	Hausgeburt mit Hebamme	Geburt im Spital
		Geburt im Geburtshaus	Geburt in der Klinik
		ambulant — stationär	ambulant — stationär
Wochenbett	Wochenbett zuhause	Wochenbett im Geburtshaus	Wochenbett in Spital oder Klinik

Abb.3: Das schweizerische Geburtssystem im health care system

Aus Kapitel 4.1.4 ergibt sich folgende These:

These: Aufgrund mangelnder Netzwerke und Sprachkenntnisse spielt der populäre Sektor für schwangere und gebärende Migrantinnen eine untergeordnete Rolle.

4.2 Erklärungs- und Transaktionsmodelle

4.2.1 Erklärungsmodelle

Im *health care system* findet zwischen Patienten und Heilern eine Interaktion auf diversen Ebenen statt.

Kleinman geht davon aus, dass sowohl Patienten wie Heiler bestimmte Erklärungen für bestimmte Phänomene wie Krankheit oder auch Schwangerschaft haben. Bei einer Interaktion treffen die beiden Erklärungen der Akteure aufeinander. Damit die Interaktion erfolgreich verläuft, d. h. dass ein für beide Parteien zufriedenstellendes Ergebnis resultiert, müssen diese Erklärungsmodelle verglichen, revidiert und angepasst werden (Kleinman 1980: 105; 113).

Ein Beispiel: Tamilinnen verzichten traditionsgemäss während der Zeit nach der Geburt auf das Verspeisen bestimmter Früchte, da diese ihren bereits ‚kalten‘¹⁴ nachgeburtlichen Zustand

¹⁴ Nach der ayurvedischen Lehre werden bestimmte körperliche Zustände in ‚kalt‘ oder ‚warm‘ eingeteilt. Um die Zustände zu regulieren, müssen bestimmte ‚kalte‘ oder ‚warme‘ Nahrungsmittel zu sich genommen werden. Nahrungsmittel werden, unabhängig ihrer tatsächlichen Temperatur, in kalte oder warme eingeteilt.

zusätzlich kühlen würden. Denn Früchten werden kühlende Eigenschaften nachgesagt. Nach der Geburt benötigt die junge Mutter jedoch wärmende Speisen (McGilvray 1982: 59). Doch der behandelnde Schweizer Arzt findet, dass die Früchte viele gesunde Vitamine enthalten und sie Obst essen sollte. Nun müssen für diese beiden Ansichten Erklärungsmodelle ausgehandelt und auf einen Nenner gebracht werden, damit die Interaktion erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Erklärungsmodelle werden immer auf beiden Seiten, also sowohl auf Seiten der Patienten wie auch auf Seiten der Ärzte und des anderen Gesundheitspersonals gehalten (ebd.: 1990: 94). Erklärungsmodelle sind also „notions about an episode of sickness¹⁵ and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process“ (Kleinman 1980: 105).

Erklärungsmodelle existieren in allen Gesundheitssystemen, zum Teil sind sie den Menschen bewusst, zum Teil nicht (ebd.: 105, 109). Dabei sind besonders Laien-Erklärungsmodelle eigenwillig (idiosynkratisch) und veränderlich, da sie durch die Persönlichkeit des ‚Trägers‘ und kulturelle Faktoren beeinflusst werden. Ebenfalls beeinflussen soziale und ökonomische Faktoren, Gender und dominante Ideologien die Erklärungsmodelle des Einzelnen (Helman 1990: 95). Es ist hervorzuheben, dass Erklärungsmodelle nicht die allgemeinen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit widerspiegeln. Denn, „as we have seen, such general beliefs belong to the health ideology of the different health care sectors and exist independent of and prior to given episodes of sickness“ (Kleinman 1980: 105).

Nach Kleinman (1980: 105) versuchen Erklärungsmodelle folgenden fünf Fragen nachzugehen:

1. nach der Ätiologie, also den Ursachen und Faktoren des Zustandes
2. nach dem Zeitpunkt und der Art und Weise des Auftretens der Symptome
3. nach der Pathophysiologie
4. nach dem Verlauf des Zustandes
5. nach der Behandlung (ebd.)

Bei der Klärung dieser fünf Fragen spielen neben der bereits genannten auf die Erklärungsmodelle einwirkenden Faktoren auch formale Unterschiede eine Rolle. Verständnisschwierigkeiten können aufgrund der analytischen Kraft, des Grades des

¹⁵ In Anlehnung an Kleinman wird hier unter *sickness* einen veränderten Zustand des Körpers und des Geistes verstanden. Kleinman verwendet *sickness* als Oberbegriff, unter welchem er die beiden Konzepte von *illness* und *disease* vereint. Grob kann *illness* als den veränderten körperlichen Zustand, den der Patient empfindet und *disease* als den veränderten, körperlichen Zustand des Patienten, wie ihn der Arzt empfindet, aufgefasst werden. Auf *illness* und *sickness* wird hier nicht weiter eingegangen, denn sie sind dem Konzept der Erklärungsmodelle m.E. bereits inhärent. Für die Interaktion zählt in erster Linie, wie die Erklärungsmodelle ausgehandelt werden und weniger, wie sie zustande kamen. Erklärungsmodelle werden von vielerlei Faktoren beeinflusst u.a. auch von *illness* und *disease*.

Abstraktionsvermögens, der Logik, der Metaphorik und des Sprachgebrauchs auftreten (ebd.: 109)

Der hauptsächliche Zweck von Erklärungsmodellen besteht somit im sichtbar Machen von unterschiedlichen klinischen Realitäten (Zuppinger 1998: 29).

Das eher theoretische Konzept der Erklärungsmodelle findet seine praktische Anwendung im Transaktionsmodell.

4.2.2 Transaktionsmodell

Das Transaktionsmodell wurde auf Basis des Aushandlungsmodelles, welches von Katon und Kleinman formuliert wurde, von Zuppinger ausgearbeitet. In beiden Modellen wird dabei die Arzt-Patienten Interaktion als Transaktion von Erklärungsmodellen aufgefasst (Zuppinger 1998: 41; Kleinman et al. 1978 zit. in Zuppinger 1998: 41).

Die Transaktion der Erklärungsmodelle findet in vier Schritten statt: „Als erster Schritt der Transaktion wird durch die sogenannte Erklärungsmodelltechnik das PatientInnen- und Familienerklärungsmodell eruiert“ (Zuppinger 1998: 41). Dabei soll sich der Arzt an einen systematisierten Fragekatalog halten, der von Vorteil in Laienbegriffen formuliert ist. Indem der Arzt den Patienten eindringlich befragt, erfährt er die Ansicht dessen Zustandes. In einem zweiten Schritt soll der Arzt dem Patienten sein eigenes Erklärungsmodell kundtun. Auch dabei soll er sich nach Möglichkeit an Laienbegriffe halten, damit ihm der Patient folgen kann. Der dritte Schritt dient dem Transfer der Erklärungsmodelle. Diese werden dabei offen verglichen und ineinander übergeführt. In diesem Schritt sollen sowohl vom Patienten als auch vom Arzt Fragen gestellt und allfällige Bedenken zum jeweils anderen Erklärungsmodell geäußert werden. Beim vierten und letzten Schritt geht es um das Aushandeln, um die eigentliche Transaktion der Erklärungsmodelle. Kann eine Seite nicht vom Erklärungsmodell der anderen ‚überzeugt‘ werden, so müssen Kompromisse eingegangen werden. Dies bedingt das jeweilige Einverständnis zum Handeln auf beiden Seiten (ebd.: 41-45).

4.2.3 Diskussion und Thesenbildung: Erklärungs- und Transaktionsmodell

Wie bereits Kleinman gesagt hat, existieren in jedem *health care system* Erklärungsmodelle. Und in den meisten Fällen werden diese je nach Partei divergieren. Gerade heutzutage, wo im Gesundheitswesen an allen Enden gespart wird, ist es notwendig, dass eine Transaktion der Erklärungsmodelle stattfindet. Denn eine erfolgte, vollständige Transaktion ist in diesem Falle gleichbedeutend mit Effizienz. Werden sich die Parteien über einen Therapieversuch einig,

so wird der Patient diesen befolgen, was unter normalen Umständen seiner Gesundheit förderlich ist.

Gleiches gilt für Schwangerschaft und Geburt. Können zum Beispiel die Erklärungsmodelle über Ernährung, Konsum von Tabak oder Alkohol ausgehandelt und in Gleichklang gebracht werden, so wird dies zum Wohle des Kindes beitragen und im besten Falle zu einer komplikationslosen Geburt führen.

Frauen mit Migrationshintergrund verfügen oftmals über andere Erklärungsmodelle als ihr Arzt, was zur Unvereinbarkeit dieser führen kann. Weiter spielt die Sprache eine wichtige Rolle. Kann keine Transaktion zwischen den Erklärungsmodellen stattfinden, kann die Compliance¹⁶ beeinträchtigt werden.

These: Erklärungsmodelle von schwangeren und gebärenden Migrantinnen und Erklärungsmodelle von Schweizer Ärzten und Hebammen sind, aufgrund der sie beeinflussenden Faktoren und Sprachunterschiede, schwierig auszuhandeln und auf einen Nenner zu bringen. Dies beeinträchtigt die Compliance und kann unter Umständen zu Schwierigkeiten während der Schwangerschaft und der Geburt führen.

4.3 Transkulturelle Kompetenz

Da Kleinmans Konzept der Erklärungsmodelle bereits vor über zwanzig Jahren entstand, die Diskussion um die Interaktion und die Kommunikation im Gesundheitswesen aber noch immer sehr aktuell ist, wird hier ein dritter, zeitgemässer Ansatz angeführt.

Dafür griff Domenig, eine Pflegefachfrau und Ethnologin, die von der amerikanischen Pflegefachfrau Leininger formulierte Theorie der „Transkulturellen Pflege“ auf und entwickelte sie weiter.

Leininger versuchte das Phänomen der *human care*¹⁷ zu erforschen und das dabei jeweils kulturspezifische zu erfassen. Daraus entstand die Methode der Ethnopflege, welche MigrantInnengruppen in den USA in Bezug auf Pflegebedürfnisse und Wertvorstellungen untersuchte. Ziel der Methode war die „Aufrechterhaltung, Anpassung oder Neustrukturierung kulturspezifischer Pflegepraktiken“ (Leininger 1998 zit. in: Domenig 2001: 142).

¹⁶ Zustimmung zu und Einhaltung von Therapien.

¹⁷ Zu deutsch: Pflege.

Domenig kritisiert an Leiningers Ansatz, dass dieser vom klassischen Kulturbegriff ausgeht, in welchem Kulturen als in sich geschlossene Ganzheiten aufgefasst werden. Kultur –nach dieser Auffassung – ist etwas statisches, das allen in einer bestimmten Gesellschaft gleich ist. Domenig jedoch zieht es vor, mit einem dynamischen Kulturbegriff, wie er seit etwa den 1980er Jahren von Ethnologen vertreten wird, zu arbeiten. Nach diesem „gibt es keine klar abgrenzbaren „Kulturen“ mehr [..], sondern sich gegenseitig beeinflussende soziale Felder und Gruppen, deren Grenzen im Zuge der Globalisierung und transnationalen Mobilität zunehmend durchlässiger werden“ (Domenig 2001: 143).

Wie auch schon Weiss (2003) betont Domenig, dass die „Kultur“ ebenfalls vom sozioökonomischen Status und biographischen Erfahrungen abhängig ist.

Weiter kritisiert Domenig an Leininger, dass diese ihr Augenmerk nicht auf die Interaktion, also das Gemeinsame, sondern auf „das Fremde“, die Differenz richtet. Das Eigene wird dabei nicht hinterfragt, sondern als ‚objektiv‘ angesehen. Doch diese vermeintliche eigene Objektivität ist auch nur eine Lebenswelt, eine enkulturierte Ansicht, die die Auffassung und Sehensweise prägt. Das Andere wird folglich durch eine soziokulturell gefärbte Brille wahrgenommen.

Die aufgrund ‚klarer‘ kultureller Merkmale entwickelte „Transkulturelle Pflege“ fokussiert demnach auf die Unterschiede zwischen den Akteuren, was eine Interaktion erschwert oder gar verunmöglicht. Nach Domenig fördert Leiningers Ansatz somit eher die Stereotypisierung als, dass er zu ihrem Gegenteil führen würde (Domenig 2001: 142).

Aus ihrer Arbeitserfahrung als Pflegefachfrau, weiss Domenig, auf welche Schwierigkeiten Pflegende mit Migranten im Spitalkontext stossen. Sie nennt an erster Stelle Kommunikationsprobleme, weiter Sorge das Frau-Mann-Verhältnis zu Problemen. Auch unterschiedliche Ausdrucksformen von Schmerz behinderten die Interaktion. Zudem beklagen sich Pflegende über den vielen Besuch bei hospitalisierten MigrantInnen. Zusätzlich erschwerend auf die Interaktion wirkten sich die Zeitnot, die Arbeitsbelastung und mangelnde transkulturelle Kenntnisse auf Seiten der Pflegenden aus (Domenig 2001: 140).

Ein weiteres Problem wird in der unikulturellen Ausrichtung der Pflege im Gegensatz zur multikulturellen Patientenschaft erkannt.

Auf Basis dieser Aussagen und Tatsachen entwickelte Domenig (2001) den Ansatz der „Transkulturellen Kompetenz“, welcher nicht nur ein theoretisches Konstrukt darstellen, sondern auch in die Praxis umgesetzt und angewandt werden sollte. Dabei sollten Kulturalisierung und Stereotypisierung wenn möglich vermieden werden.

Mit dem Konzept der „Transkulturellen Kompetenz“ sollen Pflegende dazu befähigt werden, „individuelle migrationspezifische und soziokulturelle Hintergründe zu entdecken und Pflegehandlungen entsprechend anzupassen“ (ebd.: 146).

Der Begriff Transkulturalität (im Vergleich zu Multikulturalität und Interkulturalität) setzt laut Domenig nicht zwei voneinander getrennte Kulturen voraus. Die Transkulturalität ist das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende, was letztlich auch zum Verbindenden und Gemeinsamen werden kann.

Die Transkulturelle Kompetenz kommt im Rahmen einer Interaktion zum Einsatz. Interaktion ist ein zentrales Element der Transkulturellen Kompetenz: „Transkulturelle Kompetenz besteht [...] im Kern aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext“ (ebd.: 148).

Damit sich eine Person als transkulturell fähig bezeichnen kann, muss sie sich in Selbstreflexivität geübt haben, also die Lebenswelt hinterfragt haben, indem sich Unbewusstes und Selbstverständliches bewusst gemacht wurde. Weiter muss die Person über Hintergrundwissen, Erfahrung und Empathie im Umgang mit MigrantInnen verfügen. Hintergrundwissen kann sich eine Person aneignen indem sie sich mit verschiedenen medizinischen Systemen und Gesundheitsvorstellungen auseinandersetzt. Empathie erreicht man wiederum mit Engagement, Interesse, Neugier und Zuwendung (ebd.: 148-151).

Zusammengefasst kann Transkulturelle Kompetenz somit als „die Fähigkeit“ verstanden werden, „individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und daraus entsprechend angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen respektieren eigene lebensweltliche Prägungen, haben die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten, vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen und nehmen vor allem eine respektvolle, vorurteilsfreie bzw. Vorurteile respektierende Haltung gegenüber MigrantInnen und anderen stigmatisierten Zielgruppen ein“ (Domenig 2003 zit. in: Gross 2003: 47).

Obwohl heutzutage Erläuterungen zur Transkulturellen Kompetenz oftmals ein Bestandteil der Ausbildungen zu Pflegefachleuten ist, mangelt es nach wie vor bei der Umsetzung in die Praxis (Domenig 2004: 59).

4.3.1 Diskussion und Thesenbildung: Transkulturelle Kompetenz

Indem Domenig die Transkulturelle Kompetenz vom kulturrelativistischen Kulturbegriff löste und sie dynamischer formulierte, hat sie sie auch aufgewertet.

Trotzdem bleibt dieser Ansatz sehr theoretisch. Er ist schwierig in den Spitalalltag umzusetzen. Dazu die Bemerkung einer Teilnehmerin zum Kurs über Transkulturelle Pflege: „Mir ist klar, dass Antworten auch immer neue Fragen aufwerfen! Je mehr ich weiss, umso weniger ist mir klar. Ich denke, der Kurs vermittelt die Grundlage zur Offenheit und Unvoreingenommenheit gegenüber ‚Anderen‘“ (zit. in Domenig 2001: 151).

Für die Vertreter der Transkulturellen Kompetenz mag die Aussage dieser Person zufriedenstellend sein. Sie hat gelernt, offener und unvoreingenommener anderen gegenüber zu sein. Doch lässt sich das in eine von Zeit- und Spardruck geprägte Praxis umsetzen?

Weiter zu bemängeln ist, dass dieses Konzept einseitig ausgerichtet ist. Dies erweckt den Eindruck eines Überlegenheitsgefühls oder von Autorität des Personals des Gesundheitswesens gegenüber den Patienten mit Migrationshintergrund, denn nur diese sollen/können transkulturell kompetent sein. Von Migranten ist der Effort zu transkultureller Kompetenz nicht zu erwarten.

These: Aufgrund des Zeit- und Spardruckes kommt die Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen nicht zum Tragen. Migranten werden weiterhin missverstanden oder stereotypisiert.

5 Methodik

5.1 Ausgangslage

In Kapitel 2 wurden verschiedene Studien zu Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen vorgestellt. An diese Studien möchte die folgende Datenerhebung anknüpfen und den Blickwinkel über Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen damit erweitern.

5.2 Zielsetzung

Die erhobenen Daten sollen zur Erweiterung der Erkenntnisse von Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen in der Schweiz beitragen. Es soll gezeigt werden, wie einzelne Frauen mit Migrationshintergrund Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in der Schweiz erlebt haben und wie sie sich dabei im Geburtssystem zurechtfinden. Folgende Fragestellungen standen dabei im Zentrum:

- Wie wurde die Schwangerschaft erlebt?
- Welche Vorsorgeangebote wurden in Anspruch genommen?
- Welcher Geburtsort wurde gewählt?
- Wie wurde die Geburt erlebt?
- Wo wurde das Wochenbett verbracht und wie wurde es erlebt?
- Wie organisierten sich die Frauen nach der Geburt, wie kamen sie zurecht?
- War die Interaktion mit dem Gesundheitspersonal zufriedenstellend?

Weiter sollen die Resultate mit den aufgestellten Thesen verglichen werden.

5.3 Datenerhebung

Bei der Planung der Kleinstudie wurde zuerst in Betracht gezogen, Migrantinnen kurz vor und kurz nach der Geburt zu befragen oder eventuell gar bei einer Geburt selbst anwesend zu sein. Aufgrund der schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen und der knappen Zeitressourcen wurde jedoch auf dieses Vorgehen verzichtet. Es wurde entschieden, junge, in die Schweiz migrierte Mütter retrospektiv zu befragen. Diese Methode bietet den Vorteil, dass das Erleben des Geburtssystems als ganzes erfasst werden kann.

5.3.1 Sample

Das Sample sollte aus Frauen bestehen, die nicht in der Schweiz aufgewachsen sind, jedoch hier mindestens ein Kind zur Welt gebracht haben. Die Geburt des letzten Kindes durfte nicht mehr als sechs Jahre zurückliegen. Herkunftsland, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer, Alter der Frauen, Zivilstand u.ä. spielten keine Rolle für die Auswahl. Allen Frauen wurde eine Übersetzerin für das Interview angeboten.

Anhand des Zugangs zu den Informantinnen (siehe 5.3.1.1 und 5.3.1.2) ergaben sich zwei Gruppen. Die dritte Gruppe stellte sich aus einer deutsch-albanischen Übersetzerin und zwei Hebammen zusammen.

5.3.1.1 Erste Gruppe:

Die erste Gruppe besteht aus Frauen mit Migrationshintergrund, die relativ gut in die Schweiz integriert sind, sich in den meisten wichtigen Belangen in der Landessprache verständigen können und in gesicherten Verhältnissen leben.

Einen ersten Zugang bot ein Kindergarten in Aarburg. Die Kindergärtnerin vermittelte mir Daten von sieben Frauen, die den Auswahlkriterien entsprachen. Diese wurden per Brief angeschrieben. Dem Schreiben wurde ein Antworttalon und ein adressiertes und frankiertes Rückantwortkuvert beigelegt. Zwei der angeschriebenen Frauen stellten sich für ein Gespräch zur Verfügung. An die weiteren sechs Frauen gelangte ich mittels Schneeballprinzip und konkretem Herumfragen im Bekanntenkreis. Eine Frau meldete sich auf die Ausschreibung in einem Internet-Forum für Schwangere und junge Mütter.

Name ¹⁸	Herkunft	In der Schweiz seit:	Alter	Beruf	Anzahl Kinder
Irena	Polen	1999	29	Pferdepflegerin; jetzt Hausfrau	1
Renu	Thailand	1991	39	Hausfrau; arbeitet im eigenen Restaurant	1
Ivana	Kroatien	1989	43	Coiffeuse; arbeitet in Plüschweberei	2
Kristina	Kroatien	1980	42	Weberin; arbeitet als Ausnäherin	2
Laura	Chile	2003	29	Architektin; arbeitet als Planerin	1
Elene	Georgien	1992	37	Erwachsenenbildnerin; momentan Hausfrau	1

Abb. 4: Informantinnen der ersten Gruppe

¹⁸ Die Namen wurden aus Datenschutzgründen geändert. Die richtigen Namen sind der Autorin bekannt.

5.3.1.2 Zweite Gruppe

Da sich in der ersten Gruppe die Prämissen nur teilweise widerspiegelten, wurde eine zweite Gruppe von Informantinnen zugezogen. Die Auswahlkriterien blieben sich gleich, jedoch erfolgte der Zugang über die Sozialen Dienste in Aarburg. Diese schrieben mit einem Empfehlungsschreiben gezielt Frauen an, die die Auswahlkriterien erfüllten. Dem Schreiben wurde ein Antworttalon und ein adressiertes und frankiertes Rückantwortkuvert beigelegt. Die Sozialen Dienste kontrollierten den Rücklauf. Die Daten der Frauen, die sich für ein Gespräch zur Verfügung stellten, wurden mir vermittelt.

Die Frauen dieser Gruppe sind weniger in das schweizerische System integriert und sprechen oftmals schlechter deutsch. Ihre momentanen Lebensumstände sind geprägt von finanziellen Unsicherheiten.

Name¹⁹	Herkunft	In der Schweiz seit:	Alter	Beruf	Anzahl Kinder
Amira	Kosovo	1993	37	Hausfrau	5
Dardana	Kosovo	1992	43	IV-Bezügerin; eigentl. Krankenschwester	1
Elira	Kosovo / Kroatien	1997	31	Putzfrau	2
Zafirah	Marokko	1996	35	Hausfrau, arbeitet manchmal als Putzfrau	2

Abb. 5: Migrantinnen der zweiten Gruppe

5.3.1.3 Dritte Gruppe

Zur Ergänzung der Kenntnisse über das Erleben von Schwangerschaft und Geburt von Migrantinnen, wurde mittels kleinem Fokusgruppengespräch die Meinung von zwei Hebammen eingeholt. Diese wurden über das Regionalspital Zofingen erreicht.

Eine deutsch-albanische Übersetzerin schweizerischer Herkunft, die ich bei einem Interview kennenlernte, erzählte mir von Schwangerschaften und Geburten bei albanischen Frauen, welche sie als fünffache Mutter begleitete. Ich befragte auch sie eingehender über ihre Erfahrungen und Sichtweisen.

¹⁹ Die Namen wurden aus Datenschutzgründen geändert. Die richtigen Namen sind der Autorin bekannt.

5.3.2 Design, Erhebungsmethode und Datenaufbereitung

Alle Frauen (ausser die Hebammen) wurden einzeln mittels eines semistrukturierten Interviewleitfadens befragt. Die Gespräche dauerten ca. 45 bis 60 Minuten und fanden meist – auf Wunsch der Frauen – bei ihnen zuhause statt.

Das Fokusgruppengespräch mit den Hebammen wurde mittels einem Gesprächsleitfaden gelenkt.

Die Gespräche wurden – mit Einverständnis der Informantinnen – mittels elektronischem Diktiergerät aufgezeichnet. Bis auf eine Ausnahme²⁰ stellte die Verwendung eines Diktiergerätes keine Beeinträchtigung der Gespräche dar.

Wichtige Punkte wurden während des Gesprächs zusätzlich handschriftlich notiert.

Anschliessend wurden die Interviews transkribiert und ausgewertet.

Die Gespräche hatten qualitativen Charakter. Das qualitative Erhebungsverfahren betont die Prinzipien der Offenheit, der Flexibilität und der Kommunikation. Die qualitative Forschung legt Gewicht auf die Tiefenstrukturen und die Dynamik des Zusammenwirkens von Kräften im Einzelfall. Die Auswahl der Informantinnen ist daher auch nicht an statistische Repräsentativität gebunden, sondern orientiert sich mehr an typischen oder signifikanten Fällen (Meuser 1994: 613).

5.3.3 Interviewleitfaden

Der semi-strukturierte Interviewleitfaden war offen formuliert²¹. Es wurde versucht, den Informantinnen ein Thema zu geben, über das sie nach ihrem Gutdünken erzählen konnten. Gegebenenfalls wurde nachgehakt. Ebenfalls wurden biographische Eckdaten (u.a. Migrationsgeschichte) erfasst und mit dem Erzählten in Zusammenhang gebracht.

Die Migrantinnen wurden in erster Linie aufgefordert, über das Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu berichten. Weiter sollten die Informantinnen das Verhältnis zu den behandelnden Personen des Gesundheitswesens erläutern.

Bei den Interviews mit den Hebammen, wurde der Fokus vermehrt auf den Geburtsvorgang und das Wochenbett gelegt. Auch hier wurden die Informantinnen gebeten, möglichst frei über ihre Erfahrungen zu berichten. Dabei wurde nach konkreten Beispielen von Missverständnissen und Problemen, aber auch nach ‚kulturellen Lernerfolgen‘ gefragt.

²⁰ Vgl. Kapitel 6.2.3

²¹ Siehe Anhang

Die albanisch-deutsche Übersetzerin wurde aufgefordert, die Begleitung von Schwangerschaft und Geburt bei Albanerinnen aus ihrer Perspektive zu erzählen.

5.3.4 Setting

Da die Interviews mit den Müttern meist bei ihnen zuhause stattfanden, wurde mir ein kleiner Einblick in die sozioökonomischen und kulturellen Verhältnisse geboten. Auch wenn dieser Einblick nur beschränkt war, so diente er dazu, das Gesagte vor diesem Hintergrund zu betrachten und so eine umfassendere Sichtweise zu erhalten.

In den meisten Fällen befand ich mich mit den Informantinnen alleine bzw. in Gegenwart der Übersetzerin. Bei den meisten schliefen die Kinder in meiner Anwesenheit oder sie waren ausser Haus.

Das Gespräch mit den Hebammen fand im Regionalspital Zofingen statt.

6 Fallbeispiele

6.1 Fallbeispiele der ersten Gruppe

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erläutert, setzt sich die erste Gruppe aus Müttern mit Migrationshintergrund zusammen, welche in gesicherten sozioökonomischen Verhältnissen leben, gut integriert sind und über Deutschkenntnisse verfügen. Sie wurden über den Kindergarten Aarburg und über das Schneeballprinzip erreicht.

6.1.1 Fallbeispiel 1: Irena aus Polen

Irenas Adresse wurde mir von der Kindergärtnerin zugestellt. Sie stellte sich bei der ersten Anfrage spontan für ein Interview zur Verfügung.

Irena ist 29 Jahre und lebt seit sechs Jahren in der Schweiz. Sie ist mit einem Schweizer verheiratet, besitzt aber (noch) die Aufenthaltsbewilligung B²². Seit ihre Tochter im Jahre 2000 zur Welt gekommen ist, ist Irena Hausfrau.

Migrationsgeschichte:

Irena wuchs in Polen auf, wo sie nach der obligatorischen Schulzeit das Gymnasium besuchte, dieses jedoch zugunsten einer Ausbildung als Pferdepflegerin aufgab. Als Pferdepflegerin war Irena international tätig. Zuletzt in der Schweiz, wo sie ihren Mann kennen- und lieben lernte. Sie heirateten und Irena liess sich im Jahre 2000 endgültig in der Schweiz nieder.

Setting:

Irena lebt mit ihrem Mann, ihrer Tochter und vielen Haustieren in einer schönen, grossen Wohnung. Irena und ihr Mann besitzen Pferde, welche in einem Nachbarort untergebracht sind. Irenas Mann stammt aus der französischsprachigen Schweiz und arbeitet auf selbständiger Basis zuhause. Während des Interviews hielt er sich in seinem Büro auf. Irenas Tochter weilte derzeit im Kindergarten.

²² Aufenthaltsbewilligung für Angehörige der Mitgliedsstaaten der EG und der EFTA. Aufenthaltler sind Ausländerinnen und Ausländer, die sich für einen bestimmten Zweck längerfristig mit oder ohne Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufhalten.

Die Aufenthaltsbewilligung der Angehörigen von EU-/EFTA-Mitgliedstaaten (Staatsangehörige EU/AFTA) hat eine Gültigkeitsdauer von fünf Jahren; sie wird erteilt, wenn der Arbeitgeber eine Einstellungserklärung oder – sofern das Kontingent nicht erschöpft ist – eine Bescheinigung einer unbefristeten oder mindestens auf zwölf Monate befristeten Anstellung vorlegt. Die Aufenthaltsbewilligung wird ohne weitere Umstände um fünf Jahre verlängert, wenn der Ausländer die Voraussetzungen dafür erfüllt. Bei der ersten Verlängerung kann sie aber auf ein Jahr beschränkt werden, wenn die betreffende Person seit über zwölf aufeinanderfolgenden Monaten unfreiwillig arbeitslos ist (Bundesamt für Migration o.J.).

Irena spricht sehr gut deutsch und englisch. Eine Übersetzung erübrigte sich.

Schwangerschaft:

Irena erlebte ihre Schwangerschaft sehr positiv. Sie hatte nach eigener Aussage keine Probleme und war immer „fit“. Als sie von ihrer Schwangerschaft erfuhr, fuhr sie sogleich nach Polen um ihrer Familie von diesem Ereignis zu berichten. Bei diesem Anlass liess sie die erste Untersuchung von einem Arzt in Polen vornehmen. Jedoch ergaben sich durch diese erste Untersuchung in Polen Probleme mit der Krankenversicherung in der Schweiz. Alle folgenden Vorsorgeuntersuchungen durften nur noch vom Belegarzt des Regionalspitals ihrer Gemeinde vorgenommen werden. Auch Irenas Niederkunft konnte nur in diesem Spital stattfinden²³.

Irena bekundete keine Probleme mit dem Arzt während ihrer Schwangerschaft. Obwohl ihre Deutschkenntnisse zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausgereift waren, fühlte sie sich vom Arzt verstanden. Sie konnte sich auch gut in englisch mit ihm verständigen.

Einen Geburtsvorbereitungskurs besuchte Irena nicht. Sie wurde nicht über die Möglichkeit eines solchen unterrichtet.

Irena machte sich keine grösseren Sorgen über die Geburt. „Millionen von Frauen vor mir haben das auch schon geschafft“, pflegte sie sich zu sagen. Auch erachtete sie sich selber als robuste Frau, die fähig wäre, die Strapazen einer Geburt auf sich zu nehmen.

Geburt:

„Die Geburt war für mich eine negative Erfahrung. Die Geburt war wirklich Scheisse“. Mit dieser Einleitung kommt Irena der Aufforderung nach, mir über die Geburt zu berichten.

Als sie sich für die Geburt ins Spital begab, wurde sie von einer Praktikantin in Empfang genommen und zur „Chef-Hebamme“ geführt. Diese erklärte Irena, dass die Praktikantin die Geburt mit ihr machen würde. „Die Hebamme war sehr bestimmt“, bemerkt Irena.

Die Geburt zog sich über drei Tage hinweg und dabei wurde Irena nach eigenen Angaben „mit Medikamenten und Spritzen vollgepumpt“. Als sich Irena ins Spital begab, hatte sie bereits grosse Schmerzen. Ihr wurde ein Medikament verabreicht, um schlafen zu können. Doch die Medikamente zeigten keine Wirkung und Irena lag die ganze Nacht wach. Am nächsten Tag erhielt sie wieder Medikamente, die nichts nützten. Auch Mittel, die die Wehen verstärken sollten, blieben ohne Wirkung. Für die zweite Nacht wurde Irena ebenfalls ein

²³ Trotz unternommener Versuche konnte ich nicht ausfindig machen, was es mit dieser Versicherungsform auf sich hat. Da Irena nicht HMO-versichert war, sondern ‚normal‘ allgemein versichert, hätten ihr zumindest andere auf der kantonalen Vertragsliste fungierende Spitäler und Gynäkologen zur Verfügung stehen müssen.

Schlafmittel verabreicht, doch wieder blieb es ohne Nutzen und Irena konnte nicht schlafen. In der Folge erhielt sie wieder Wehenmittel. Jetzt entwickelte sie auch heftige Wehen, trotzdem „wollte das Kind noch nicht kommen“. Danach verebbten Irenas Wehen wieder.

Schlussendlich griff eine ältere Hebamme in das Geschehen ein. „Sie war schon Grossmutter und sagte, sie könne das nicht mehr mitansehen“. Sie beantragte eine Anästhesie. Doch der Anästhesist kam erst am nächsten Tag um sieben Uhr wieder. Wieder musste Irena eine Nacht ausharren. „Und irgendwann am dritten Tag kam dann das Kind“, erinnert sich Irena.

Irenas Mann war während der ganzen Geburt anwesend und unterstützte sie, soweit er konnte.

Erst im Nachhinein erfuhr Irena, dass sie als allgemein Krankenversicherte während der Geburt nicht von einem Oberarzt, sondern nur von Assistenzärzten und Praktikanten besucht würde. Irena meinte dazu: „Wenn ich das gewusst hätte, hätte ich mich halb-privat oder zusätzlich versichert. Auch hat mir niemand gesagt, dass es die Möglichkeit eines Kaiserschnitts oder einer Anästhesie gäbe. Sonst hätte ich eine Anästhesie verlangt. Aber dieser Wunsch muss von der Gebärenden kommen. Aber ich wusste das ja nicht. Das wurde mir auch nie gesagt. Aber ich hätte das wissen müssen“.

Nach der Geburt:

Irena plante, die ersten zwei Tage des Wochenbettes im Spital zu verbringen. Aber die Behandlung war so schlecht, dass sie das Spital bereits nach einem Tag verliess. Sie erzählte, dass man ihr einmal das Kind zum Stillen brachte, jedoch hatte sie Schwierigkeiten dabei. Sie läutete etwa zwanzigmal beim Krankenhauspersonal, jedoch vergebens.

Als Irena das Spital verlassen wollte, wurde sie ins Sekretariat gebeten, wo sie unterschreiben musste, dass sie keine Anzeige erstatten würde. In ihrem angeschlagenen psychischen und physischen Zustand wollte Irena nur schnellstmöglich nach Hause und leistete keinen Widerstand. „Ich komme mir sehr ausgenutzt vor. Auch sagte die Praktikantin zu mir, dass sie an mir sehr, sehr viel gelernt hätte“, meinte Irena abschliessend zu ihrer Zeit im Spital.

Als Irena zuhause war, erholte sie sich schnell. Sie ist stolz auf sich, dass sie nach diesen Strapazen das Kind so schnell akzeptieren konnte. Trotzdem wünscht sie sich keine weiteren Kinder mehr.

Nachdem Irena von der Stillberatung einen Brief erhalten hatte, besuchte sie diese auch und empfand sie als wertvoll.

Da Irenas Ehemann als Selbständigerwerbender zuhause arbeitet, ergaben sich selten Engpässe in der Kinderbetreuung. Trotzdem kam nach der Geburt die Schwiegermutter vorbei

um zu helfen. Einmal im Jahr kommt auch Irenas Mutter aus Polen für einige Wochen in die Schweiz, um sie zu unterstützen.

Trotzdem bedauert Irena, dass es in der Schweiz so wenige Einrichtungen für die Kinderbetreuung gäbe. Sie erzählt, wie in Polen alle Frauen arbeiteten und wie schon Babies in speziellen Institutionen betreut würden. Dies vermisse sie in der Schweiz.

Als Irenas Tochter in den Kindergarten kam, redete sie drei Monate lang kein Wort. Der Verdacht auf Mutismus keimte auf und zahlreiche medizinische und para-medizinische Abklärungen folgten. Doch es konnte nichts Aussergewöhnliches festgestellt werden. Nach drei Monaten sprach das Mädchen plötzlich wieder. Irena meint dazu: „Ich könnte mir vorstellen, dass dies eine Folge der schweren Geburt war, dass meine Tochter dabei ein Trauma erlitt“.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	nein
Stillberatung in Anspruch genommen:	ja
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	nein
Kinderbetreuung:	Irena. Ist Hausfrau

In diesem Fallbeispiel wird offensichtlich, dass bei Irena ein Informationsdefizit bezüglich den institutionellen Rahmenbedingungen der Geburt herrschte. Sie war nicht informiert über die Auswirkungen des Versichertenstatus, wusste nicht Bescheid über die medizinischen Möglichkeiten bei sich schwierig gestaltenden Geburten und, dass Wünsche für Eingriffe von der Gebärenden selbst formuliert werden müssten.

Bei ihrem Eintritt ins Spital hätte Irena um ihr Einverständnis für die Anwesenheit einer Praktikantin bei der Geburt gebeten werden müssen. Dies wurde unterlassen.

In diesem Fallbeispiel sind meines Erachtens verschiedene, zum Teil gegenläufige Tendenzen des Geburtssystems erkennbar. Einerseits erhält man den Eindruck, dass Irena als Versuchsobjekt für Praktikantinnen und Assistenzärzte dient. Zu diesem Eindruck trägt auch die Verpflichtung, keine Anzeige gegen das Spital zu erheben, bei. Andererseits scheint das Spital darum bemüht zu sein, eine Geburt nicht unnötig zu pathologisieren, indem Massnahmen nur auf ausdrücklichen Wunsch der Gebärenden ergriffen werden. Dies benötigt aber der vorgängigen Information, die in diesem Fall nicht erfolgte.

Das Informationsdefizit trug massgeblich zum (unschönen) Verlauf der Geburt bei. Mit einem breiteren Wissen über das Geburtssystem wäre Irenas Geburt mit grösster Wahrscheinlichkeit zu einem schöneren Erlebnis geworden. Noch heute denkt Irena ungern an die bereits fünf Jahre zurückliegende Geburt zurück und möchte die Strapazen einer Geburt nie mehr erleben müssen.

Denkanstoss:

- *Geburtskliniken versuchen der Pathologisierung entgegen zu wirken indem keine nicht wirklich notwendigen Massnahmen ergriffen werden, wenn die Gebärende nicht diesen Wunsch äussert.*

6.1.2 Fallbeispiel 2: Renu aus Thailand

Renu ist 39 Jahre alt und stammt aus Thailand. Sie lebt seit vierzehn Jahren in der Schweiz und ist unterdessen Schweizer Bürgerin. Auch sie ist mit einem Schweizer verheiratet. Renu und ihr Ehemann haben einen fünfjährigen Sohn. Renu ist Hausfrau, arbeitet aber viel im Restaurant, das sie zusammen mit ihrem Mann führt. Die Wohnung und das Restaurant befinden sich im gleichen Gebäude.

Renu antwortete ebenfalls auf den durch den Kindergarten versandten Brief.

Migrationsgeschichte:

Renu kam 1991 in die Schweiz und lernte hier ihren zukünftigen Ehemann kennen. Nach einem kurzfristigen Aufenthalt in Thailand, kehrte sie endgültig in die Schweiz zurück, wo sie ihren Mann heiratete und blieb.

Setting:

Das Interview findet im Restaurant von Renu und ihrem Mann statt. Am Nachmittag sind dort nur wenige Gäste und wir können uns ungestört unterhalten. Renu versteht ziemlich gut deutsch, hat jedoch Schwierigkeiten, sich in Deutsch auszudrücken. Sie bat deshalb um eine Übersetzerin. Die Übersetzerin ist eine Bekannte meinerseits, die sich für die Vermittlung zur Verfügung gestellt hatte. Da Renu zwar viel deutsch versteht, aber hauptsächlich in Thai antwortet, hat die ungeübte Übersetzerin zu Beginn etwas Mühe. Dafür kann mir die Übersetzerin nach dem Interview weitere wertvolle Informationen über die Geburt in Thailand vermitteln.

Schwangerschaft:

Renu berichtet, dass sie eine sehr gute Schwangerschaft hatte und ihr auch nie übel war. Ihr einziges Problem bestand darin, dass sie, laut Arzt, zuwenig Gewicht zulegte: „Ich war zu leicht“. Dies bereitete dem Arzt umso mehr Sorgen, da sie als Asiatin sowieso von eher kleiner Statur war.

Renus behandelnder Arzt war ein Mann, was sie aber nicht weiter störte. Meist war auch ihr Mann bei den Konsultationen anwesend. Renu weiss nicht mehr, wie oft sie Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahm. Sie meint dazu: „Ich war einfach so oft dort, wie der Arzt gesagt hat“.

Als ich sie frage, ob sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht habe, versteht sie mich nicht. Auch als ihr die Übersetzerin erklärt, was ein Geburtsvorbereitungskurs ist, kann sie sich nichts darunter vorstellen. Ich folgere daraus, dass sie keinen besucht hat und auch nicht darüber informiert wurde.

Renu war nicht bekannt, dass es neben der Spitalgeburt noch andere Formen der Geburt gäbe. Für sie war es „normal“, das Kind im Spital zur Welt zu bringen.

Geburt:

Als Renu spürte, dass sie ihr Kind bald gebären würde, fuhr ihr Mann sie ins Spital. An den Dienstleistungen des Spitals hatte Renu nichts auszusetzen. „Es war alles gut“.

Die einzige Schwierigkeit, die sich ergab, war, dass Renus Sohn für ihre zierliche Figur zu gross war, besonders der Kopf. Nach einigen Stunden Gebärrarbeit war Renu so erschöpft, dass sie einen Kaiserschnitt verlangte. Aber die Hebamme erklärte ihr, dass sich der Kopf des Babys zu diesem Zeitpunkt bereits zu weit vorne befand um noch einen Kaiserschnitt vornehmen zu können. „Also konnte ich nichts anderes machen als weiter zu pressen“. Nach einigen weiteren Stunden gebar Renu ihren Sohn.

Nach der Geburt:

Nach der Geburt blieb Renu noch einige Tage im Spital. Auch die ersten Tage zuhause schonte sie sich und genoss die Zeit mit dem Kind. Aber danach musste sie bereits wieder im Restaurant mitarbeiten. Es sei schon sehr streng mit dem Restaurant und dem Kind nebenbei. Dafür muss man das Kind nicht weggeben, wenn man zuhause arbeitet, antwortet Renu auf die Frage, wie sie Arbeit und Kind unter einen Hut bringe.

Nach der Geburt war Renu zur Nachuntersuchung beim Arzt. Auch nahm sie eine Stillberatung in Anspruch.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	nein
Stillberatung in Anspruch genommen:	ja
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	ja
Kinderbetreuung:	Renu. Arbeitet zuhause

Das Gespräch mit Renu gestaltete sich als reines Frage-Antwort-Spiel. Trotz der Aufforderung frei von ihren Erlebnissen zu erzählen, konnte Renu nur auf konkrete Fragen antworten. Die Übersetzerin erklärte mir dazu im Nachhinein, dass bis vor wenigen Jahren in Thailand noch ein sehr dominanter Erziehungsstil üblich war. Kinder und Frauen sprachen nur, wenn sie dazu aufgefordert wurden. Auch wurde sich nicht beklagt. Die Übersetzerin vermutete, dass Renu von diesem Erziehungsstil geprägt wurde.

Es ist aus diesem Grund schwierig, Renus Geburtserfahrung einzuordnen. Obwohl sie diejenige Person aus dem Sample der Gruppe 1 ist, die über die geringsten Deutschkenntnisse verfügte, war sie diejenige, die nicht über Informationsdefizite klagte.

Renu verfügt wahrscheinlich nach vierzehn Jahren in der Schweiz doch über viel bessere Sprach-, Kultur- und Systemkenntnisse, als sie mir gegenüber zugeben mochte. Oder ihr Schweizer Mann hat sie unterstützend durch das ganze Geburtssystem geleitet.

Denkanstoss:

- *Ärzte sind die einzige Berufsgruppe, die die Nachfrage nach ihrem Angebot selbst bestimmen können. Es muss darauf geachtet werden, dass obrigkeitstgläubige Menschen in ihren Entscheidungen nicht übergangen werden.*

6.1.3 Fallbeispiel 3: Ivana aus Kroatien

Ivana ist 43 Jahre alt und Mutter von zwei Kindern. Das ältere der beiden Kinder, ein Mädchen, leidet an Trisomie 21²⁴ und wohnt unterdessen in einem Heim. Die Wochenenden

²⁴ Trisomie 21 = Down-Syndrom: „Menschen mit dem typischen Down-Syndrom tragen in allen Körperzellen ein Chromosom mehr als andere Menschen. Sie haben das Chromosom 21 (oder seltener Teile davon) dreimal (Trisomie 21) statt zweimal und haben somit insgesamt 47 statt 46 Chromosomen. Der früher häufig gebrauchte Begriff „Mongolismus“ ist nicht korrekt und ausserdem diskriminierend und sollte daher nicht mehr benutzt werden. Es besteht keine grosse Ähnlichkeit zwischen Einwohnern der Mongolei und Personen mit Trisomie 21“ (Holzgreve 2003c).

verbringt es jedoch zuhause. Der jüngere Sohn ist gesund. Vor der Geburt dieser zwei Kinder erlebte Ivana eine Totgeburt.

Ivana ist 1989 aus Kroatien in die Schweiz gekommen. In Kroatien arbeitete sie als Coiffeuse, hier in der Schweiz arbeitet sie als Plüschweberin.

Migrationsgeschichte:

Ivana lernte ihren Mann noch in Kroatien kennen. Als dieser in die Schweiz auswanderte, folgte sie ihm nach einigen Jahren. Sie heirateten. Nun lebt Ivana seit 1989 in der Schweiz. Ivana und ihr Mann, ebenfalls Kroate, haben beide die Aufenthaltsbewilligung C. Für ihre Tochter haben sie die Einbürgerung beantragt.

Setting:

Das Interview fand bei Ivana zuhause, in einer kleinen, aber gepflegten Wohnung statt. Zu Beginn des Interviews war Ivanas sechsjähriger Sohn kurz anwesend. Das Interview wurde in deutsch geführt. Und obwohl Ivana ziemlich gut deutsch versteht und auch spricht, war der erste Teil des Interviews durch ein Missverständnis geprägt: Kurz vor der telefonischen Vereinbarung des Interviewtermins hatte Ivana für ihre zehnjährige Tochter die Einbürgerung beantragt. Ivana war zu Beginn des Gespräches der Überzeugung, dass ich eine Mitarbeiterin der Einwohnerkontrolle war.

Schwangerschaft:

Ivanas jüngerer Sohn verursachte ihr weder während der Schwangerschaft noch während der Geburt Schwierigkeiten. Die Fragen und das Gespräch fokussierten daher auf die Erlebnisse mit Ivanas behinderter Tochter.

Ivana erlebte jene Schwangerschaft als sehr anstrengend und „nicht so gut“. Sie hatte Schmerzen und fühlte sich unwohl. Auch ihr behandelnder Arzt spürte, dass etwas nicht stimmte und liess ihr Fruchtwasser untersuchen. Doch die Untersuchung liess nichts Ungewöhnliches erkennen.

Ivana war froh, von einem männlichen Arzt behandelt zu werden. Sie gehe lieber zu einem Mann, das sei ihr angenehmer. Den Arzt fand sie sehr nett und sie hatte nie das Gefühl, Verständigungsprobleme zu haben, obwohl sie zu jenem Zeitpunkt noch wenig deutsch sprach.

Auf die Frage, ob Ivana während der Schwangerschaft über alternative Geburtsformen (im Geburtshaus, Hausgeburt) informiert worden war, antwortete sie mit nein, sie habe das nicht gewusst. Jedoch hätte sie sich ohnehin für eine Geburt im Spital entschieden.

Als Ivana im siebten Monat schwanger war und sich noch einmal von ihrem Hausarzt untersuchen liess, schickte er sie unverzüglich per Ambulanz ins Universitätsspital Insel in Bern.

Geburt:

Im Spital angekommen, brachte Ivana nach nur 32 Wochen Schwangerschaft ihre Tochter zur Welt. Sie erinnerte sich, wie sie mitten in der Nacht, nur im Beisein einer Hebamme ihr Kind gebar. Die Geburt selbst empfand sie als „relativ normal“, sie erhielt keine Anästhesie, auch andere Hilfsmittel mussten nicht eingesetzt werden. Nach der Geburt wurde Ivana das Kind weggenommen und sie wurde aufgefordert zu schlafen.

„Am nächsten morgen kam dann eine Horde Ärzte in Begleitung einer kroatischen Krankenschwester“, erinnert sich Ivana. Die Krankenschwester übersetzte, was die Ärzte sagten. Über die Krankenschwester erfuhr sie sodann, dass ihre Tochter an Trisomie 21 erkrankt sei. „Das war ein Riesen Schock“, kommentiert Ivana jenen Augenblick, den sie aber nicht weiter ausführen möchte.

Ivana betont, dass sie auch im Spital keine Probleme mit den Ärzten und der Hebamme gehabt hatte und sie alle sehr nett waren. Trotzdem sei zum Zeitpunkt, als sie (alleine) die schlimme Nachricht erfuhr, sehr froh um die übersetzende Krankenschwester gewesen.

Auf die Frage zur Anwesenheit ihres Mannes während der Geburt, antwortete Ivana, dass er arbeiten musste. Bei der Geburt ihres Sohnes war er anwesend.

Nach der Geburt:

Nach der Geburt blieb Ivana noch während einer Woche im Spital und kehrte dann ohne ihre Tochter nach Hause zurück. Da die Tochter eine Frühgeburt war, musste sie noch länger im Spital bleiben.

Bereits zwölf Wochen nach der Geburt arbeitete Ivana bereits wieder zu 100% in der Plüschweberei. Dies war möglich, weil Ivanas Mutter zu dieser Zeit als Kriegsflüchtling in die Schweiz kam. Sie lebte in Ivanas Haushalt und kümmerte sich in dieser Zeit um die Tochter und später auch um den Sohn. Ivanas Mutter blieb bis zu ihrem Tod fünf Jahre später in der Schweiz.

Nach dem Tod der Mutter teilten sich Ivana und ihr Ehemann die Arbeit so ein, dass beide immer zu unterschiedlichen Schichten arbeiteten, sodass immer jemand für die Kinderbetreuung zuhause war. Dies handhaben sie noch heute – fünf Jahre später – so.

Seit drei Jahren lebt Ivanas Tochter während der Woche in einem Heim. Auf die Frage, wie sie von diesem Heim erfahren hatte, entgegnete Ivana, dass sie einen Brief von der Gemeinde erhielt, der die Adresse dieses Heimes beinhaltete. Nach einem persönlichen Gespräch mit einer Mitarbeiterin des Heimes, entschieden sich Ivana und ihr Mann, ihre Tochter in dessen Obhut zu geben.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	nein
Stillberatung in Anspruch genommen:	nein
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	ja
Kinderbetreuung:	Ivanas Mutter. Jetzt Schichtarbeit, damit ein Elternteil immer zuhause ist.

Ivana spricht sehr liebevoll über ihre behinderte Tochter und zeigt stolz Fotos von ihr. Trotzdem fand ich keinen richtigen Zugang zu ihren Empfindungen während der Schwangerschaft und der Geburt. Relativ statisch berichtet sie von den Ereignissen. Am schweizerischen Geburtswesen übt sie keine Kritik aus.

Soweit aus den knappen Ausführungen ersichtlich, handelte die Universitätsklinik Bern beispielhaft. Zur Übermittlung der schwierigen Nachricht über die Krankheit von Ivanas Tochter, wurde eine kroatische Krankenschwester als Übersetzerin beigezogen. Aus Ivanas Ausführungen ist nicht ersichtlich, ob der behandelnde Hausarzt sie im Zusammenhang mit der Fruchtwasserentnahme über ein mögliches Down-Syndrom aufklärte.

Denkanstoss:

- *In schwierigen Situationen scheint sich das Spitalpersonal vermehrt seines Ethos zu entsinnen und damit zu einem tragfähigeren Geburtssystem beizutragen.*

6.1.4 Fallbeispiel 4: Kristina aus Kroatien

Kristina ist 42 Jahre alt und ist bereits im Jahre 1980 aus Kroatien in die Schweiz gekommen. Sie erlernte den Beruf der Weberin, arbeitet jedoch seit einigen Jahren als Ausnäherin in einem Textilunternehmen. Ihr Ehemann stammt ebenfalls aus Kroatien und arbeitet in der gleichen Firma wie Kristina. Kristina hat zwei Knaben im Alter von sechs und fünf Jahren.

Migrationsgeschichte:

Kristina kam mit 17 Jahren in die Schweiz auf der Suche nach Arbeit. Verwandte von ihr wohnten damals bereits in der Schweiz. Sie machte eine Ausbildung zur Weberin, arbeitete danach aber als Pflegerin in einem Sanatorium im Berner Oberland. Hier lernte sie auch ihren Mann, ebenfalls ursprünglicher Kroat, kennen und heiratete ihn. Beide, wie auch ihre Kinder, sind unterdessen in der Schweiz eingebürgert.

Setting:

Das Interview fand bei Kristina zuhause statt. Auch ihr Mann war während des Interviews anwesend. Hin und wieder fügte auch er ein paar Bemerkungen hinzu. Einer der Söhne befand sich zum Zeitpunkt des Gespräches in der Wohnung, zeigte sich jedoch nur zur Begrüssung und Verabschiedung.

Kristina und ihr Mann sprechen sehr gut deutsch und haben keine Probleme meine Fragen zu verstehen und zu beantworten.

Kristinas 4-Zimmerwohnung befindet sich in einem Wohnblock in einem Quartier, das vorwiegend von Personen aus dem Balkan bewohnt wird.

Schwangerschaft:

Als Kristina bemerkte, dass sie schwanger war, ging sie zu ihrem Hausarzt. In der Zeit bis zur Geburt der Kinder ging sie „hin und wieder“ zu Untersuchungen zu ihm. Laut Aussage von Kristina war er ein Hausarzt „der alten Schule“, was sie sehr schätzte. Aus diesem Grunde erhielt sie auch nie den Eindruck, dass ihre Schwangerschaft pathologisiert würde. Sie fühlte sich bei ihrem Hausarzt sehr wohl und gut verstanden. Kristina bevorzugt allgemein männliche Ärzte. Bei einer Frau hätte sie ein komisches Gefühl gehabt, meinte sie. Da Kristina zum Zeitpunkt der Schwangerschaft schon seit einigen Jahren in der Schweiz lebte, sprach und verstand sie sehr gut deutsch. An sprachliche Verständigungsschwierigkeiten mit dem Hausarzt kann sie sich nicht erinnern.

Kristina besuchte keinen Geburtsvorbereitungskurs, hatte aber zuvor schon davon gehört. Als Begründung für das Auslassen des Besuches eines solchen Kurses führte Kristina die knappen zeitlichen Ressourcen an. Sowohl ihr Mann wie auch sie arbeiteten bis zur Geburt des Kindes Vollzeit.

Während der Schwangerschaft hatte Kristina kaum Beschwerden.

Geburt:

Kurz vor der Geburt ihres ersten Kindes suchte Kristina ihren Hausarzt auf. Dieser teilte ihr jedoch mit, dass die Geburt erst in zwei Wochen anstehen würde. Somit ging Kristina weiter ihrer Arbeit im Sanatorium nach.

Kristina erinnert sich gut, wie sie während der Arbeit plötzlich spürte, wie ihre Hose nass wurde. „Aber ich wusste nicht was das war, es ging mir sonst noch immer gut“, erinnert sie sich an den Augenblick zurück. Eine Arbeitskollegin wies Kristina an, sich sofort hinzulegen und holte den Arzt des Sanatoriums. Dieser erkannte, dass die Fruchtblase geplatzt war und der Bauch sich bereits abgesenkt hatte. Er schickte Kristina unverzüglich ins Spital.

Kristina rief ihren Mann an und packte noch einige Sachen. Gemeinsam fuhren sie ins Spital. Dort ging die Geburt ziemlich schnell und problemlos vonstatten.

Auch bei der Geburt des zweiten Kindes entsinnt sich Kristina keiner grösseren Schwierigkeiten.

Kristina war nicht bekannt, dass Alternativen zur Geburt im Spital bestünden. Auch in Kroatien hätte sie ihre Kinder im Spital zur Welt gebracht. Die Einrichtungen in der Schweiz beurteilt Kristina besser als die kroatischen, deshalb sei sie froh, ihre Kinder in der Schweiz geboren zu haben. Allerdings vermisse sie während der Schwangerschaft Frauen aus der Umgebung, die ihr beigestanden hätten. In Kroatien spielten diese eine wichtigere Rolle. „Man hätte sich gemeinsam auf die Geburt vorbereitet“ schliesst Kristina ab.

Nach der Geburt:

Da Kristinas Geburten beide ohne Komplikationen verliefen, blieb sie jeweils nur zwei weitere Tage im Spital. Nach den Geburten suchte sie ihren Arzt jeweils mehrere Male zu Nachkontrollen auf.

Bereits einige Wochen nach der Geburt des ersten Kindes, begann Kristina wieder zu arbeiten. Da sowohl ihr Mann als auch sie den ganzen Tag arbeiteten, suchten sie für ihre Kinder eine Tagesmutter.

Nach einiger Zeit empfanden Kristina und ihr Mann diese Situation als unbefriedigend und suchten nach einer neuen Lösung. Sie wollten vermehrt für ihre Kinder da sein. Eine Lösung fanden sie in der Schichtarbeit, für die sie gar umzogen. Nun arbeiten Mutter und Vater zu jeweils unterschiedlichen Schichten, sodass immer ein Elternteil zur Kinderbetreuung zuhause ist.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	Ja, gelegentlich
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	nein
Stillberatung in Anspruch genommen:	nein
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	ja
Kinderbetreuung:	zuerst Tagesmutter; jetzt Schichtarbeit, damit ein Elternteil immer zuhause ist.

Kristina schien kaum Kenntnisse über das Schweizer Geburtssystem zu haben. Während der Schwangerschaft suchte sie hin und wieder ihren Hausarzt auf, von dem sie sich bestätigen liess, dass alles soweit in Ordnung war. Er unterrichtete sie weder über verschiedene Formen der Geburt, noch über Geburtsvorbereitungskurse, noch über die körperlichen Vorgänge während Schwangerschaft und Geburt. Dies zeigt sich darin, dass Kristina das Fruchtwasser, das ihre Hose nässte, nicht als Zeichen der unmittelbar bevorstehenden Geburt zu deuten wusste. Möglicherweise lagen diese Unkenntnisse auch an der Zugehörigkeit zur „alten Schule“ ihres Hausarztes. Es ist vorstellbar, dass dieser die Geburt als natürliches Ereignis betrachtete, das eine Frau durchleben musste.

Möglicherweise rechnete der Arzt auch damit, dass sich Kristina die notwendigen Informationen im populären Sektor des Gesundheitswesens holen würde. Dies ist bei einem kleinen sozialen Netzwerk jedoch zunehmend schwierig.

Beide Geburten im Spital verliefen komplikationslos. Wenn Kristina erzählt, richtet sich ihr Fokus auf die Zeit nach den Geburten. Diese schien für sie die grössere Herausforderung zu sein als Schwangerschaft und Geburt selbst. Das Umorganisieren ihres Lebens und die Schichtarbeit rangen ihr einiges an Energie ab. Obwohl Kristina beteuert, gerne zu arbeiten, zeigen sich erste Abnutzungserscheinungen von der einseitigen Arbeit in der Ausnäherei²⁵.

²⁵ Kleinste Fehler in maschinengewobenen Teppichen müssen von Hand ausgenäht werden. Die Arbeit ist belastend für Augen und Hände.

Eine Hand musste sie sich wegen Schmerzen operieren lassen. Nun sollte auch noch die andere Hand operiert werden.

In diesem Zusammenhang kritisiert sie das heutige Gesundheitssystem hinsichtlich des Spardruckes. Als sie in die Schweiz einwanderte, erachtete sie das Gesundheitswesen in der Schweiz als sehr gut. Bezüglich der technischen Errungenschaften findet sie es auch heute noch als gut. Doch mit den jungen Ärzten bekundet Kristina Mühe. Sie meint dazu: „Die Ärzte meinen, man sei zu faul um zu arbeiten, man wolle einfach nur ein Arbeitszeugnis.“ Diese Anschuldigungen schmerzen Kristina.

Denkanstösse:

- *Auch bei einer problemlosen Schwangerschaft müssen Ärzte die Frauen über das Geburtssystem und auch die körperlichen Vorgänge während Schwangerschaft und Geburt informieren. Fehlreaktionen und Komplikationen können damit vermindert werden.*
- *Selbst bei Ärzten bestehen offensichtlich Vorurteile gegenüber Migranten und deren Arbeitsmoral. Wie kann diesem entgegengewirkt werden?.*

6.1.5 Fallbeispiel 5: Laura aus Chile

Laura ist 29 Jahre alt und kam im Jahre 2003 aus Chile in die Schweiz. Hier arbeitet die ausgebildete Architektin als Planerin in einem Architekturbüro. Vor vier Monaten hat sie ihr erstes Kind zur Welt gebracht. Sie ist ledig, möchte aber des Kindes wegen ihren Partner und Vater des Kindes heiraten.

Migrationsgeschichte:

Lauras Grossmutter war eine Schweizerin, die nach Chile ausgewandert war. Wegen ihrer Herkunft ist Laura schweizerische und chilenische Doppelbürgerin. Nach dem Studium wollte Laura die Welt sehen und arbeitete zuerst eine Zeit in Belgien und anschliessend in der Schweiz. Hier lernte sie auch den chilenischen Vater ihres Kindes kennen.

Setting:

Laura, ihr Freund und das Baby wohnen in einem neuen Einfamilienhaus. Seit der Geburt des Kindes leben die Eltern von Lauras Freund bis auf unbestimmte Zeit ebenfalls im Haushalt.

Während des Interviews sind der kleine Sohn und die „Schwiegereltern“ im Haus. Das Kind schläft, die Schwiegereltern ziehen sich in ein anderes Zimmer zurück.

Laura spricht und versteht gut deutsch.

Schwangerschaft:

Als Lauras Partner und sie zur Überzeugung gelangten, ein Kind zu bekommen, begab sich Laura zur Frauenärztin in einer Klinik, um alles abklären zu lassen. Laura erwähnt, dass sie es sehr gut findet, dass in der Schweiz bei werdenden Müttern ein Aids-Test gemacht wird.

Laura war gesund und setzte die Antibaby-Pille ab.

Als Laura kurz nach dem Absetzen der Pille zum ersten Mal unter Übelkeit litt, dachte sie bereits an eine mögliche Schwangerschaft. Doch auch ihr Partner litt zu diesem Zeitpunkt an Übelkeit und beide waren der Ansicht, dass es sich wohl doch nur um eine Magendarmgrippe handeln würde. Vorsichtshalber suchte Laura trotzdem ihre Ärztin auf. Der vorgenommene Schwangerschaftstest erwies sich als negativ. Die ausgebliebene Monatsblutung führte Laura folglich auf das Absetzen der Pille zurück. Doch sie hatte auch in den folgenden Wochen keine Periode, ausserdem litt sie noch immer an Übelkeit. Nun machte sie selbst einen Schwangerschaftstest. Auch dessen Resultat war negativ. Erst beim fünften ergab sich ein eindeutig positives Ergebnis. Als Laura die Gewissheit einer Schwangerschaft hatte, befand sie sich bereits im vierten Schwangerschaftsmonat.

Die Schwangerschaft selbst bereitete Laura kaum Probleme. „Wenn du schwanger bist, siehst du richtig gut aus“, erklärte sie mir. Einzig an Rückenschmerzen litt sie manchmal.

Laura hat alle von den Krankenkassen empfohlenen Schwangerschaftsuntersuchungen in Anspruch genommen. Ihr Partner war bei jeder Ultraschalluntersuchung anwesend. Für Laura war es enorm wichtig, alles für die Gesundheit des Kindes zu unternehmen.

Während der ganzen Schwangerschaft unterliess sie das Rauchen. Hin und wieder gönnte sie sich ein Glas Wein. „Ich habe einfach wirklich alles getan, damit das Kind gesund ist“.

Laura hatte gehört, dass es möglich sei zuhause oder im Geburtshaus zu gebären. Doch sie wusste nicht, ob und in welchem Ausmasse diese Form der Geburt von den Krankenkassen übernommen würde. Da für Laura jedoch schon im Vornherein klar war, dass sie der Sicherheit wegen im Spital gebären würde, erkundigte sie sich nicht weiter über alternative Formen der Geburt.

Da sich Laura unsicher über die Finanzierung des Geburtsvorbereitungskurses war, besuchte sie diesen nicht.

Geburt:

Laura arbeitete bis zwei Wochen vor der Geburt. Als der Geburtstermin näher rückte und das Baby sich noch immer nicht ankündigte, rief Laura im Spital an. Dieses riet ihr, vorbeizukommen. Laura wurde im Spital behalten, wo bald darauf auch ihre Wehen einsetzten. Doch sie hatte zuwenig Fruchtwasser und ihre Plazenta war verkalkt. Während einigen Stunden versuchte Laura den Geburtsvorgang unter grossen Schmerzen voranzutreiben. „Ich wollte unbedingt eine natürliche Geburt haben“, erinnert sie sich ihrer Verbissenheit. In den ganzen Stunden der Arbeit öffnete sich Lauras Muttermund jedoch nur gerade um 3cm. Dies veranlasste die Ärzte dazu, sie um die Einwilligung zu einem Kaiserschnitt zu bitten. Unter der Zusicherung, dass ein Kaiserschnitt das Beste für das Kind wäre, willigte Laura ein.

Laura erzählt, wie sie darauf in den Operationssaal gebracht wurde und wie das Kind per Kaiserschnitt zur Welt kam. Ihr Partner war während all dieser Stunden anwesend.

Nach der Kaiserschnittoperation wurden Laura und ihr Kind für etwa eine Stunde in ein Einzelzimmer zur Erholung gebracht.

Nach der Geburt:

Da Lauras Mutter schon vor vielen Jahren verstorben war, reiste kurz vor der Geburt eine Tante aus Chile an, die Laura „von Frau zu Frau die wichtigsten Dinge“ erklärte. Sie verbrachte viel Zeit an Lauras Wochenbett.

Da die Narbe des Kaiserschnittes verheilen musste, sich dabei aber immer wieder entzündete, musste Laura zwei Wochen im Spital bleiben. Das empfand sie zwar als sehr langweilig, betont aber, wie nett die Krankenschwestern und Hebammen zu ihr waren. Laura glaubt, dass die Krankenschwestern in ihren neugeborenen Sohn „verliebt“ waren.

Auch nach ihrer Entlassung aus dem Spital musste Laura immer wieder zur Kontrolle, da die entzündete Kaiserschnittnarbe nicht richtig heilte. Die Spitalmitarbeiter zeigten sich auch hier als sehr freundlich und zuvorkommend. Immer wieder wurde Laura nach dem Befinden ihres Sohnes gefragt, was sie sehr schätzte.

Laura konnte noch nicht von der neuen Mutterschaftsversicherung profitieren und hatte daher auf nur zwölf Wochen Mutterschaftsurlaub Anspruch. Diese Zeit erachtet sie als viel zu kurz. Jetzt arbeitet Laura wieder Vollzeit als Planerin. Sie sagt, sie arbeite für ihr Kind, damit sie sich alles Wichtige für das Kind leisten kann. Leute, die sagen, die Mutter müsse zuhause bleiben, versteht Laura nicht: „Ich arbeite dafür, dass es mein Sohn einmal gut haben wird“.

Auf die Frage, was sie denn während ihrer Abwesenheit mit dem Kind mache, erklärt Laura, dass seit Arbeitsbeginn die Schwiegereltern aus Chile bei ihr wohnten und sich um das Kind und um den Haushalt kümmerten. Jedoch weiss sie nicht, wie lange diese noch bleiben können, denn wie sie sagt: „Ohne meine Schwiegereltern würde es nicht funktionieren“. So beklagt sie sich auch über die wenigen und überteuerten Plätze in den Kinderkrippen. 2000 Franken im Monat könne sie sich einfach nicht leisten. In Chile seien Kinderkrippen viel günstiger, oder man könne eine eigene Nanny beschäftigen, die sich um die Kinder und den Haushalt kümmere.

Lobend äussert sich Laura über das schweizerische Gesundheitssystem, welches sie sehr gut findet. Besonders hebt sie die günstige Versicherungsprämie für ihren Sohn hervor.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	ja
Stillberatung in Anspruch genommen:	nein
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	nein
Kinderbetreuung:	Schwiegereltern

Obwohl Laura erst seit zwei Jahren in der Schweiz lebt, scheint sie sich hier gut zurechtzufinden. Obwohl auch sie den für Migrantinnen ‚klassischen‘ Weg „ärztliche Voruntersuchung – Spitalgeburt – Nachuntersuchung“ einschlägt, sind ihr die Alternativen bekannt. Sie wusste von Hausgeburten und Geburtsvorbereitungskursen, jedoch nicht von deren Finanzierung.

Lauras Probleme scheinen sich hauptsächlich auf die Zeit nach der Geburt zu richten. Damit sie ihrer Arbeit nachgehen und einen Teil des Lebensunterhaltes verdienen kann, ist sie auf die Betreuung ihres Kindes durch die chilenischen Schwiegereltern angewiesen. Diese besitzen jedoch keine längerfristige Aufenthaltsbewilligung. Es ist bisher unklar, wer das Kind betreuen wird, wenn die Schwiegereltern abreisen.

Laura wünschte sich hinsichtlich der Kinderbetreuung vermehrt Angebote und Beratungen.

Denkanstoss:

- *Die Kinderbetreuung stellt eine Herausforderung dar, wenn Mutter und Vater berufstätig sind.*

6.1.6 Fallbeispiel 6: Elene aus Georgien

Elene ist 37 Jahre alt und stammt aus Georgien. Seit 1992 lebt sie in der Schweiz. Sie ist mit einem Schweizer verheiratet und besitzt die Schweizer Staatsbürgerschaft. Ihr Sohn ist 1½ Jahre alt und wurde in einer Privatklinik zur Welt gebracht.

Vor der Geburt ihres Kindes arbeitete Elene als Erwachsenenbildnerin für Hauswirtschaft bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) mit Arbeitslosen.

Migrationsgeschichte:

Elene besitzt Verwandte in der Schweiz, da ihre Grossmutter ursprünglich Schweizerin war, jedoch in Georgien aufwuchs. Zum ersten Mal kam Elene mit einem Touristenvisum für drei Monate in die Schweiz und besuchte Verwandte. Als Elene ein zweites Mal in die Schweiz kam, besuchte sie das Lehrerseminar, an welchem sie die Ausbildung zur Erwachsenenbildnerin für Hauswirtschaft aufnahm. Während dieses Besuches lernte sie ihren Mann kennen und heiratete ihn. Neben ihrer Ausbildung zur Erwachsenenbildnerin arbeitete Elene bei der Regionalen Arbeitsvermittlung.

Setting:

Elene lernte ich in einem Internetforum für werdende Eltern kennen, wo ich Gesprächspartner und Informationen suchte. Sie erklärte sich für ein Interview bereit.

Das Gespräch fand bei Elene zuhause statt. Sie lebt mit ihrem Mann und ihrem Kind in einer 3-Zimmerwohnung in einem Wohnblock.

Während des Interviews hält Elenes Sohn Mittagsschlaf. Ihr Mann befindet sich ausser Haus.

Da Elene sehr gut deutsch spricht, wird das Interview ohne Beizug einer Übersetzerin geführt.

Schwangerschaft:

Elene bezeichnet ihre Schwangerschaft als eine der besten Zeiten ihres Lebens. Sie war viel ruhiger und ausgeglichener als sonst und fühlte sich glücklich. In der elften Schwangerschaftswoche suchte Elene ihren Frauenarzt auf. Dieser starb jedoch kurze Zeit darauf und Elene begab sich zu einem anderen Gynäkologen in Behandlung. Beide waren sehr gut. Elene liess alle Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt vornehmen. Es war für sie kein Problem, von einem Mann behandelt zu werden.

Verständigungsprobleme mit ihrem Arzt traten keine auf. Elene bekräftigt, dass er sie immer wieder fragte, ob sie alles verstehe oder ob sie noch Fragen hätte.

Elene besuchte einen Geburtsvorbereitungskurs bei einer Hebamme. Er wurde ihr von ihrem Arzt empfohlen. Den Kurs empfand sie eher als „komisch“. Die Theorie habe ihr zwar sehr gut gefallen, aber bei den praktischen Übungen fragte sie sich, ob man eine Geburt überhaupt üben könne. Ihre Zweifel bestätigten sich, da „sowieso alles anders kam als wie geübt“. Elene würde den Kurs kein zweites Mal mehr besuchen.

Immerhin wurde Elene im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses darauf hingewiesen, dass Hausgeburten und Geburten im Geburtshaus möglich seien und normalerweise von den Krankenkassen übernommen würden. Elene erkundigte sich bei der Hebamme noch näher über die Hausgeburt und las auch in Büchern darüber, entschied sich schlussendlich aber doch für die Geburt in einer Klinik. Ihr Beschluss wurde dadurch bekräftigt, dass ihr behandelnder Frauenarzt Belegarzt in der Privatklinik war, deren Geburtsabteilung ausserdem einen sehr guten Ruf genoss. „Und im Spital da fühlt man sich so krank“, meinte Elene auf die Frage warum sie die Privatklinik dem örtlichen Spital vorzog.

Geburt:

Elenes Sohn kam zwei Tage nachdem Elene ihre Ausbildung zur Erwachsenenbildnerin abgeschlossen hatte zur Welt.

Am Abend vor der Geburt litt Elene plötzlich an akuten Rückenschmerzen. Daraufhin rief sie ihre Hebamme in der Klinik an. Diese riet Elene, sich in die Klinik zu begeben. Nach den Untersuchungen wurde Elene in der Klinik behalten. Elenes Mann ging zwischenzeitlich nach Hause und kam am nächsten Morgen wieder. Zu diesem Zeitpunkt konnte Elene nur noch liegen, denn in jeder anderer Position musste sie sich sofort übergeben. Das ständige Liegen habe sie fertig gemacht. „Es waren nicht in erster Linie die Schmerzen, die mich störten, sondern das Erbrechen und das Liegen“, erinnert sich Elene.

Weil sie nur noch liegen konnte, erhielt Elene ein Wehenmittel, damit es mit der Geburt etwas schneller vorwärts ginge. Die Geburt selber beschreibt Elene folgendermassen: „Und dann ging es sehr rasch. Um 14.30 Uhr habe ich Wasser verloren und um 15.45 Uhr war unser Sohn schon da“. Während der Geburt erhielt Elene Schmerzmittel, sie verlangte auch eine Periduralanästhesie, doch der Arzt erklärte ihr, dass es zu jenem Zeitpunkt bereits zu spät dazu wäre.

Im Nachhinein findet Elene, dass die Geburt „schon okay“ war, dass sie ihr jedoch zu schnell vonstatten gegangen sei. Da das Personal unter Zeitdruck schien, fühlte auch sie sich gestresst und dachte: „Ich will ja nicht zuviel ihrer Zeit beanspruchen und mache daher vorwärts“.

Nach der Geburt:

Nach der Geburt konnte sich Elene zuerst zwei Stunden im Einzelzimmer ausruhen. Danach wurde sie in ein Zimmer mit zwei anderen Frauen verlegt. Elene war eigentlich halb-privat versichert und rechnete mit einem nachgeburtlichen Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer. Sie erfuhr dann jedoch, dass diese Versicherungsform nur für Krankheit, nicht jedoch für Geburt galt.

Die sieben Tage, die Elene im Wochenbett verbrachte, empfand sie als sehr anstrengend, da das Zimmer sehr klein war und die anderen Frauen viel Besuch erhielten: „Manchmal waren 18 Leute im Zimmer und in der Nacht konnten wir nicht schlafen, weil die Babys schrien“. Elene erhielt einzig von den Schwiegereltern und ein paar Freundinnen Besuch. Ihre Eltern konnten nicht aus Georgien anreisen.

Als Elene wieder zuhause war, wurde sie von ihrer Schwiegermutter unterstützt. Diese besuchte sie jeden Tag für drei bis vier Stunden und kochte für sie während Elene ein bisschen schlafen konnte.

Als Elenes Sohn drei Monate alt war, wollte er nicht mehr richtig trinken, was Elene dazu veranlasste, die von der Klinik anbotene Stillberatung anzunehmen. Von der Stillberaterin wiederum erhielt sie die Adresse einer Mütterberatung. Diese sucht Elene nun regelmässig auf, um ihr Kind wiegen zu lassen und sich mit anderen Müttern auszutauschen. Dies wurde für Elene zunehmend wichtiger, als ihr Sohn an Neurodermitis erkrankte und sie mit ihm alle möglichen Therapien ausprobierte. Schlussendlich genas ihr Sohn von alleine.

Elene findet das Schweizer Geburtssystem grundsätzlich gut, besonders im Vergleich mit jenem von Georgien. Trotzdem erachtet sie es als schade, dass der momentane Spar- und Zeitdruck so deutlich wird. Auch findet sie, dass die Leute in der Schweiz manchmal zu besorgt seien, was sich in den –nach ihrer Meinung – zu vielen Vorsorgeuntersuchungen niederschläge. Sie glaubt, „dass es immer kommt, wie es kommen soll und da nützen auch die Vorsorgeuntersuchungen alle nichts“.

Nach anderthalb Jahren als Hausfrau und Mutter möchte Elene nun wieder ins Erwerbsleben einsteigen. Sie befindet sich momentan auf der Suche nach einer Anstellung für zwei Tage pro Woche. Die Schwiegereltern erklärten sich bereit, während Elenes Arbeitszeit das Kind zu betreuen.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	ja
Information über alternative Geburtsformen:	ja
Stillberatung in Anspruch genommen:	ja
Mütterberatung in Anspruch genommen:	Ja
Klarheit über Versicherungsstatus:	nein
Kinderbetreuung:	Elene selbst, ist Hausfrau. Später Schwiegereltern.

Elene verfügte über beinahe perfekte Kenntnisse über das Schweizer Geburtssystem. Sie wusste Bescheid über die Anzahl vorgesehener Vorsorgeuntersuchungen, besuchte einen Geburtsvorbereitungskurs, befasste sich mit einer Hausgeburt und nahm Still- und Mütterberatungen in Anspruch.

Elene äussert sich sowohl über die positiven Aspekte des Geburtssystem wie auch über die negativen. Das schweizerische Geburtssystem erachtet sie als zu institutionalisiert und als zu abhängig von der Wirtschaft.

Elenes Fall bestätigt weitgehend die Erkenntnisse von Doyal (1995) und Jordan (1995) zur Institutionalisierung des Gesundheitssystems und zur Pathologisierung der Geburt (Vgl. Kapitel 4.4).

Denkanstösse:

- *Es ist für Migrantinnen möglich, sich im Schweizer Geburtssystem zurecht zu finden, doch bei voller Inanspruchnahme des Geburtssystems besteht die Gefahr einer Pathologisierung der Schwangerschaft und Geburt.*
- *Der Zeit- und Spardruck, der auf das Gesundheitspersonal ausgeübt wird, kann sich auf Gebärende übertragen und sie unter Druck setzen.*

6.2 Bilanz der Ergebnisse der ersten Gruppe

Obwohl die hier vorgestellten Daten von qualitativer Erhebungsart sind, die einzelne Fälle vertieft aufzeigen sollen, so soll an dieser Stelle doch versucht werden, die Ergebnisse etwas zu ordnen und zu bilanzieren.

Die erste Gruppe zeichnet sich durch Frauen aus gesicherten sozioökonomischen Verhältnissen aus. Drei der Informantinnen dieser Gruppe verfügen über einen Maturitätsabschluss, zwei über eine abgeschlossene Berufsbildung und nur eine verfügt über keine spezifische Ausbildung.

Alle diese Frauen haben ein oder höchstens zwei Kinder geboren. Einzig Laura und Elene können sich vorstellen, noch ein zweites Kind zu bekommen.

In der nachstehenden Tabelle sind einige Dienstleistungen des schweizerischen Geburtssystems aufgeführt. Anhand den Kreuzen (X) wird sichtbar, welche Informantin welche Dienstleistungen in Anspruch genommen hat.

	Irena	Renu	Ivana	Kristina	Laura	Elene
Vorsorgeuntersuchung	X	X	X	X	X	X
Geburtsvorbereitung						X
Altern. Geburtsformen bekannt					X	X
Stillberatung	X	X				X
Mütterberatung						X
Versicherung klar		X	X	X		
Kinderbetreuung	Irena	Renu	Ivanas Mutter, Schichtarbeit	Tagesmutter, Schichtarbeit	Schwiegereltern	Elene

Alle Informantinnen der ersten Gruppe nahmen eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Vier der sechs Frauen (66,6%) liessen die Untersuchungen bei einem Gynäkologen vornehmen, zwei (33,3%) von ihrem Hausarzt. Nur eine Frau liess sich von einer weiblichen Fachperson behandeln. Für alle anderen spielte es keine Rolle, von einem Mann untersucht zu werden oder sie bevorzugten sogar einen männlichen Arzt.

Nur eine der befragten Frauen der Gruppe 1 (16,7%) besuchte während der Schwangerschaft einen Kurs zur Vorbereitung der Geburt.

Zwei Frauen (33,3%) waren über alternative Geburtsformen wie Hausgeburt oder Geburt in einem Geburtshaus informiert worden, jedoch nicht über deren Finanzierung.

Nach der Geburt nahmen drei der sechs Informantinnen (50%) eine Stillberatung durch eine Hebamme oder Stillberaterin in Anspruch.

Die Mütterberatungsstelle wurde jedoch nur von einer Mutter (16,7%) aufgesucht.

Die Hälfte der Informantinnen war sich nicht im Klaren über ihren Versicherungsstatus und was durch die Krankenkasse bezahlt werden würde. Die andere Hälfte äusserte sich nicht über Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Versicherung, was aber nicht bedeutet, dass sie vollständig über ihren Versicherungsstatus aufgeklärt waren.

6.2.1 Schwangerschaft

Entgegen den Erkenntnissen von Bollini und Wanner (2004), dass Migrantinnen oftmals inadäquate oder gar keine pränatale Versorgung erhalten (Vgl. Kapitel 2.2), nehmen alle befragten Frauen während in ihrer Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Die Anzahl variiert dabei etwas und hängt sowohl vom Verhalten des Arztes wie auch der Schwangeren ab. Jedoch nahmen alle Informantinnen mehrere Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

Weiss (2003: 19) Aussage, dass überdurchschnittlich vollzeiterwerbstätig sind (Vgl. Kapitel 2.2) kann hingegen bestätigt werden. Alle Informantinnen arbeiteten bis kurz vor der Geburt zu 100% (Ausnahme: Elene arbeitete Teilzeit, machte jedoch noch eine Ausbildung nebenher).

Zwei Informantinnen äusserten, dass der Zeitmangel während der Schwangerschaft sie daran hinderte, einen Kurs zur Geburtsvorbereitung zu besuchen.

Möglicherweise hindert die hohe Arbeitsbelastung während der Schwangerschaft die Frauen auch daran, sich intensiver mit ihrer Schwangerschaft auseinander zu setzen oder sich Gedanken über alternative Angebote des Geburtssystems zu machen.

Die Resultate von Zahorkas und Blöchliger (2003) Bedürfnisanalyse (Vgl. Kapitel 2.2) lassen sich auch in den Aussagen meiner Informantinnen wiederfinden.

Die Bedürfnisanalyse von 2003 ergab, dass schwangere Migrantinnen in erster Linie auf spitalbasierte oder von Ärzten angebotene Leistungen zurückgreifen. Alle Schwangeren der ersten Gruppe der vorliegenden Studie nahmen Vorsorgeleistungen ausschliesslich bei Ärzten in Anspruch. Die Hälfte der Befragten wandte sich an ihren Hausarzt, die andere Hälfte an spitalgebundene Gynäkologen (Belegärzte).

Zahorka und Blöchliger konnten in ihrer Studie kein einheitliches Bedürfnisspektrum bei schwangeren Migrantinnen ausmachen. Dies ist auch bei der eigenen Befragung nicht möglich. Einzig das Bedürfnis nach vermehrter Information über den Ablauf der Schwangerschaft – auf körperlicher wie auch auf administrativer Ebene – wird geäussert oder von mir anhand den Fallbeispielen vermutet (Vgl. Lazarus 1997: 140-141 in Kapitel 2.2).

6.2.2 Geburt

Die Informantinnen weisen zum Zeitpunkt der Befragung eine durchschnittliche Geburtrate von 1,33 Kindern auf. Sie ist damit tiefer als die 1999 errechnete Geburtrate von

Migrantinnen, die 1,93 betrug. Vielmehr nähert sie sich der Geburtsrate bei Schweizerinnen (im Jahre 1997: 1,29)²⁶ (Vgl. Weiss 2003: 17).

Anhand der hier aufgeführten Fallbeispiele lässt sich nicht feststellen, ob bei Migrantinnen – wie von Widmer (1998)²⁷ behauptet – vermehrt Komplikationen auftreten. Es bedürfte hierzu einer Definition von Geburtskomplikationen.

Auch über die perinatale Sterblichkeit, die bei Migrantinnen – laut Zahorka und Blöchliger (2003)²⁸ – höher sein soll als bei Schweizerinnen, lässt sich keine Aussage machen, da eine Vergleichsgruppe fehlt.

Die früheren Studien zum gewählten Geburtsort können hingegen bestätigt werden. Wie bereits Zahorka und Blöchliger (2003: 8)²⁹ fanden, nehmen Migrantinnen für die Geburt hauptsächlich spitalbasierte Dienstleistungen in Anspruch.

Obwohl sich keine der Informantinnen für eine Hausgeburt entschied, so war ein gewisses Interesse vornehmlich bei den besser gebildeten oder im pädagogischen Bereich tätigen Frauen vorhanden, was die Resultate von Neumeyer (1996: 23-27)³⁰ bestätigen würde.

Wie auch die früheren Studien befanden, so ist auch der Geburtsprozess bei Migrantinnen geprägt durch Informationsdefizite. Dieser Aussage kann ich im Hinblick auf die Datenerhebung beipflichten.

6.2.3 Nach der Geburt

Die einzigen vorhandenen Daten zur Situation von Migrantinnen nach der Geburt von Zahorka und Blöchliger (2003: 7) können grösstenteils bestätigt werden: nicht-ärztliche Dienstleistungen wie Mütterberatung werden kaum in Anspruch genommen.

Eine grosse Herausforderung für junge Mütter, welche zwar nicht direkt mit dem Gesundheits- oder Geburtssystem verknüpft ist, ergibt sich aus dem Wiedereintritt in den Erwerbsprozess. Bis auf eine haben alle befragten Informantinnen nach der Geburt wieder eine Erwerbsarbeit aufgenommen. Die Kinderbetreuung stellte dabei eine grosse Schwierigkeit dar, welche jedoch z. T. mit grosser Fantasie zu lösen versucht wird. Gängig

²⁶ Die hier errechnete Geburtsrate ist nicht repräsentativ. Es ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass hier Schweizer Bürgerinnen, welche jedoch über einen Migrationshintergrund verfügen, aufgrund der Definition zu den Migrantinnen gezählt wurden. In offiziellen Statistiken würden diese zu den Schweizerinnen gezählt.

²⁷ Vgl. Kapitel 2.3

²⁸ Vgl. Kapitel 2.3

²⁹ Vgl. Kapitel 2.3

³⁰ Vgl. Kapitel 2.3

scheint die Betreuung durch Familienangehörige, aber auch die Schichtarbeit beider Elternteile, damit immer jemand für die Kinderbetreuung zuhause ist.

Keine der Informantinnen gibt ihr Kind in eine Kinderkrippe.

6.3 Fallbeispiele der zweiten Gruppe

Die Informantinnen dieser Gruppe wurden durch die Sozialen Dienste in Aarburg erreicht. Folglich leben sie in ungesicherten sozioökonomischen Verhältnissen. Ihre Deutschkenntnisse und ihr Integrationsgrad variieren.

6.3.1 Fallbeispiel 7: Amira aus dem Kosovo

Amira ist eine 37jährige Frau aus dem Kosovo. Im Kosovo besuchte sie nur die achtjährige obligatorische Schule. Seit sie in der Schweiz lebt, ist sie Hausfrau. Amira ist mit einem Kosovo-Albaner verheiratet. Vor fünf Monaten gebar Amira ihr fünftes Kind, ein Junge, im Spital. Daneben hat das Ehepaar noch vier Mädchen im Alter von elf, neun, sieben und fünf Jahren. Alle wurden in der Schweiz geboren.

Amiras Mann arbeitet von sieben Uhr morgens bis neun Uhr abends im Stundenlohn. Trotz der langen Arbeitszeit sieht sich die siebenköpfige Familie mit finanziellen Problemen konfrontiert, was sie veranlasste, Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen.

Migrationsgeschichte:

Amiras Mann hat vor zwanzig Jahren aus finanziellen und politischen Gründen den Kosovo verlassen und ist in die Schweiz eingewandert. Im Jahre 1993, also acht Jahre später, zog Amira nach. Erst in der Schweiz gründete das Paar eine Familie.

Amira gefällt es in der Schweiz sehr gut, trotz ihrer mangelhaften Sprachkenntnisse. Sie beteuert, seit Kurzem vermehrt den Kontakt zu Schweizern zu suchen. Amira und ihrem Mann ist es wichtig, dass ihre Kinder in der Schweiz eine gute Ausbildung erhalten. Amira selbst kann sich jedoch vorstellen, ihren Lebensabend in ihrer Heimat Kosovo zu verbringen.

Setting:

Ein Missverständnis bei der Terminvereinbarung mit Amira führte dazu, dass Amira beim Sozialamt auf mich wartete, während ich zu ihr nach Hause ging – in der Annahme, das Interview würde dort stattfinden. Nachdem mich Amiras älteste Tochter über den Aufenthaltsort ihrer Mutter unterrichtet hatte, konnte das Interview mit einigen Minuten Verspätung in einem Café in der Nähe des Sozialamtes doch noch stattfinden.

Amira wünschte für das Gespräch eine albanisch-deutsche Übersetzerin. Dank der erfahrenen Übersetzerin gestaltete sich das Interview sehr angenehm und effizient.

Schwangerschaft:

Ihre ersten vier Schwangerschaften bezeichnet Amira als problemlos. Erst die letzte Schwangerschaft bereitete ihr einige Schwierigkeiten. Vier Jahre, nachdem Amira ihr zweitjüngstes Kind zur Welt brachte, wollten sie und ihre Ehemann noch ein weiteres Kind, in der Hoffnung es würde – nach vier Mädchen – ein Junge werden. Doch Amira hatte hormonelle Probleme und grösste Mühe, erneut schwanger zu werden. Immer wieder musste sie sich für längere Zeit ins Spital begeben um hormonelle Behandlungen über sich ergehen zu lassen. Des öfteren erhielt Amira den Eindruck, dass an ihr „herumgeprübelt“ wurde.

Während all ihrer Schwangerschaften nahm Amira ärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Zu Beginn der Schwangerschaft ging sie jeweils monatlich zu Kontrolle, als der Geburtstermin näherrückte gar alle zwei Wochen.

Die ersten drei Schwangerschaften betreute ein Gynäkologe kroatischer Herkunft. Bei den letzten zwei Schwangerschaften liess sich Amira von einer marokkanischen Ärztin begleiten. Obwohl die Ärztin deutsch mit Amira sprach, fühlte sie sich bei ihr besser aufgehoben als beim männlichen Kollegen. Laut Amira legte die Ärztin ein sehr geduldiges Verhalten an den Tag, sie wiederholte das Gesagte, bis sie sicher war, von Amira verstanden worden zu sein. Auch bemühte sie sich darum, Amiras Fragen zu beantworten und auf deren Wünsche einzugehen.

Amira gesteht, dass ihr während der ersten zwei Schwangerschaften und Geburten die Sprache Schwierigkeiten bereitete und sie gerne die Dienste einer Übersetzerin in Anspruch genommen hätte. Schliesslich wisse man beim ersten Kind noch nicht, wie alles vor sich gehe, versucht Amira ihre damalige Situation zu erklären.

Amira wusste bis zum Tage des Interviews nicht, dass es Geburtsvorbereitungskurse gibt, jedoch erinnert sie sich, schon von der Möglichkeit einer Hausgeburt gehört zu haben. Doch Amira erklärt, dass sie stets darauf bedacht war, alle ihre Kinder in der Schweiz zur Welt bringen zu können, da sie die gute Infrastruktur und die gute Ausbildung des Gesundheitspersonals und die daraus resultierende Sicherheit sehr schätze. Solange ihr diese Sicherheit zur Verfügung stehe, käme eine Geburt ausserhalb des Spitals für sie nicht in Frage.

Geburt:

Ihre ersten vier Kinder brachte Amira mittels natürlicher Geburt ohne nennenswerte Komplikationen zu Welt.

Für die letzte Geburt war Amira – aufgrund der sich durch die hormonellen Behandlungen schwierig gestalteten Schwangerschaft – für eine Kaiserschnittgeburt vorgemerkt gewesen. Doch kurze Zeit vor dem geplanten Eingriff setzten Amiras Wehen ein. In nur zwei Stunden gebar Amira auf natürlichem Weg einen Jungen. Diese letzte Geburt bleibt Amira als schönste Geburt in Erinnerung.

Amira habe sich im Spital sehr gut aufgehoben gefühlt und hatte keine Schwierigkeiten, sich mit dem Personal zu verständigen. Sie betont aber auch, dass ihr ihre Geburtserfahrung hilfreich war, die Situationen richtig einzuschätzen.

Nach der Geburt:

Nach der Geburt des jüngsten Kindes blieb Amira noch vier weitere Tage im Spital. Danach musste sie sich sofort wieder um den Haushalt und die Kinder kümmern. Da ihr Mann vierzehn Stunden am Tag arbeitet, liegt die Haushaltsarbeit und die Kindererziehung vollständig in Amiras Verantwortungsbereich.

In der Schweiz hatte Amira keine Angehörigen, die ihr zur Hilfe kommen konnten. Sie verfasste sogar zusammen mit ihrer Ärztin ein Gesuch, damit eine im Kosovo wohnhafte Angehörige zu Amiras Unterstützung in die Schweiz einreisen dürfe. Doch das Gesuch wurde von der Fremdenpolizei abgelehnt.

Noch im Spital wurden Amira die Dienstleistungen einer Stillberaterin angeboten. Mit dem Verweis auf ihre Geburts- und Still Erfahrung lehnte Amira das Angebot ab. Sie habe zuvor schon alle Kinder während zweier Jahre gestillt. Doch beim letzten Kind hatte Amira zu wenig Milch und musste es zusätzlich mit der Flasche ernähren.

Jeweils sechs Wochen nach all ihrer Geburten begab sich Amira zur Nachuntersuchung, welche immer positiv ausfiel.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja, sehr häufig
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	ja
Stillberatung in Anspruch genommen:	nein, obwohl angeboten
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	ja
Kinderbetreuung:	Amira. Ist Hausfrau

Das Fallbeispiel von Amira ist schwierig einzuordnen. Sie interessiert sich sehr für die medizinischen Angebote während Schwangerschaft und Geburt und nimmt diese in grösstmöglicher Masse in Anspruch. Über paramedizinische Angebote ist sie jedoch nicht sehr informiert, es scheint jedoch auch, dass sie diese Angebote nicht allzu sehr interessiert. Die Vermutung liegt nahe, dass Amira beeindruckt ist von den möglichen medizinischen Leistungen, die in der Schweiz für jedermann erhältlich sind und von den Krankenkassen bezahlt werden. Sie betont, dass ihr im Kosovo keine Infrastruktur dieser Güte zur Verfügung gestanden hätte.

Nur beiläufig erwähnte Amira, dass sie während der Hormon-Behandlung das Gefühl hatte, dass an ihr „herumgeprübelt“ wurde. Dies scheint für sie jedoch der Preis für die erhaltenen medizinischen Leistungen zu sein.

Auch für Amira stellt die Kinderbetreuung das grössere Problem dar als die Schwangerschaft und Geburt. Ohne die beantragte Hilfe durch Familienangehörigen ist Amira mit den fünf Kindern und dem Haushalt überfordert.

Denkanstoss:

- *Das Schweizer Geburts- und Gesundheitssystem wird von Auswärtigen oft als sehr fortschrittlich wahrgenommen.*

6.3.2 Fallbeispiel 8: Dardana aus dem Kosovo

Dardana ist eine 43jährige Kosovo-Albanerin. Sie ist seit fünf Jahren von ihrem gewalttätigen Ex-Ehemann geschieden. Ihr Freund und Vater des fünf Jahre alten Sohnes musste nach einer vierjährigen Haftstrafe die Schweiz zu Beginn des Jahres 2005 verlassen.

Noch im Kosovo absolvierte Dardana eine Ausbildung zur Krankenschwester, eine für dortige Verhältnisse sehr gute Ausbildung für Frauen, wie sie mir erklärt. In der Schweiz arbeitete sie zuerst beinahe „Tag und Nacht“ unter der Aufsicht ihres Ex-Mannes in einer albanischen Bäckerei. Später erhielt sie eine Stelle als Pflegerin in einem Heim für Betagte. Die Arbeit dort gefiel ihr sehr gut, auch weil sie sehr gute Kolleginnen hatte. Seit der Geburt ihres Sohnes lebt Dardana von einer Invalidenrente und Ergänzungsleistungen. Obwohl sie sehr gerne arbeiten würde, ist es ihr aufgrund ihres Muskelrheumas und ihrer schlechten psychischen Verfassung nicht mehr möglich. Die noch zu schildernden Ereignisse führten dazu, dass Dardana von ihrer Familie verstossen wurde und keinen Kontakt mehr zu ihr pflegt. Auch scheint sie nicht sehr viele Freunde zu haben. Wie sie selber sagt, seien die sozialen Institutionen der Schweiz die grösste Stütze für sie.

Migrationsgeschichte:

Dardanas Mann war auf der Suche nach Arbeit in die Schweiz gekommen. 1992 kam Dardana nach. Doch als sie hier in der Schweiz wieder auf ihren Mann traf, war er spiel- und alkoholsüchtig. Arbeit hatte er keine. Er zwang Dardana unwürdige Jobs anzunehmen um ihm seine Spiel- und Alkoholsucht zu finanzieren. Immer wieder misshandelte er Dardana körperlich, aber auch seelisch. Er zwang sie, im Keller zu schlafen oder unter seiner Aufsicht sauberes Geschirr erneut abzuwaschen und wieder abzutrocknen.

Während der acht Jahre, die Dardana mit ihrem Ex-Mann in der Schweiz verbrachte, durfte sie sich nie ohne verwandte Begleiter ausser Haus begeben, wodurch sie nie Gelegenheit hatte, deutsch zu lernen oder mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen.

Immer wieder musste Dardanas Mann wegen diverser Delikte ins Gefängnis. Im Jahre 2000 liess sich Dardana von ihrem Mann scheiden, was ihn und seine männlichen Verwandten nicht daran hinderte, sie weiter zu misshandeln oder ihr gar mit dem Tod zu drohen.

Setting:

Für das Interview lädt Dardana mich zu sich nach Hause ein. Sie wohnt mit ihrem Sohn in einer geräumigen und sehr gepflegten 3-Zimmerwohnung. Wie sie mir erklärte, sei der örtliche Sozialdienst sehr bemüht darum, dass seine „Schützlinge“ gut untergebracht seien.

Obwohl Dardana erst vor fünf Jahren anfangen konnte deutsch zu lernen, spricht sie es sehr gut. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Dardanas Sohn zuhause. Immer wieder gesellt er sich zu uns, um zuzuhören. Doch Dardana schickt ihn immer wieder weg, weil sie nicht möchte, dass er die unschönen Geschichten, die sie zu erzählen hat, zu hören bekommt. Seinem ruhigen Verhalten nach scheint er sie jedoch bereits zu kennen.

Während des Interviews bricht Dardana immer wieder in Tränen aus. „Ich könnte ein Buch über mein Leben schreiben“, leitet sie das Interview ein.

Schwangerschaft und Geburt:

Dardana wünschte sich immer ein Kind. Doch diverse Ärzte diagnostizierten ihr Unfruchtbarkeit.

Nach der Trennung von ihrem Mann nahm Dardana eine Arbeit als Pflegerin in einem Altersheim auf, bei der sie einen engen Kontakt zu den Mitarbeitenden entwickelte.

Dardana litt öfters an Bauchschmerzen. Ihr Hausarzt erkannte in den Schmerzen eine Gastritis und verschrieb ihr entsprechende Medikamente. Als Dardana eines Tages wegen heftiger Bauchschmerzen nicht zur Arbeit erschien, gaben ihre Arbeitskollegen bei der Polizei eine

Vermisstmeldung auf, weil sie befürchteten, Dardanas Noch-Ehemann hätte seine Drohung wahrgemacht und sie umgebracht. Gleichentags wurde in einer Ortschaft nahe Dardanas Arbeitsort ein totes Baby gefunden.

Die Polizei fand Dardana zuhause und verdächtigte sie, das gefundene Baby heimlich geboren zu haben und aus Furcht vor ihrem Mann ausgesetzt zu haben. Trotz ihrer Beteuerungen nicht fruchtbar zu sein, musste sich Dardana unter Polizeiaufsicht zu ihrem Frauenarzt begeben. Dieser stellte jedoch fest, dass Dardana schwanger war. Im sechsten Monat! „Gratuliere, du hast einen Bub!“, erinnert sich Dardana an die Worte des Arztes. Von Gefühlen überwältigt konnte sich Dardana drei Stunden lang nicht mehr bewegen. Da sie jedoch an einer Schwangerschaftsvergiftung litt, musste sie sich ins Spital begeben³¹. Dort blieb sie rund einen Monat bis zur Frühgeburt ihres Sohnes. Im Spital fühlte sich Dardana sehr wohl, „wie in einer grossen Familie“. Ein Psychiater besuchte sie jeden Morgen und auch die Pflegenden kümmerten sich liebevoll um sie.

Dardana musste im siebten Schwangerschaftsmonat per Kaiserschnitt entbunden werden. Ihr Sohn wog nur 700 Gramm und litt an Nierensteinen.

Bei der Geburt war Dardana ganz alleine. Sie hatte nur ihren Arbeitskolleginnen davon erzählt. Ausserdem fürchtete sie sich noch immer vor ihrem Noch-Mann. Ihr Freund und Vater des Kindes war zum Zeitpunkt der Geburt an einer Beerdigung. Dardana hätte ihn jedoch gerne dabei gehabt.

Nach der Geburt:

Der Gesundheitszustand von Dardanas Sohn war sehr labil und er musste in die Kinderklinik in Aarau verlegt werden. Auch Dardana wurde für das Wochenbett und die psychotherapeutischen Behandlungen nach Aarau verlegt. Doch in Aarau fühlte sie sich überhaupt nicht wohl, die Leute waren nicht freundlich zu ihr, sie wusste nie, wann sie zum Beispiel von der Psychiaterin besucht werden würde, zusätzlich stieg die Sorge um ihr Kind stetig.

Die weiteren Geschehnisse schildert Dardana folgendermassen: „Ich konnte nicht mehr. Ich schrie wild um mich und versuchte mich umzubringen. Darauf wurde ich gegen meinen Willen in die psychiatrische Anstalt in Königsfelden eingewiesen, wo ich einige Tage bleiben musste und viele Medikamente bekam“.

Als Dardanas Frauenarzt von ihrer Einweisung erfuhr, setzte er alle Hebel in Gang, um Dardana aus der Anstalt zurück zu holen und sie und ihr Kind in die vertraute Umgebung des

³¹ Da Dardana niemanden hatte, der sie ins Spital bringen konnte, übernahm eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes diese Aufgabe.

Spitals Langenthal zu bringen. Heute sagt Dardana: „Mein Frauenarzt hat mich gerettet, er hat vieles für mich gemacht.“

Bei der Austrittskontrolle aus dem Spital waren die Polizei und der Bezirkspsychiater zugegen. Aber Dardana wollte von nun an für ihr Kind leben. Es solle nicht so werden, wie viele kosovo-albanische Männer, ihr Sohn soll nicht gewalttätig werden, sondern in einer guten Umgebung mit einer guten Ausbildung aufwachsen, bestätigt sie ihre damalige Entscheidung.

Einige Zeit nach der Geburt hatte Dardana Blutungen und heftige Bauchschmerzen, und musste sich einer Operation an der Gebärmutter zu unterziehen lassen.

Dardanas Sohn hat heute keine Nierensteine mehr. Jedoch leidet er unter geringfügigen motorischen Störungen und hatte lange Zeit Mühe, das Sprechen zu erlernen. Die Ärzte rieten Dardana, ihn in einen speziellen Kindergarten³² zu geben. Zuerst zeigte sich Dardana einverstanden. Doch als sie kurz darauf auf eine Arkadis-Gruppe von schwer behinderten Kindern stiess, weigerte sie sich, ihr Kind in eine solche Gruppe zu schicken. Daraufhin meldeten sich ein Arzt und eine Mitarbeiterin der Arkadis-Klinik bei Dardana zu einem Besuch an, um ihr zu erklären, dass ihr Sohn nicht in eine solche Gruppe schwer Behinderter käme, sondern dass dies ein Kindergarten für Kinder mit leichtesten Störungen sei. Dardana erklärte, dass die zwei Arkadis-Mitarbeiter sich wirklich darum bemühten, ihr alles genau zu erklären. Schlussendlich willigte sie ein, ihren Sohn in diesen Kindergarten zu schicken.

Zum jetzigen Zeitpunkt besucht ihr Sohn sowohl den Arkadis-Kindergarten wie auch den normalen Kindergarten. Ich persönlich erlebte ihn als aufgeweckten, lieben Jungen, der perfekt schweizerdeutsch sprach.

Unterdessen ist Dardanas Ex-Mann nicht mehr in der Schweiz und sie hat von ihm nichts mehr zu befürchten. Trotzdem leidet Dardana noch immer unter Angstzuständen und muss Orte, an denen sie oft mit ihrem Ex-Mann zusammen war, meiden, da die Erinnerungen ihr momentanes psychisches Gleichgewicht aus der Balance bringen würden.

Dardana pflegt nur noch Kontakt zu ihrer Schwester. Ihre Eltern sind beide vor ein paar Jahren gestorben. Dardana konnte nicht an ihre Beerdigung reisen, da ihr Mann ihr das Geld für seine Spielsucht entwendete. Während des Interviews erwähnt Dardana immer wieder, wie traurig sie es mache, dass sie sich nicht von ihren Eltern verabschieden konnte. Sie hätte sehr gute und fortschrittliche Eltern gehabt, die sie nie geschlagen hätten.

³² In einen Arkadis-Kindergarten.

Ihr Bruder weigert sich mit Dardana zu sprechen, weil sie ein uneheliches Kind zur Welt gebracht hat.

Da Dardana nur eine B-Aufenthaltsbewilligung besitzt, lebt sie in Angst, die Schweiz verlassen zu müssen. Im Kosovo würde sie als Hure gelten, keine Unterstützung von Staat oder Gemeinden erhalten und wohl auf der Strasse leben müssen.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	nein, nicht wegen Schwangerschaft
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	nein
Stillberatung in Anspruch genommen:	nein
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	nicht bekannt
Kinderbetreuung:	Dardana. Arkadis-Kindergarten.

Dardanas Beispiel stellt einen Sonderfall dar. Der Fokus ihrer Geschichte liegt nicht in erster Linie auf der Schwangerschaft und der Geburt ihres Sohnes, sondern auf den begleitenden Umständen.

Entsprechend ist ihr Fall innerhalb des schweizerischen Geburtssystems anders zu gewichten. Einerseits ruft die Unfähigkeit von Dardanas Hausarzt, ihre Bauchschmerzen als Schwangerschaft zu erkennen, Empörung hervor. Andererseits erkennt man an diesem Beispiel, wie viel Einfluss das Geburts- und Gesundheitssystem auf das Befinden eines Patienten ausüben kann. Vermochte das eine Spital und der eine Arzt Dardana zu „retten“, so trieb sie die andere Institution beinahe in den Selbstmord.

Abschliessend kann aber gesagt werden, dass das schweizerische Geburts- und Gesundheitssystem für unter schwierigen Bedingungen lebende Personen eine Auffangfunktion übernehmen kann. Schlussendlich zählte Dardanas Leben doch mehr als institutionelle Rahmenbedingungen, d.h. sowohl Dardana als auch ihr Sohn konnten in die familiäre Umgebung des Spitals Langenthal zurückkehren.

Die Geburt von Dardanas Sohn hat schlussendlich einen Stein ins Rollen gebracht: Dardana erhält Unterstützung von verschiedenen Schweizer Institutionen und kann, abgesehen von ihren sie bisweilen einholenden Erinnerungen und ihren Schmerzen, ein Leben in einigermaßen gesicherten Verhältnissen führen.

Denkanstösse:

- *Die starke Institutionalisierung des Schweizer Geburts- und Gesundheitssystems vermag Personen, die unter schwierigsten Bedingungen leben, aufzufangen. Durch die Vernetzung der Institutionen können diese Personen umfassend betreut werden.*
- *Vieles im Gesundheitswesen hängt vom Engagement einzelner, beherzter Personen ab.*

6.3.3 Fallbeispiel 9: Elira aus dem Kosovo / aus Kroatien

Elira ist eine 31jährige Frau aus dem Kosovo, die jedoch hauptsächlich in Kroatien aufgewachsen ist. Sie besuchte während acht Jahren die obligatorische Schule im Kosovo und in Kroatien. In der Schweiz arbeitet sie zu 50% als Putzfrau in einem Spital. Die restlichen 50% sind ausgefüllt mit von der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) durchgeführten Deutschkursen. Elira ist mit einem Kosovo-Albaner verheiratet, dieser befindet sich jedoch seit zwei Jahren in Haft. Im Jahre 2007 wird er aus dem Gefängnis entlassen werden, muss dann aber sogleich die Schweiz verlassen. Elira hat Angst, die Schweiz mit ihm zusammen verlassen zu müssen. Sie überlegt sich aus diesem Grunde, sich von ihrem Mann scheiden zu lassen.

Elira erzieht ihre siebenjährige Tochter und ihren fünfjährigen Sohn alleine. Während ihrer Abwesenheit besuchen die beiden eine Kinderkrippe.

Migrationsgeschichte:

Eliras Eltern starben beide als sie noch ein kleines Kind war. Sie wurde von ihrem Bruder aufgezogen, der während der Unruhen im Kosovo nach Kroatien auswanderte, wo Elira eigentlich aufwuchs. Elira ist kroatische Bürgerin. 1997 kam Elira zusammen mit ihrem Bruder in die Schweiz auf der Suche nach Arbeit. Ihren Ehemann, der zu jenem Zeitpunkt bereits seit 15 Jahren in der Schweiz lebte, lernte Elira bei einer Kusine kennen.

Elira besitzt die Aufenthaltsbewilligung C³³.

Setting:

Das Interview wird bei Elira zuhause durchgeführt. Sie lebt mit ihren beiden Kindern in einer geräumigen und gepflegten 4-Zimmerwohnung, welche ihr vom Sozialdienst zur Verfügung

³³ Niederlassungsbewilligung: Niedergelassene sind Ausländerinnen und Ausländer, denen nach einem Aufenthalt von fünf oder zehn Jahren in der Schweiz die Niederlassungsbewilligung erteilt worden ist. Das Aufenthaltsrecht ist unbeschränkt und darf nicht an Bedingungen geknüpft werden (Bundesamt für Migration o.J.).

gestellt wird. An jenem Nachmittag ist Elira alleine zuhause, die Kinder befinden sich in der Krippe bzw. in der Schule.

Für das Gespräch wünscht Elira zunächst eine Übersetzerin. Bei der Terminvereinbarung meint sie jedoch, dass dies doch nicht notwendig wäre und sie, falls nötig, eine Nachbarin um Hilfe bitten könne.

Das Gespräch findet auf deutsch statt. Obwohl Eliras deutsch etwas holprig ist, haben wir keine Mühe, einander zu folgen. Elira betont auch, dass wenn genügend Zeit vorhanden sei, sie kaum Probleme habe, Gespräche in deutscher Sprache zu führen.

Elira war viermal schwanger. Zwei Kinder hat sie verloren.

Erste Schwangerschaft und Geburt:

Die erste Schwangerschaft bereitete Elira keine grosse Mühe. Einzig im dritten und vierten Schwangerschaftsmonat litt sie manchmal unter Schwindelgefühl und Übelkeit, musste sich aber nie übergeben. Ansonsten fühlte sie sich gut. Sie begab sich jeden Monat zur Schwangerschaftsvorsorge zu einem kroatischen Arzt. Da er bereits ein älterer Herr war, machte es ihr nichts aus, dass er von männlichem Geschlecht war. Im Gegenteil, sie war froh, konnte sie mit ihm kroatisch sprechen.

Als sich die Geburt ankündigte, wurde Elira von ihrem Mann ins Spital gefahren.

Sie brachte ihre Tochter auf natürliche Weise zur Welt. Bei dieser ersten Geburt ging eigentlich alles gut. Auch im Spital fühlte sich Elira wohl und gut behandelt. Sie bemängelt jedoch, dass sich das Personal keine Zeit genommen hatte, um ihr die Dinge zu erklären. Sie meint dazu: „Wenn die Leute langsam sprechen würden und mir alles erklären würden, dann hätte ich keine Probleme zu verstehen“.

Da während der Geburt ein Dammschnitt durchgeführt wurde, konnte Elira während längerer Zeit nicht gut sitzen und musste nach der Geburt noch eine Woche im Spital bleiben.

Als sie nach Hause kam, wollte sie sich wieder in das Alltagsleben stürzen und kochen und putzen. Doch merkte sie schon bald, dass sie es ruhiger angehen musste. Ausserdem machte ihr zu jener Zeit die herbstliche Kälte zu schaffen. Ihr war oft kalt und ihre Brüste schmerzten. Fünf Wochen nach der Geburt nahm Elira die Nachkontrolle bei ihrem kroatischen Arzt in Anspruch. Es war alles in Ordnung.

Zweite Schwangerschaft:

Bereits sechs Wochen nach der Geburt, wollte Eliras Tochter nicht mehr von der Brust trinken. Zwar hatte Elira schon von Beginn weg zu wenig Milch und musste ihr Kind

zusätzlich mit der Flasche ernähren, doch nun wollte das Kind gar nicht mehr von der Brust trinken. In der Zeit, die folgte, war Elira oft traurig und sie nahm einige Kilos an Gewicht zu, ohne dass sie ihre Lebensgewohnheiten geändert hätte. Die weiteren Geschehnisse schildert Elira folgendermassen: „Dann hatte ich heftige Bauchschmerzen und Blutungen. Und als ich einmal auf das WC ging, merkte ich, wie etwas ins WC ging. Ich dachte, ich sei schwanger und ging zum Arzt. Aber der sagte, ich hätte das Kind schon verloren“. Elira hatte also eine Totgeburt, ohne es zu bemerken.

Ihre eigenen Gefühle zur Totgeburt äussert Elira nicht. Doch betont sie, dass ihr Mann sehr traurig, nervös und gestresst³⁴ war.

Dritte Schwangerschaft:

Als Elira zum dritten Mal schwanger war, bemerkte sie im dritten Schwangerschaftsmonat Blutungen und suchte ihren Gynäkologen auf. Dieser vermutete bereits, dass etwas nicht stimmte und schickte Elira zu weiteren Untersuchungen ins Spital. „Ich wurde von vielen Ärzten untersucht, dann sagten sie mir, dass das Kind weg muss, weil das Herz nicht funktioniert“, erinnert sich Elira an die Untersuchungen. Weil sie und ihr Mann dies nicht wahrhaben wollten, ging Elira noch einmal zu ihrem Frauenarzt. Auch dieser bestätigte ihr, dass diese Schwangerschaft ihre Gesundheit gefährden könne und sie das Kind abtreiben müsse. Wiederum erwähnt Elira, wie traurig ihr Mann war und dass er ihr anriet, sich noch in einem anderen Spital untersuchen zu lassen. „Aber auch die sagten, dass das Kind raus muss“. Über die Abtreibung selbst äussert sich Elira nicht.

Vierte Schwangerschaft und Geburt:

Zum Zeitpunkt als Elira ihre vierte Schwangerschaft bemerkte, war ihr Mann bereits im Gefängnis. Auf die Frage nach dem Grund antwortet sie nur, dass er manchmal sehr aggressiv war³⁵. Doch zwischen dem letzten Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann und der Feststellung der Schwangerschaft hatte Elira noch eine Menstruationsblutung. Dies wusste ihr Mann. Elira erzählt, wie weder ihr Mann noch seine Familie ihr glaubten, dass das Kind von ihrem Mann sei. Sie schimpften Elira eine Hure und verachteten sie. Als ihr Mann wieder aus dem Gefängnis zurückkam, wurde er immer aggressiver und „komischer“.

³⁴ Elira erwähnt während des Gesprächs öfters, dass ihr Mann sehr gestresst und aggressiv war. Obwohl sie dies niemals explizit erwähnt, so vermute ich, dass sie damit ausdrücken will, dass sie von ihm geschlagen wurde.

³⁵ Sie erklärt, dass ihr Mann bereits von seinen Eltern nicht sehr liebevoll behandelt worden war, und dass ihm sein Vater sogar einmal einen Gegenstand in den Kopf schlug. Elira glaubt, dass dieser Schlag bei ihrem Mann einen Schaden hinterlassen hat und er daher so aggressiv sei.

Das Verhalten ihres Mann während ihrer Schwangerschaft machte Elira sehr traurig. Sie sei auch sehr mager gewesen, ihr war immer übel und sie habe sich sehr oft übergeben, unterstreicht Elira ihren damaligen Zustand. Zur gleichen Zeit brach sich Eliras Tochter die Hand. Einmal wollte Elira ihre Tochter hochheben und erwischte dabei einen heftigen Tritt in den Bauch. Später erfuhr sie, dass dieser Tritt schwerwiegende Folgen für die Schwangerschaft hatte.

Als Elira im siebten Monat schwanger war, wurde sie sehr nervös. Sie dachte, dass dies auf den gerade vollzogenen Wohnungswechsel zurückzuführen sei. Doch eines Nachts spürte sie, wie es warm wurde zwischen ihren Beinen. Als sie mit der Hand zu spüren versuchte, war diese voller Blut. „Viel Blut!“, wie Elira betont. Da ihr Mann bereits bei der Arbeit war (er war zu diesem Zeitpunkt wieder aus dem Gefängnis zurück), ging sie zu ihrer Schwägerin, die eine Etage tiefer wohnte. Diese sagte, dass es nicht normal sei, dass sich das Kind im siebten Monat bereits so stark bewegen würde. Elira rief ihren Bruder an. In der Zwischenzeit lief das Blut immer weiter und alle hatten grosse Angst, dass sie das Kind schon verloren hatte. Elira rief auch ihren Ehemann an, der sie daraufhin ins Spital brachte.

Im Spital erhielt Elira eine Infusion, die – wie sie mir erklärt – gut für das Kind, aber sehr unangenehm für die Mutter war. Doch sie verlor trotzdem kein Fruchtwasser. Elira weiss noch, wie sie damals sehr gestresst war, auch wegen ihrem Mann, der ihr nicht glaubte, dass das Kind von ihm sei. Nach einiger Zeit gingen dann sowohl das Blut als auch das Fruchtwasser weg. Danach musste sie zu verschiedenen Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen, wo sich zeigte, dass der damalige Tritt in den Unterleib die Ursache der Probleme war.

Elira lag noch zwei Wochen im Spital, danach brachte sie unter einer Periduralanästhesie, aber auf natürlichem Wege, einen gesunden Sohn zur Welt.

Doch die Schwierigkeiten nahmen noch kein Ende: Eliras Mann wollte das Kind nicht anerkennen. Er forderte einen Vaterschaftstest. „Ich war blöd und liess das machen, weil ich glaubte, man müsse diese Unterschrift haben“, bereut³⁶ Elira heute ihre Zustimmung zum Vaterschaftstest. „Heute würde ich meinem Mann sagen: Entweder du vertraust mir, oder ich möchte dich nicht mehr als Mann haben“.

Weiter beschäftigt Elira, dass ihr Mann den Sohn, nachdem er wusste, dass dieser tatsächlich von ihm ist, viel lieber habe als die Tochter. Männer seien in der kosovo-albanischen Kultur viel mehr wert als Frauen, versucht sie den Umstand zu erklären.

³⁶ Unterdessen hat Elira erfahren, dass unter Eheleuten die Anerkennung des Kindes durch den Vater nicht zwingend erforderlich ist.

Elira wünscht sich daher auch von den Frauenärzten, dass sie es unterlassen würden, den werdenden Eltern mitzuteilen, wenn das Kind ein Mädchen werden sollte. Denn die Männer wollten keine Mädchen und würden die schwangere Frau nicht mehr wollen, wenn sie wüssten, dass ein Mädchen unterwegs sei.

Ein Jahr nach der Geburt des letzten Kindes, begann Elira wieder zu 100% zu arbeiten. Sie arbeitete von sieben Uhr morgens bis neun Uhr abends als Putzfrau. Sie hatte viel Stress und litt an Schmerzen in der einen Schulter. Zusätzlich war Elira „nervös“ wegen ihrem Mann. Auch die verschiedenen Frauen, die auf die Kinder aufpassten, waren nicht zuverlässig und verursachten Elira Stress. Eines Tages erkrankte Elira an Grippe und begab sich zu ihrem Arzt, wo sie zusammenbrach und ihm erklärte, dass sie so nicht mehr weitermachen könne. Er schrieb ihr ein Zeugnis, dass sie nur noch bis jeweils 17Uhr arbeiten könne. Doch als Elira ihrem Arbeitgeber das Zeugnis vorlegte, wurde sie fristlos entlassen. Danach musste sich Elira während drei Monaten, in denen sie krank geschrieben war, erholen. Anschliessend war sie drei Monate arbeitslos und ging zur RAV. Diese legte ihr ans Herz, einen Deutschkurs zu besuchen. Elira wollte nicht vollständig von der Sozialhilfe leben und fragte im Freundeskreis nach einer Anstellung. So erhielt sie schlussendlich die 50%-Stelle als Putzfrau in einem Spital. Den Deutschkurs besucht sie weiterhin.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	nein
Information über alternative Geburtsformen:	nein
Stillberatung in Anspruch genommen:	nein
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	ja
Kinderbetreuung:	zuerst verschiedene Frauen, nun Kinderkrippe.

Elira besuchte zwar Nachuntersuchungen, trotzdem erstaunt es, wie sie nach der ersten Geburt so schnell wieder schwanger werden konnte.

Obwohl Elira nicht viel über ihren Mann sprach, so erhielt ich doch den Eindruck, dass sie sehr unter diesem litt. Vermutlich ist er gewalttätiger, als sich Elira selbst eingestehen möchte. Ich könnte mir sogar vorstellen, dass der Tritt, der ihre vierte Schwangerschaft und Geburt erschwerte, nicht von ihrer Tochter, sondern von ihrem Mann stammte. Das ist jedoch nur eine Vermutung.

Elira bestätigt meines Erachtens die Resultate, die Wimmer-Puchinger (1992) in diversen Studien darlegte: Soziale Begebenheiten und der psychische Zustand einer Frau beeinflussen den Verlauf einer Schwangerschaft und der Geburt.

In Eliras Fall ist nicht ersichtlich, ob die zweite Schwangerschaft und der frühe Verlust des Fötus auf diese Umstände zurückzuführen sind. Es ist jedoch zu vermuten, dass der Verlust dieses Kindes sowohl Elira wie auch ihren Mann sehr schmerzten und unter Druck setzten, was sich möglicherweise auf die dritte Schwangerschaft, die mit einer Abtreibung endete, auswirkte.

Bei der vierten Schwangerschaft erzählte Elira selbst, dass sie sehr unter dem Streit mit ihrem Mann, dessen Inhaftierung und den daraus folgenden Unannehmlichkeiten litt, und dass auch sie einen Zusammenhang zwischen ihrem Befinden und dem ungünstigen Verlauf der Schwangerschaft erkennen konnte. Während der Schwangerschaft war sie sehr mager und litt an diversen Störungen; auch die Geburt erschwerte sich.

Auch für Elira, die nicht vollständig von der Sozialhilfe leben möchte, stellte die Kinderbetreuung während der Arbeitszeit eine Herausforderung dar, besonders seit ihr Mann im Gefängnis sitzt. Die zu Beginn eingestellten kroatischen und albanischen Frauen waren auch keine gute Lösung. Erst durch den Sozialdienst erfuhr Elira von einer Kinderkrippe, die hauptsächlich Kinder aus Familien in schwierigen sozialen oder finanziellen Verhältnissen betreut. Eliras Kinder werden dort nun an fünf Tagen pro Woche betreut.

In Eliras Fall erwies sich weniger das Gesundheitswesen als vielmehr das Sozialwesen als solides Auffangnetz.

Denkanstöße:

- *Psychosozial ungünstige Bedingungen können sich negativ auf Schwangerschaft und Geburt auswirken.*
- *Institutionen zur Kinderbetreuung wie die Kinderkrippe für Kinder aus sozioökonomisch schwierigen Verhältnissen sind vermehrt zu fördern.*

6.3.4 Fallbeispiel 10: Zafirah aus Marokko

Zafirah ist 35 Jahre alt und stammt aus Marokko. Sie war zuerst mit einem Schweizer verheiratet mit dem sie einen fünfjährigen Sohn hat. Vor einem Jahr wurden sie geschieden. Jetzt ist Zafirah mit einem Marokkaner verheiratet mit dem sie eine kleine Tochter hat. Diese wurde acht Tage vor dem Interview geboren.

Migrationsgeschichte:

Zafirahs Schwester lernte in Marokko einen Schweizer Feriengast kennen, heiratete ihn und kam mit ihm in die Schweiz. Bei weiteren Besuchen in Marokko nahm der Ehemann von Zafirahs Schwester einen Schweizer Freund mit. Zafirah und er verliebten sich. Fortan besuchte er Zafirah während seiner Ferien und freundete sich auch mit Zafirahs Brüdern an. Zafirah und er beschlossen zu heiraten. So kam Zafirah 1996 mit ihm in die Schweiz. Sie ist Schweizer Bürgerin. Zafirah und ihr Ex-Mann lebten während sechs Jahren zusammen, danach lebten sie zwei Jahre getrennt und liessen sich letztes Jahr scheiden. Bei einem Besuch in Marokko verliebte sich Zafirah in einen Marokkaner. Sie heirateten und er begleitete sie in die Schweiz.

Setting:

Das Gespräch mit Zafirah findet bei ihr zuhause statt. Sie ist am Tag zuvor aus dem Spital entlassen worden. Durch die starken Geburtsschmerzen und die strenge Geburtsarbeit hat sie im ganzen Bein Muskelverhärtungen, die sehr schmerzhaft sind und sie am Gehen hindern.

Zafirah scheint offensichtlich noch etwas angeschlagen von der Geburt, doch sie gibt bereitwillig und ausführlich Auskunft. Zafirah wünscht nicht, dass das Gespräch mit Tonband aufgezeichnet wird. Es werden handschriftliche Notizen gemacht.

Zafirah spricht ziemlich gut deutsch. Während des Gespräches schaut ihr Sohn Fernsehen in einem anderen Zimmer, das Baby schläft vorerst noch. In der Mitte des Interviews erscheint Zafirahs Mann, der arbeitslos ist und kein deutsch spricht. Trotzdem lauscht er dem Interview und lässt es sich nicht nehmen, mir stolz seine Tochter zu präsentieren und auf gemeinsame Merkmale hinzuweisen.

Die vierköpfige Familie lebt in einer 3-Zimmerwohnung in einem riesigen Wohnblock. Auch diese Wohnung wurde vom Sozialdienst vermittelt.

Schwangerschaft:

Um den Vergleich ihrer beiden Schwangerschaften zu verdeutlichen, erzählt Zafirah zuerst von ihrer ersten Schwangerschaft, die sehr gut verlief und bei der sie keine Probleme hatte. Bis kurz vor der Geburt war sie jeweils noch mit dem Fahrrad unterwegs. Im Gegensatz zum zweiten Kind, „boxte“ das erste erst im Verlauf des neunten Schwangerschaftsmonats.

Die Schwangerschaft mit dem zweiten Kind erlebte Zafirah als sehr anstrengend. Bereits zu Beginn der Schwangerschaft war sie jeweils den ganzen Tag erschöpft. Auch litt sie während

der ganzen neun Monate an Schmerzen. Bereits im dritten Monat fing das Baby an, sich stark zu bewegen und zu „boxen“, was der Mutter noch grössere Schmerzen verursachte.

Obwohl Zafirahs Schwangerschaftstest positiv war, hatte sie eine Menstruationsblutung. So musste sie sich zu Beginn der Schwangerschaft jede Woche zu einer Untersuchung beim Gynäkologen einfinden.

Daraufhin nahm Zafirah die Vorsorgeuntersuchungen nur noch einmal im Monat in Anspruch. Der behandelnde Arzt war ein Gynäkologe im Spital Langenthal. Zafirah erwähnt zwar, dass sie eine weibliche Ärztin bevorzugt hätte, hebt jedoch hervor, dass ihre Schwester auch zu diesem Frauenarzt ging und sehr zufrieden war. Auch Zafirah ist im Nachhinein sehr zufrieden mit ihm. Eine Übersetzung hätte sie nicht benötigt. Sie sprach mit ihrem ersten Mann stets deutsch, auch mit ihrer ebenfalls in der Schweiz wohnhaften Schwester spreche sie immer deutsch. Zafirah betont auch, dass der Gynäkologe sich sehr Mühe gegeben hätte, ihr alles zu erklären, dass er alles so oft wiederholt hätte, bis er sich sicher war, dass sie es auch wirklich verstanden hätte. Ebenfalls sei ihr aufgefallen, wie der Arzt jeweils den Monitor des PCs drehte, um ihr gewisse Dinge am Ultraschallbild besser erklären zu können. Auch die anderen Ärzte (Hausärztin, Kinderarzt) würden sich bei den Erklärungen sehr viel Mühe geben.

Auf die Frage, ob Zafirah Angst vor der Geburt hatte, antwortete sie, dass sie bei der zweiten Geburt grössere Angst hatte als bei der ersten. Die „Boxerei“ und die Schmerzen hätten sie sehr verunsichert. Vor allem fürchtete sie sich vor einem Kaiserschnitt.

Während ihrer Schwangerschaften telefonierte Zafirah sehr oft mit ihrer Mutter in Marokko und fragte sie um Rat. Beim ersten Kind besuchte Zafirah einen Geburtsvorbereitungskurs. Sie erachtete ihn jedoch nicht als sehr sinnvoll.

Geburt:

Wieder erzählt Zafirah zuerst kurz von der ersten Geburt. Sie sei eigentlich ohne grosse Schwierigkeiten verlaufen. Jedoch zog sich die Geburt während dreier Tage hin und sie erinnere sich noch gut an die Schmerzen.

Die zweite Geburt kündete sich mitten in der Nacht an. Zafirah erwachte, weil sie Schmerzen hatte. Als sie aufstand brach sogleich das Fruchtwasser. Zafirahs Schwester fuhr sie und ihren Mann ins Spital. Unter der Aufsicht von drei Frauen (Hebammen und Pflegefachfrau) brachte Zafirah ihre Tochter zur Welt. Bei der Geburt hatte sie grosse Schmerzen und verlor viel Wasser. Die Hebamme verlangte dann, sie müsse jetzt pressen, obwohl Zafirah nicht mehr

konnte. Dabei verspannten sich Zafirahs Beinmuskeln, doch das Kind wurde geboren. Zwischen der Abfahrt ins Spital und der Geburt waren nur anderthalb Stunden vergangen. Bei der Geburt war Zafirahs Mann anwesend. Sie wollte das so.

Nach der Geburt:

Nach beiden Geburten blieb Zafirah jeweils acht weitere Tage im Spital. Beide Male war ein Dammschnitt nötig. Nach der ersten Geburt verheilte dieser nicht sehr gut. Bei der zweiten verheilte er besser, jedoch hinderte ihr momentan bewegungsunfähiges Bein sie daran, das Spital früher zu verlassen.

Wenn sich Zafirahs Bein gebessert hat, möchte sie schon bald Arbeit suchen, denn momentan lebt sie und ihre Familie von der Sozialhilfe. Da Zafirahs marokkanischer Mann erst seit kurzem in der Schweiz lebt und nur arabisch und französisch spricht, ist es sehr schwierig für ihn, Arbeit zu finden. Bisher hat Zafirah auch nur nebenbei hin und wieder als Putzfrau oder Aushilfe im Service gearbeitet.

Auf die Frage, was sie dann mit den Kindern machen würde, wusste Zafirah noch keine Antwort. Sie kenne niemanden, der auf die Kinder aufpassen könne.

Zafirah möchte mit ihren beiden Kindern schon bald ihre Mutter besuchen. Doch sie habe ihr nicht erzählt, dass sie von der Sozialhilfe abhängig sei, da sie sich sonst sorgen würde. Aber solange Zafirah Sozialhilfeleistungen erhält, wird sie nicht ihre Heimat besuchen können.

Zafirah ist etwas traurig, da ihre Schwester seit einigen Tagen nicht mehr mit ihr spricht. Die beiden hatten einen Streit über den Glauben und die Erziehung ihrer Kinder. Beide sind Muslime. Doch Zafirahs Schwester liess ihre Kinder christlich taufen und erziehen. Zafirah hält es nicht für notwendig, ihre Kinder zu taufen und zum Christentum konvertieren zu lassen. Das verstand Zafirahs Schwester nicht und beantragte heimlich für Zafirahs Kinder eine Taufe und die Konvertierung zum Christentum. Dies wurde jedoch abgelehnt, da es dazu der Zustimmung Zafirahs bedarf. Zafirah begründet ihre Haltung damit, dass sowohl sie wie ihr Mann Muslime seien und dass sie nicht ausschliesse, eines Tages nach Marokko zurückzukehren.

Zwischenfazit:

Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen:	ja
Geburtsvorbereitungskurs besucht:	ja
Information über alternative Geburtsformen:	nein
Stillberatung in Anspruch genommen:	nein
Mütterberatung in Anspruch genommen:	nein
Klarheit über Versicherungsstatus:	ja
Kinderbetreuung:	Nicht gelöst. Bereitet Sorgen.

Zafirah erlebte entgegen der gängigen Erfahrungen die Schwangerschaft und Geburt ihres ersten Kindes als unproblematischer, was sich teilweise auf die Lebensumstände zurückführen liesse. Während der ersten Schwangerschaft und Geburt war Zafirah mit einem Schweizer verheiratet, der sich im Schweizer Gesundheitssystem auskannte, sie sogar zu einem Geburtsvorbereitungskurs animierte. Sie lebte zu diesem Zeitpunkt in gesicherten finanziellen Verhältnissen und war glücklich. Während der ganzen Schwangerschaft und Geburt konnte sie auf ihren Mann zählen.

Zafirahs zweiter Mann ist Marokkaner, der erst vor kurzem in die Schweiz kam und kein deutsch spricht. Ausserdem kennt er sich mit dem schweizerischen System nicht aus. Zafirah musste sich während der zweiten Schwangerschaft und Geburt alleine durch das Geburtssystem ‚kämpfen‘. Ihr Mann war ihr – vom praktischen Standpunkt aus gesehen – keine Hilfe. Im Gegenteil, Zafirah musste ihrem Mann bei diversen administrativen Angelegenheiten (Sozialdienst usw.) behilflich sein. Sie trug die Verantwortung. Belastend musste für Zafirah auch die ungünstige finanzielle Lage sein.

Es ist zu vermuten, dass diese Umstände Zafirahs Befinden während Schwangerschaft und Geburt beeinträchtigten.

Zafirah besuchte zwar einen Geburtsvorbereitungskurs, wusste jedoch trotzdem nicht Bescheid über die Möglichkeit einer Hausgeburt oder einer Geburt im Geburtshaus. Auch eine Stillberatung nahm sie beim ersten Kind nicht in Anspruch.

Da Zafirah besser in der Schweiz integriert ist als ihr Ehemann, wird sie wohl eher eine Anstellung finden als er. Solange ihr Mann arbeitslos ist, kann er sich um die Kinder kümmern. Sollte aber auch er eine Arbeit finden – was für die Familie wünschenswert wäre – so müsste eine externe Kinderbetreuung gefunden werden, was Zafirah Sorgen bereitet.

Denkanstoss:

- *Es erweist sich als anstrengend, wenn sich Frauen alleine durch das Geburtssystem bewegen müssen.*

6.4 Bilanz der Ergebnisse der zweiten Gruppe

Auch die Fallgeschichten der zweiten Gruppe werden etwas geordnet und interpretiert. Ebenfalls werden sie mit den Thesen in Kapitel 2 abgeglichen.

	Amira	Dardana	Elira	Zafirah
Vorsorgeuntersuchung	X		X	X
Geburtsvorbereitung				X
Altern. Geburtsformen				
Stillberatung	angeboten			
Mütterberatung				
Versicherung klar	X	?	X	X
Kinderbetreuung	Amira (= Hausfrau)	Dardana, Kindergarten	Zuerst Frauen, jetzt Krippe	Zafirah. Später ungewiss.

6.4.1 Schwangerschaft

Im Vergleich zur Gruppe 1 haben die Frauen der Gruppe 2 weniger Leistungen in Anspruch genommen (weniger Kreuze). Drei von vier (75%) Informantinnen gingen während der Schwangerschaft regelmässig zu Vorsorgeuntersuchungen, obwohl auch Dardana diese besucht hätte, hätte sie gewusst, dass sie schwanger war. Alle Frauen dieser Gruppe wandten sich in Angelegenheiten rund um die reproduktive Gesundheit jeweils direkt an einen Gynäkologen/eine Gynäkologin. Hausärzte wurden in Belangen der Schwangerschaft und Geburt nicht konsultiert. Dies widerspricht Bollinis und Wanners (2004) Aussage, dass Migrantinnen öfters eine inadäquate pränatale Versorgung erhalten. Jedoch zeigt auch diese Gruppe eine ausgesprochene Tendenz dazu, in erster Linie von Ärzten angebotene Leistungen zu nutzen, wie dies von Zahorka und Blöchliger (2003) erwähnt wurde.

Allgemein können diejenigen Thesen bestätigt werden, die darauf hinweisen, dass psychisch belastende Sozialverhältnisse den Schwangerschaftsverlauf negativ beeinflussen (Vgl. Bollini und Wanner 2004; Zahorka und Blöchliger 2003; Wimmer-Puchinger 1992).

Nur eine Frau (25%) hat einen Geburtsvorbereitungskurs besucht, erachtete ihn jedoch nicht als sinnvoll.

Über eine Überinstitutionalisierung des schweizerischen Geburtssystems beklagte sich keine der Informantinnen der Gruppe 1. Im Gegenteil: Die enge Vernetzung der einzelnen Dienste vermag bei korrekter Handhabung Frauen sicher durch Schwangerschaft und Geburt geleiten. In spezifischen Fällen vermag das dichte Netz gar vom sozialen Abstieg bedrohte Frauen aufzufangen. Somit kann Lazarus' These nur soweit entsprochen werden, als auch Frauen der

Unterschicht interessiert sind an weitgehenden Informationen über das Geburtssystem, aber auch über die körperlichen Vorgänge während Schwangerschaft und Geburt (Vgl. Lazarus 1997: 140-141). Keine der befragten Frauen der zweiten Gruppe wurde aktiv über alternative Geburtsmöglichkeiten informiert.

6.4.2 Geburt

Die durchschnittliche Geburtsziffer bei der Gruppe 2 beträgt 2,5 Kinder. Sie liegt somit deutlich höher als bei der ersten Gruppe³⁷.

Aufgrund des kleinen Samples der zweiten Gruppe lassen sich keine eindeutigen Aussagen zur Häufigkeit von Geburtskomplikationen oder der perinatalen Sterblichkeit bei Migrantinnen machen, wie diese bei Widmer (1998) oder Zahorka und Blöchliger (2003) gemacht wurden. Jedoch scheint die Frage von Relevanz zu sein, treten in diesem kleinen Sample sowohl Fälle von eindeutigen Geburtskomplikationen wie auch von perinataler Kindersterblichkeit auf.

Wie bereits bei der ersten Gruppe kann auch für die zweite Gruppe die Aussage von Zahorka und Blöchliger (2003), dass Migrantinnen für die Geburt hauptsächlich spitalbasierte Leistungen in Anspruch nehmen, vollumfänglich bestätigt werden.

6.4.3 Nach der Geburt

Die ärztlichen Nachuntersuchungen wurden von allen Befragten der zweiten Gruppe beansprucht. Das Angebot der Still- oder Mütterberatungen hingegen wurde von niemandem genutzt. Dies entspricht auch den Erkenntnissen von Zahorka und Blöchliger (2003: 7).

Keine der Informantinnen erwähnte Schwierigkeiten oder Unsicherheiten bezüglich ihres Versichertenstatus.

Momentan kümmern sich drei der vier Mütter (75%) selbst um ihre Kinder. Einzig die Kinder einer Informantin werden ganztags von einer Kinderkrippe betreut. Die Nachfrage nach Information über Möglichkeiten der Kinderbetreuung oder Mütterentlastung erachte ich jedoch auch bei dieser Gruppe als gross.

³⁷ Es ist auch hier zu betonen, dass diese Resultate nicht repräsentativ sind. Sie dienen einzig der Veranschaulichung.

6.5 Interviews mit den Vertreterinnen der dritten Gruppe

Dieses Kapitel möchte aufzeigen, wie Aussenstehende die Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit nach der Geburt mit Migrantinnen erleben.

Dazu wurde einerseits Elisabeth Mosimann befragt, welche albanische Frauen vor, während und nach der Geburt begleitet. Andererseits wurde ein Gespräch mit zwei Hebammen geführt. Die Interviews werden in gekürzter Form wiedergegeben.

6.5.1 Interview mit Elisabeth Mosimann

Elisabeth Mosimann ist vierzig Jahre alt und Mutter von fünf Kindern, wovon sie eines in einem Spital im Kosovo und drei mittels Hausgeburt zur Welt brachte. Seit über zwanzig Jahren lebt sie mit einem fünfzehn Jahre älteren Kosovo-Albaner im Konkubinat zusammen. Durch ihn und ihre zahlreichen Aufenthalte im Kosovo lernte Frau Mosimann albanisch.

Frau Mosimann ist gelernte Pflegefachfrau, arbeitet aber heute vorwiegend als albanisch-deutsche Übersetzerin für diverse Institutionen. Nebenbei ist sie Hausfrau. Sie hat bereits mehrere albanische Frauen auf freiwilliger Basis durch das schweizerische Geburtssystem begleitet.

Tanya Karrer (TK): Frau Mosimann, können Sie mir einleitend von ihren eigenen Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen erzählen?

Elisabeth Mosimann (EM): Alle meine Geburten waren sehr spezielle, aber schöne Erfahrungen. Die erste liegt schon über zwanzig Jahre zurück. Während all meiner Schwangerschaften begab ich mich regelmässig zu Vorsorgeuntersuchungen. Schliesslich bin ich ja gelernte Krankenschwester und weiss Bescheid. Obwohl ich bereits damals von alternativen Geburtsformen wusste, entschied ich mich beim ersten Kind für eine Spitalgeburt.

Die zweite Geburt war sehr speziell, weil sie in einem Spital im Kosovo stattfand. Zweimal im Jahr besuchen mein Mann und ich seine Familie im Kosovo. So auch dieses Mal. Ich war bereits hochschwanger und wir befürchteten, ich würde im Auto auf der Rückfahrt gebären. Also beschlossen wir bis nach der Geburt im Kosovo zu bleiben. Als es soweit war, brachte mein Mann mich ins Spital. Am Eingang musste ich mich von ihm verabschieden. In den Ländern des Balkans haben Männer keinen Zugang zum Geburtsgeschehen. Viele albanische Frauen sind daher auch sehr überrascht, wenn sie in der Schweiz beinahe vorwurfsvoll gefragt

werden, warum sie niemanden zur Geburt mitbringen. Im Balkan ist das eine reine Frauensache.

Die Gebärstation war sehr primitiv. Es gab grosse Säle mit etwa zwanzig Betten, die nur durch einen Vorhang getrennt waren. Die Bettwäsche wurde nur selten gewechselt. Auch hatte es nicht genug Betten für alle Frauen. Die meisten mussten sich ein Bett teilen. Aber weil ich eine Ausländerin war, gab man mir ein eigenes Bett, doch auch dieses war noch mit dem Blut meiner Vorgängerin beschmutzt. Zuerst hatte ich eine serbisch sprechende Hebamme. Ich verstand kaum was sie sagte und bat um eine albanisch sprechende Hebamme. Diese bekam ich dann auch. Während ich in den Wehen lag und vor Schmerzen schrie, sass sie vorne an einem Tisch und ging einer anderen Arbeit nach. Nur manchmal kam sie und mass, wie weit sich der Muttermund geöffnet hatte und ob soweit alles normal war. Zum Glück ging alles ohne Komplikationen. Als mein Kind geboren war, erhielten wir beide ein Armband mit einer Nummer, danach wurde mir das Kind für die nächsten Stunden weggenommen. Das war schon etwas komisch. Im Kosovo bleibt man nur solange wie wirklich notwendig im Spital. Man erhält keine Kost. Diese müssen die Verwandten vorbeibringen. Auch erhält man keinen Besuch. Wenn man mit dem Mann oder den Verwandten kommunizieren will, so muss man entweder zum Fenster schreien oder Zettelchen mit Nachrichten an einer Schnur hinauf- oder herunterlassen. Nach dieser Erfahrung kann ich verstehen, wenn albanische Frauen das hiesige Spitalangebot rühmen und vollumfänglich in Anspruch nehmen wollen.

Trotzdem entschied ich mich beim dritten Kind für eine Hausgeburt. Man musste viel vorbereiten, aber es ist auch schön, wenn die ganze Familie um einen herum sein kann. Die Hausgeburt gefiel mir so gut, dass ich die folgenden zwei Kinder auch auf diese Weise gebar. Beim letzten musste ich aber ein paar Tage nach der Geburt doch noch ins Spital. Sie sagten mir, dass ich langsam schauen sollte, nicht noch mehr Kinder zu haben. Ich jedoch hätte gerne noch mehr Kinder. Mal schauen, wie's kommt....

TK: Wie sind sie darauf gekommen, albanische Frauen in der Schweiz vor, während und nach der Geburt zu begleiten?

EM: Das hat sich so ergeben. Es waren vorwiegend Frauen aus der Nachbarschaft, die jemanden brauchten, der sie mit dem Auto zu den Voruntersuchungen fuhr. Ich war die einzige mit Auto. Auch getrauen sich die Frauen nicht alleine aus dem Haus zu gehen oder ihre Männer verbieten es ihnen. Ich ging dann immer zu den Untersuchungen mit und

übersetzte. Als Krankenschwester konnte ich ihnen auch mit Ratschlägen dienen. Am Schluss begleitete ich sie dann bis einige Zeit nach der Geburt.

TK: Wie sah die Begleitung im Detail aus?

EM: Während der Schwangerschaft ging ich immer mit ihnen zur Voruntersuchung und übersetzte, was der Arzt sagte. Da diese Frauen ihre bisherigen Untersuchungen immer vom Hausarzt vornehmen liessen, versuchte ich sie dazu zu bewegen, sich auch von einem Gynäkologen, einem Spezialisten, untersuchen zu lassen. Ich erachte das als wichtig. Auch über alternative Formen der Geburt informierte ich sie – dies tat auch der Gynäkologe – aber dafür hatten sie kein Gehör. Ja, und rund um den Geburtstermin war ich dann sozusagen immer auf Bereitschaft. Wenn's los ging fuhr ich sie ins Spital und war während der ganzen Geburt anwesend und übersetzte und versuchte sie auch emotional zu unterstützen. Das war manchmal sehr anstrengend, aber auch schön. Nach der Geburt riet ich allen Frauen, die angebotene Stillberatung zu nutzen. Und wenn ich mit meinen Kindern in die Mütterberatung ging um sie wiegen zu lassen usw., überredete ich die Frauen, mich mit ihren Kindern zu begleiten. Wie gesagt fällt es vielen albanischen Frauen schwer, alleine aus dem Haus zu gehen. Sie wissen vielleicht auch, dass es eine Mütterberatung gibt, aber sie wissen nicht, wie das abläuft, ob das gratis ist und dann haben sie oftmals Hemmungen wegen ihrer Sprachdefizite. Sie müssen sehen, die wenigsten albanischen Frauen gehen zum Beispiel mit dem Kinderwagen spazieren. Oder sonst nur in Begleitung eines männlichen Verwandten.

TK: Wie erleben Sie das schweizerische Geburtssystem im Hinblick auf albanische Frauen? Finden sie sich darin zurecht? Ist es auf ihre Bedürfnisse abgestimmt? Wo hat man gehandelt, wo besteht noch Handlungsbedarf?

EM: Es ist schwierig das zu verallgemeinern. Einerseits sehe ich, dass alle albanischen Frauen in der Schweiz einen Hausarzt haben, durch den ein relativ gesicherter Verlauf von Schwangerschaft und Geburt gewährleistet ist. Mittels Hausarzt und Spitalgeburt schafft es praktische jede Albanerin durch das hiesige Geburtssystem. Andere oder ergänzende Angebote sind jedoch entweder unbekannt oder die Hemmschwelle ist zu gross. Das Hauptprobleme sehe ich darin, dass albanische Frauen kaum aus dem Haus gehen und somit auch nicht deutsch lernen. Immer wieder animiere ich sie dazu, einen Deutschkurs zu besuchen, die kosten ja auch nicht viel. Ich denke, Deutschkurse müssten näher an albanische Frauen gebracht werden. Aber ich habe auch schon gehört, dass es fremdsprachige Geburtsvorbereitungskurse gibt. Das finde ich eine gute Idee, aber wenn die Frauen nicht aus

dem Haus gehen, finden sie wohl keinen grossen Anklang. Und albanische Männer lassen sich erst recht nicht für einen solchen Kurs begeistern.

Die albanische Kultur ist sehr patriarchalisch. Eine Frau oder ein Mädchen ist oftmals nichts wert. Dies schlägt sich darin nieder, dass die grösste Sorge von schwangeren Frauen ist, dass das Kind ein Mädchen sein könnte und dass sie selbst dadurch von ihrem Mann verstossen werden könnten. Erst an zweiter Stelle hofft man, dass das Kind gesund ist. Diese Angst, mit einem Mädchen schwanger zu sein, hat manchmal einen negativen Einfluss auf die Schwangerschaft. Ich habe aber schon Schweizer Ärzte erlebt, die sich scheinbar etwas mit der albanischen Kultur auskennen. Wenn das Ultraschallbild ein Mädchen zeigte, dann erzählten sie den Frauen, dass sie es nicht eindeutig sehen könnten. Wenn es aber ein Junge war, dann sagten sie das klar. Diese kleine Notlüge erspart den Frauen viel Angst. Ist das Kind dann einmal geboren, wird es ja doch meistens geliebt – egal ob Mädchen oder Junge. An diesen Ärzten könnten sich andere ein Vorbild nehmen.

Auch Mütterberatungsstellen erachte ich für albanische Frauen als sehr sinnvolle Institutionen, jedoch ist für sie die Hemmschwelle zu hoch. Ich denke, man müsste mit informellen Mütterrunden, wie sie ja bei Schweizerinnen üblich sind, beginnen.

Aber grundsätzlich muss man halt doch sagen, dass die Geburt in einem Schweizer Spital für albanische Frauen schon Luxus bedeutet und sie nebenbei vielleicht nicht viel mehr benötigen.

6.5.2 Fokusgruppengespräch mit zwei Hebammen

Bisher haben wir die Meinung der Migrantinnen selbst sowie einer Mittlerin zwischen den Migrantinnen und dem Geburtssystem vernommen. Doch wie erleben Vertreter des Geburtssystems die Geburt bei Migrantinnen? Um Antworten auf diese Frage zu erhalten, wurde ein kleines Fokusgruppengespräch mit zwei Hebammen des Regionalspitals Zofingen geführt.

Beide Hebammen, welche Angela und Denise genannt werden³⁸, weisen eine Berufserfahrung von 23 Jahren auf. Beide arbeiteten bis vor einiger Zeit in grossen Spitälern, wo sie gleichzeitig mehrere gebärende Frauen betreuten. Da sie bald den Wunsch verspürten, die Geburt bei einer Frau intensiver und persönlicher begleiten zu können, wechselten sie in die relativ kleine Geburtsabteilung der Frauenklinik des Regionalspitals Zofingen. Die beiden Hebammen schätzen nun, eine Frau bei der Geburt vollständig begleiten zu können.

Das Gespräch fand in einem Büro auf der Gebärdabteilung statt.

³⁸ Die Hebammen möchten nicht mit ihrem Namen in der Arbeit erscheinen.

Die erste Frage befasste sich mit der Ausbildung zur Hebamme und ob dabei Konzepte wie die Transkulturelle Kompetenz eine Rolle spielten. Angela, die ihre Ausbildung in der ehemaligen DDR absolviert hatte, verneinte die Frage nach der Transkulturellen Kompetenz. Diese sei dort zu jener Zeit kein Thema gewesen. Auch Denise bestätigt, dass Transkulturelle Kompetenz nicht direkter Inhalt ihrer Ausbildung war. Man wurde zwar darauf hingewiesen, dass man im Berufsalltag mit Migrantinnen konfrontiert würde, die möglicherweise über andere Ansichten verfügen als Schweizerinnen. Jedoch sei man nicht direkt auf das Zusammentreffen mit diesen vorbereitet oder instruiert worden. Beide Hebammen betonen vielmehr, dass der Umgang mit Frauen ausländischer Herkunft in der Praxis erlernt wird. In ihrer langjährigen Erfahrung lernten beide Hebammen einige Worte in allen möglichen Sprachen, die einerseits gewisse Instruktionen erleichtern, andererseits aber auch das Eis zu brechen vermögen und einen persönlicheren Zugang zur Gebärenden ermöglichen. Angela wie Denise heben jedoch hervor, dass Sprachprobleme keine schwerwiegende Rolle in der Arbeit mit Migrantinnen spielten. Bisher hätten sie sich noch immer verständigen können. In den allermeisten Fällen würden die Frauen von deutschsprechenden Personen begleitet, die – falls notwendig – übersetzen könnten.

Während des Gespräches wird nicht ganz klar, ob grundlegende Unterschiede bei der Geburt zwischen Einheimischen und Migrantinnen ausgemacht werden können. Einerseits heben beide hervor, dass die Geburt und das Verhalten dabei eine sehr individuelle Angelegenheit sei, die sich nicht pauschal auf eine Kultur oder ein Herkunftsland zurückführen lässt. Andererseits haben die Erfahrungen von Angela und Denise gezeigt, dass Migrantinnen oft unvoreingenommener zur Geburt erscheinen und einfach ihren Gefühlen folgen würden. Schweizerinnen hingegen wüssten oftmals sehr gut Bescheid über alle möglichen Massnahmen und seien daher manchmal gar „etwas kopfgesteuert“. Ausserdem fällt Denise auf, dass Migrantinnen von mehreren Personen begleitet werden, die das Handeln manchmal etwas komplizierter machen. Dazu erwähnt Angela, dass sie sich oft – zum Beispiel bei Türkinnen – gegen die Schwiegermütter der Gebärenden durchsetzen müsse, die sich oftmals für das Geburtsgeschehen verantwortlich fühlten. Und entgegen meinen eigenen Vermutungen, geniessen die Hebammen – auch bei Gebärenden aus dem Balkan³⁹ - einen sehr hohen Status. Oftmals würde sie als „Doktor“ angesprochen, was sie, je nach Umständen, in Verlegenheit bringen könne, erläutert Denise, die aufgrund privater Hintergründe vertiefte Kenntnisse über die türkische Lebensweise verfügt.

³⁹ In der Vermutung, dass im Balkan patriarchalische Strukturen dominieren.

Beide Hebammen heben hervor, dass sie sehr gerne mit Migrantinnen arbeiten würden, gerade, weil diese mit einer natürlicheren Einstellung an die Geburt herangehen würden. So führen sie auch gewisse Interaktionsschwierigkeiten nicht auf die Herkunft zurück, sondern auf das Individuum selbst. Dabei seien sie sich immer bewusst, dass sich eine Frau (wie auch deren Familie) während der Geburt in einem Ausnahmezustand befindet und sie daher ein anderes Verhalten als sonst entwickeln kann. Darauf seien sie aber vorbereitet und sie wüssten damit auch umzugehen, schliesslich böten sie eine professionelle Betreuung, erklärt Angela die Arbeit einer Hebamme.

Das Individuum, unabhängig von seiner Herkunft oder seinem sozialen Status, steht auch im Leitbild des Spitals Zofingen im Vordergrund. Zusätzlich befindet sich die Frauenklinik an der Ausarbeitung eines eigenen Leitbildes, in welchem auch den Migrantinnen Rechnung getragen werden soll.

Da die Frauenklinik Zofingen einen grossen Anteil an Geburten bei Migrantinnen verzeichnet, versuchte sie bereits in letzter Zeit das Angebot an diese Gruppe anzupassen. So wurden zum Beispiel Geburtsvorbereitungskurse in tamilisch angeboten. Die Kurse stiessen jedoch kaum auf Interesse, sodass sie wieder aus dem Programm genommen wurden. Beide Hebammen machten die Erfahrung, dass Migrantinnen selten von den schwangerschaftsbegleitenden Angeboten wie Geburtsvorbereitungskurse oder Akupunktur Gebrauch machten. Auch die nachgeburtlichen Angebote wie Stillberatungen stünden bei Migrantinnen nicht sehr hoch im Kurs. Angela bemerkt dazu aber auch, dass die meisten Migrantinnen kaum Probleme beim Stillen entwickelten: „Sie setzen das Kind einfach an die Brust und es trinkt“. Sie beobachte auch, dass viele Migrantinnen sehr lange stillen würden, sodass auch das spätere Abstillen immer weniger zu einem Problem werde.

Folglich erachten beide Hebammen das schweizerische Geburtssystem als für Migrantinnen geeignet. Sie hätten die Erfahrung gemacht, dass die allermeisten Migrantinnen während der Schwangerschaft zum Arzt und über diesen in die Gebärdabteilung des Spitals finden. Die Migrantinnen wollten in erster Linie in Sicherheit gebären, alle anderen Angebote schienen sie kaum zu benötigen. Die Hebammen vermuten, dass oftmals auch Familienmitglieder, wie zum Beispiel die Schwiegermutter, beratende Funktionen einnehmen.

Denise fügt am Schluss an, dass sie bereits mehrere Gespräche mit Studentinnen über die Transkulturelle Kompetenz bei der Geburt geführt habe und sie dies grundsätzlich ein gutes Konzept finde. Jedoch habe sie langsam das Gefühl, dass für die Sozialwissenschaftler die Geburtsabteilung nur noch aus Migrantinnen bestehe und das ganze Gesundheitssystem nur noch auf Migrantinnen ausgerichtet sein müsse. So kritisiert sie auch am Konzept der

Transkulturellen Kompetenz, dass diese Form der Kompetenz nur auf der einen Seite – nämlich auf derjenigen der Einheimischen – erworben werden müsse. Dabei bestehe die Interaktion ja immer aus zwei Parteien.

Auch Angela fügt hinzu, gerade weil sie selbst Deutsche ist, dass sie oft das Gefühl habe, der schweizerischen Kundinnen wegen, nicht noch mehr ausländische Hebammen anstellen zu können. Dies aus Angst, die Schweizerinnen würden sich dann nicht mehr wohl fühlen. Es sei notwendig, dass man einen Mittelweg fände, so dass sich alle Frauen, unabhängig ihrer Herkunft und ihres Status in der Klinik gut betreut fühlten.

Gerade diesbezüglich arbeitet die Frauenklinik Zofingen momentan neue Konzepte aus, die eine hohe Niederkunftszahl in der Klinik sichern sollen.

6.5.3 Bilanz der Ergebnisse der dritten Gruppe

Sowohl aus Sicht von Frau Mosimann sowie auch aus Sicht der beiden befragten Hebammen ist das schweizerische Geburtssystem für Migrantinnen grundsätzlich geeignet. Über Arzt und Spital könne, auch ohne andere Zusatzleistungen wie Geburtsvorbereitungskurse und Stillberatungen, eine gut betreute Schwangerschaft und eine Geburt in sicheren, angenehmen Verhältnissen gewährleistet werden. Beinahe jede Frau in der Schweiz, auch Migrantinnen verfügten über einen Zugang zu einem Arzt. Über diesen wiederum erfolge die Zuweisung in ein Spital. Beide befragten Parteien bemerken, dass Migrantinnen – besonders diejenigen, die nicht aus Industrieländern stammen – das schweizerische Geburtssystem als sehr gut erachten, auch im Vergleich zu ihrem Heimatland. Wird durch Arzt und Spital eine gute und sichere Betreuung während Schwangerschaft und Geburt gewährleistet, entwickeln Migrantinnen kaum eine Nachfrage nach weiteren Angeboten.

Mosimanns Aussage, dass es für albanische Frauen eher ungewöhnlich ist, von ihrem Mann zur Geburt begleitet zu werden, kann Angela von der Frauenklinik nicht bestätigen. Auch bei Migrantinnen aus dem Balkan sei es eher die Ausnahme, wenn der Mann bei der Geburt des Kindes nicht anwesend ist.

Schlussendlich heben beide Parteien hervor, dass eine Geburt eine individuelle Angelegenheit ist. Es können zwar gewisse kulturtypische Verhaltensweisen ausgemacht werden, jedoch nicht in diesem Masse, als dass sie verallgemeinert werden können.

7 Schlussfolgerungen

Der zweite und zentrale Teil der vorliegenden Arbeit besteht aus einzelnen Fallgeschichten, die darstellen, „wie Migrantinnen die Geburt in der Schweiz erleben“. Diese zeigen auf, wie individuell und unabhängig von der Herkunft eine Schwangerschaft und eine Geburt im Schweizer Gesundheitssystem verläuft.

Trotzdem soll anhand der im Verlaufe des Textes formulierten Thesen versucht werden, eine Tendenz und ein etwas umfassenderes Bild zum Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und der Zeit nach der Geburt bei Migrantinnen zu geben.

Folgende Thesen werden dazu überprüft:

- 1) Sozioökonomischer Status, persönliche und kollektive Erfahrungen, Faktoren alters- und geschlechtsspezifischer Natur, administrative, sprachliche und kulturelle Barrieren beeinflussen den Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung.
- 2) Migrantinnen entwickeln weniger Präventionsverhalten in der Schwangerschaft.
- 3) Migrantinnen greifen während Schwangerschaft und Geburt hauptsächlich auf spitalbasierte und von Ärzten angebotene Leistungen zurück.
- 4) Frauen mit höherem Bildungsniveau nehmen eher an Geburtsvorbereitungskursen teil.
- 5) Migrantinnen sind mit einem institutionalisierten Geburtssystem überfordert.
- 6) Migrantinnen haben während Schwangerschaft und Geburt ein Informationsdefizit.
- 7) Migrantinnen fühlen sich in der postnatalen Phase häufig isoliert und überfordert.
- 8) Die Pathologisierung der Schwangerschaft und der Geburt bildet eine Struktur, die den „rites de passage“ zur Überwindung einer Krise gleichkommt.
- 9) Aufgrund mangelnder sozialer Netzwerke und Sprachkenntnisse spielt der populäre Sektor des Gesundheitswesens für schwangere und gebärende Migrantinnen eine untergeordnete Rolle.
- 10) Erklärungsmodelle von Schweizer Ärzten und Hebammen auf der einen Seite und von Migrantinnen auf der anderen Seite sind aufgrund der sie beeinflussenden Faktoren und Sprachunterschiede schwierig auszuhandeln und auf einen Nenner zu bringen. Dies beeinträchtigt den Behandlungserfolg und kann unter Umständen zu Schwierigkeiten während der Schwangerschaft und der Geburt führen.
- 11) Aufgrund des Spar- und Zeitdrucks im Gesundheitswesen kommt die Transkulturelle Kompetenz nicht zum Tragen. Migranten werden missverstanden oder stereotypisiert.

Folgerungen in Bezug auf die Thesen:

Schwangerschaft und Geburt sind sehr individuelle Angelegenheiten, die nur sehr bedingt durch Faktoren wie Sprache, Kultur, Sozialstatus usw. beeinflusst werden (These 1). Dies bestätigten alle befragten Frauen, nämlich die Migrantinnen selbst, die Übersetzerin Frau Mosimann, sowie die beiden Hebammen des Regionalspitals, Angela und Denise.

Jede Frau erlebt diese Phase und das Ereignis der Geburt auf ihre eigene Weise. Es lassen sich deshalb kaum allgemeine Schlussfolgerungen aus der durchgeführten qualitativen Datenerhebung ziehen. Dies nicht zuletzt, weil auch keine Schweizer Vergleichsgruppe befragt wurde. So ist es auch den Hebammen, welche sowohl mit Migrantinnen wie mit Schweizerinnen zusammenarbeiten, nicht möglich allgemeine Aussagen über das Gebärverhalten bei Migrantinnen im Vergleich zu Schweizerinnen zu machen.

Aus den qualitativen Interviews ist schliesslich auch nicht ersichtlich, ob die reproduktive Gesundheit von Migrantinnen schlechter ist als diejenige von Schweizerinnen. Die Hebammen haben diesbezüglich keine Aussagen gemacht.

Zu These 2: Bezüglich des Präventionsverhaltens während Schwangerschaft und Geburt kann diese These nicht bestätigt werden. Neun der zehn Informantinnen suchten während der Schwangerschaft regelmässig einen Arzt auf. Mehrere erwähnten ebenfalls, während der Schwangerschaft zum Beispiel nicht geraucht und keinen Alkohol konsumiert zu haben. Auch bei Komplikationen oder Krankheit wurde unverzüglich eine Fachperson konsultiert. Zwar greifen Migrantinnen in erster Linie auf die Leistungen von Ärzten oder Spitalern zurück (These 3) und nehmen selten nebenher angebotene Leistungen (Geburtsvorbereitungskurs, Akkupunktur usw.) in Anspruch. Dieses Verhalten darf jedoch nicht als mangelndes Präventionsverhalten interpretiert werden. Migrantinnen wählen zwar den einfachsten Weg durch das Geburtssystem (Arzt – Spital), jedoch kann auch durch diesen Weg eine umfassende Betreuung und Kontrolle gewährleistet werden.

Warum Migrantinnen alternative Angebote wie Kurse zur Vorbereitung der Geburt selten beanspruchen, kann aus der Datenerhebung leider nicht klar beantwortet werden. Etwa der Hälfte der befragten Mütter war bekannt, dass solche Kurse angeboten würden. Trotzdem entschieden sich nur zwei Frauen für den Besuch des Kurses. Das Spital Zofingen bot in einem Projekt gar fremdsprachige Geburtsvorbereitungskurse (z.B. in tamilisch) an, sie mussten jedoch mangels Interesse abgesagt werden. Warum ist das Interesse bei Migrantinnen für alternative Angebote geringer? Sind sie weniger informiert? Ist die Hemmschwelle zu gross? Erachten sie die Angebote als sinnlos? Oder liegt es am oftmals geringeren Sozial- und

Bildungsstatus von Migrantinnen, der, wie in These 6 behauptet, ausschlaggebend ist für den Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses?

Die Frage nach der Ursache dieses Umstandes kann vor dem Hintergrund der Datenerhebung nicht befriedigend beantwortet werden.

Wenden wir uns der zentralen Frage zu: „Wie erleben Migrantinnen die Schwangerschaft und die Geburt im schweizerischen Geburtssystem?“ Sind sie dabei mit der Institutionalisierung und der Komplexität des Systems überfordert (These 5)? Wie im Verlaufe der vorliegenden Arbeit erläutert wurde, kann das Geburtssystem in verschiedene Ebenen und Sektoren eingeteilt werden. Dadurch erhält es eine gewisse Komplexität. Trotzdem haben die Interviews gezeigt, dass Migrantinnen einen Weg durch das System gefunden haben, wenn auch hauptsächlich durch Arzt und Spital. Auf den hier als volkstümlich definierten Sektor wird wenig zurückgegriffen. Wird von Migrantinnen vor und nach der Schwangerschaft – wie in These 9 behauptet – dann auch wenig Gebrauch vom populären Sektor gemacht? Einige der interviewten Mütter gaben an, dass es ihnen in der Schweiz zum Zeitpunkt der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes an sozialen Netzwerken mangelte, dass sie sich wünschten, erfahrene Frauen wie die eigene Mutter für einen Austausch in der Nähe zu haben. Aus diesen Informationen liesse sich also folgern, dass die Schwangerschaftsverarbeitung bei Migrantinnen weniger im populären Sektor stattfindet als bei Schweizerinnen, deren soziales Netz in der Schweiz unmittelbar zur Verfügung steht. Auf der anderen Seite zeigen die Schilderungen von Mosimann und den Hebammen des Spitals Zofingen, dass Migrantinnen sehr wohl über Bekanntschaften in der Schweiz verfügen. Elisabeth Mosimann bildete selbst einen Teil des sozialen Netzwerkes der von ihr betreuten Albanerinnen. Gleichzeitig weist sie aber auch darauf hin, dass viele Kosovo-Albanerinnen in der Schweiz sehr isoliert leben. Die Hebammen erleben wiederum, wie viele Migrantinnen oft von zahlreichen Personen zur Geburt begleitet werden. Das würde bedeuten, dass während der Geburt auf die Ressourcen des populären Sektors zurückgegriffen werden könnte. Allerdings kann aus den Erfahrungen der Hebammen nicht geschlossen werden, ob dieses soziale Netz auch vor und nach der Geburt zur Verfügung steht. Bei einigen meiner Informantinnen reisten Familienangehörige temporär zur Unterstützung der Frau aus dem Ausland an.

Es kann also keine abschliessende Aussage zu These 9 gemacht werden.

Die meisten bisher zum Thema durchgeführten Studien kamen zum Schluss, dass bei Migrantinnen in Industrieländern ein Informationsdefizit während Schwangerschaft und

Geburt besteht (These 6). Teilweise äusserten auch die von mir befragten Mütter den Wunsch nach vermehrter Information. Ich selbst erkannte in fast allen Fallbeispielen einen Informationsbedarf, u.a. zum Beispiel über die Versicherungsmodalitäten. Die befragten Hebammen wiederum konnten kein offensichtliches Informationsdefizit bei den gebärenden Migrantinnen ausmachen. Sie erwähnten zwar, dass die Migrantinnen oftmals weniger oder zumindest anders vorbereitet zur Geburt auf die Gebärabteilung kamen als Schweizerinnen, jedoch werteten sie dies nicht als Informationsdefizit. Vielmehr wiesen sie darauf hin, dass diese Frauen mehr ihrem Gefühl und ihrem Instinkt folgen würden, was den Geburtsverlauf im Normalfall nicht negativ beeinflusse.

Folglich kann auch zu These 6 nicht eindeutig Stellung genommen werden. Ich erlaube mir jedoch anzufügen, dass es meines Erachtens nicht schaden würde, die Frauen aktiver über gewisse Vorgänge und Modalitäten in Kenntnis zu setzen. Dies müsste in erster Linie durch den zuerst konsultierten Vorsorgedienstleister, also meistens den Haus- oder Frauenarzt geschehen. Dabei sollten nicht nur körperliche Vorgänge erläutert werden, sondern auch Modalitäten zu Versicherungen und Schweizer Recht. Auch im Spital müssen die Frauen über die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten in Kenntnis gesetzt werden.

These 7 handelt davon, dass sich Migrantinnen in der postnatalen Phase häufig isoliert und überfordert fühlen. Über die ersten Tage und Wochen nach der Geburt haben die Informantinnen nur sehr wenige Aussagen gemacht. Vermutlich herrscht in dieser Zeit noch die Freude über das Kind vor, die Frau befindet sich noch immer in einem Ausnahmezustand und erhält Unterstützung durch Familie oder, falls erwünscht, durch Stillberaterinnen oder Mütterberatungsstellen. Die Institutionalisierung des Geburtssystems wirkt noch. Kommt die Frau mit dem Kind aber in den Alltag zurück, kann es leicht zu einer Überforderung kommen, besonders wenn die Frau wieder in das Berufsleben einsteigen möchte bzw. muss. Acht der zehn befragten Migrantinnen sind unterdessen wieder berufstätig oder beabsichtigen, nächstens einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Für sie alle stellte die Organisation der Kinderbetreuung eine Herausforderung dar. Die für die Kinderbetreuung berufstätiger Eltern vorgesehene Institution der Kinderkrippe wird von nur einer befragten Mutter beansprucht. Alle anderen betroffenen Frauen versuchten eine informelle Lösung zu finden, indem sie Familienangehörige mit der Betreuung der Kinder beauftragten bzw. ihre Arbeitszeiten anpassten und aufteilten. Es ist dabei interessant zu sehen, dass drei Frauen aus der ersten Gruppe Unterstützung von ihren Eltern bzw. Schwiegereltern erhielten, während die Frauen aus der zweiten Gruppe nicht auf familiäre Hilfe zählen konnten.

Auch die ‚Frauenbegleiterin‘ Mosimann warnt vor der Isolation bei jungen kosovo-albanischen Müttern, die z.T. durch die kulturspezifische Lebensweise verstärkt wird. Sie selbst versucht deren Isolation entgegenzuwirken, indem sie die Mütter z.B. animiert, mit ihr zusammen Mütterberatungsstellen aufzusuchen. Jedoch erkennt sie in der längerfristigen postnatalen Betreuung Handlungsbedarf auch auf Seiten von Institutionen oder gar Gemeinden.

These 7 kann somit bestätigt werden: Die postnatale Phase stellt für viele Migrantinnen eine Herausforderung dar, sie fühlen sich isoliert und mit ihren Problemen und Fragen alleine gelassen. Gerade bei der Organisation einer Kinderbetreuung erweisen sie sich zwar als sehr einfallreich, jedoch zeigte sich auch, dass die Betreuungssituation nicht immer zufriedenstellend ist und von Unsicherheiten geprägt wird.

Wie Mosimann erachte auch ich es als notwendig, in diesem Bereich Massnahmen zu ergreifen. Den Migrantinnen sollten möglichst niedrigschwellige Angebote für Beratung aber auch den Austausch mit anderen Müttern während der ersten Jahre nach der Geburt oder länger zur Verfügung stehen. Da das Verlassen des Hauses viele Müttern mit Migrationshintergrund Überwindung kostet, müssten die Beratungen und Treffen in einem informellen Rahmen stattfinden können.

Vorstellbar wäre eine Koordination durch Gemeinden oder Organisationen, die (freiwillige) Frauen mit Erfahrung in Bereich der Migration und der Kindererziehung damit beauftragen, informelle Treffen mit Müttern bei diesen zuhause zu veranstalten. Die Frauen könnten z.B. über Kinderärzte (Anschlagbretter) erreicht werden. Ob die Treffen segregativ, also nach Herkunft getrennt, oder integrativ (gemischt) durchgeführt werden sollen, wäre eingehender zu überprüfen.

Eine etwas heiklere Behauptung, da nicht empirisch überprüfbar, findet sich in These 10: Die Pathologisierung der Schwangerschaft und der Geburt bildet eine Struktur, die den „rites de passage“ zur Überwindung einer Krise gleichkommt.

Während der Schwangerschaft und auch während der Geburt befindet sich die Frau in einem Ausnahmezustand. Das Erfahrungsspektrum, auf das sie bei anderen Situationen zurückgreifen kann, ist hier sehr eingeschränkt, was sich in einer Orientierungslosigkeit oder sogar einer Krise niederschlagen kann. Früher gaben vorgegebene Rituale und Tabus schwangeren und gebärenden Frauen eine gewisse Sicherheit. In anderen Gesellschaften existieren diese Rituale und Tabus noch immer. Wie kann aber heute in der Schweiz Frauen, und insbesondere Migrantinnen, während Schwangerschaft und Geburt Sicherheit vermittelt

werden? Kann durch eine Pathologisierung, die die Schwangerschaft und Geburt in den professionell-medizinischen Sektor verlegt, eine sicherheitsvermittelnde Struktur geschaffen werden?

Die Vermutung liegt nahe, dass für Migrantinnen mit einem kleinen sozialen Netzwerk in der Schweiz die Pathologisierung tatsächlich eine hilfreiche Struktur bietet. Die ärztliche Kontrolle der Schwangerschaft in vorbestimmten zeitlichen Abständen kann Regelmässigkeit und Sicherheit vermitteln. Im Gegensatz zu alternativen Angeboten während der Schwangerschaft, geht ein Arzt bei seinen Untersuchungen kausal-deterministisch vor, d.h. jede Angelegenheit, jeder Zustand wird auf eine Ursache, einen Grund zurückgeführt. Kann der Arzt zudem sein kausal-deterministisches Erklärungsmodell den Frauen für sie logisch vermitteln, kann ihr das zusätzliche Sicherheit geben, da nun auch sie die Ursachen für den jeweiligen Zustand erkennen kann. Gleiches gilt für die Geburt im Spital, wo nach bestimmten Regeln (wenn das eintritt, dann wird dies unternommen oder sonst jenes) gehandelt wird.

Vermittelt die durch die Pathologisierung entstandene Struktur tatsächlich Sicherheit, so könnte sich dadurch auch erklären lassen, weshalb Migrantinnen hauptsächlich von Ärzten und Spitalern angebotene Leistungen nutzen: Sie bieten eine engmaschige Struktur und demnach die höchstmögliche Sicherheit in der „Krise“.

Lässt sich also die Schwangerschaft und Geburt, wie eben angenommen, pathologisieren, so würde dies vorausschicken, dass der Arzt sein kausal-deterministisches Erklärungsmodell erfolgreich mit demjenigen der „Patientin“ ausgehandelt hat. Dies würde These 10 widerlegen, wonach behauptet wird, dass die Erklärungsmodelle zwischen Mitarbeitern des Gesundheitswesens und Migrantinnen aufgrund unterschiedlicher Lebenshintergründe schwer auszuhandeln sind. Grundsätzlich tragen die Aussagen der befragten Informantinnen zur Falsifizierung der These bei. Dies äussert sich in der Zufriedenheit der Frauen über die Behandlung während Schwangerschaft und Geburt. Folglich stellt sich aber die Frage, ob dann die geäusserten Unzulänglichkeiten auf unvollständiges Aushandeln der Erklärungsmodelle zurückzuführen sind. Zu erwähnen wäre Irenas Fall. Sie war sich sicher, alle relevanten Informationen zur Geburt zur Verfügung zu haben. Sie glaubte, die Hebamme würde sie unaufgefordert unterstützen, damit die Geburt ohne grössere Zwischenfälle verlaufen würde. Die Hebamme hingegen wartete auf ein Zeichen und würde ihr passives Verhalten möglicherweise damit erklären, dass sie nur auf ausdrücklichen Wunsch der Gebärenden, ihrer „Kundin“, handle. Auch bei Dardanas Fall stellt sich die Frage, ob vor der Geburt zwischen ihrem Hausarzt und ihr eine wirkliche Transaktion der Erklärungsmodelle

stattgefunden hat, oder ob Dardana widerspruchslos dasjenige des Arztes (sie leide an Gastritis) übernommen hatte. Auch nach der Geburt lässt sich vermuten, dass die Aushandlung der Erklärungen zwischen Dardana und dem Langenthaler Gynäkologen besser funktionierte als bei den Ärzten des Spitals Aarau.

Für die beiden Hebammen des Spitals Zofingen scheint ein Übereinkommen in den Erklärungsmodellen sehr wichtig zu sein. Sie gehen dabei davon aus, dass die Gebärende die Kundin und somit die Königin sei, die es zufrieden zu stellen gilt. Ich erhielt den Eindruck, dass, solange die Hebammen in ihrer Arbeit nicht behindert würden und die Geburt nicht gefährdet sei, sie mit ihren eigenen Erklärungsmodellen sehr zurückhaltend umgehen und diejenigen der Gebärenden zu übernehmen versuchen. Trotzdem erwähnten die beiden Hebammen z.T. hitzige Diskussionen mit den Gebärenden oder auch Anwesenden, was auf ein tatsächliches Aushandeln der Erklärungen hinweisen könnte.

Die beiden genannten Hebammen haben im relativ kleinen Regionalspital während einer Geburt genügend Zeit, eine Gebärende umfassend zu begleiten und zu betreuen. Laut These 11 sollte also unter diesen günstigen Umständen transkulturell kompetent gehandelt werden. Obwohl den Hebammen das Konzept bekannt ist, erachten sie es als nicht relevant für die Praxis. Eine Hebamme sei sich immer bewusst, dass sich eine Gebärende in einem Ausnahmezustand befände und darauf würde sich ihr Handeln und ihre Kompetenz beziehen, unabhängig von der Herkunft der Frau. Denn als Hebamme müsse sowieso immer auf das einzelne, gebärende Individuum eingegangen werden. Von daher erachten sie die Transkulturelle Kompetenz als unnötig, besonders, da sie nur einer Seite abverlangt wird. Für ein zufriedenstellendes Resultat auf beiden Seiten ist also eine Interaktion im Sinne einer Transaktion von Erklärungsmodellen weitaus sinnvoller. Missverständnisse im Gesundheitswesen oder gar Stereotypisierung ist weniger auf Transkulturelle Inkompetenz des Gesundheitspersonals zurückführen, sondern viel eher auf die fehlende Fähigkeit des behandelnden Individuums zur Empathie und des Willens unterschiedliche Positionen auszuhandeln.

Wie die Schwangerschaft und die Geburt bei einer Frau eine sehr individuelle Angelegenheit ist, die sich schwerlich auf Herkunft oder andere Verallgemeinerungen zurückführen lässt, so ist dies auch das Verhalten des Arztes, der Hebamme oder der Pflegenden.

Eine Geburt ist für alle Beteiligten eine individuelle Angelegenheit, in der jedoch nach gewissen Regeln gehandelt wird.

Wie in Kapitel 2 erläutert, wurde an der Institutionalisierung des Geburtssystems und der Pathologisierung der Schwangerschaft und Geburt Kritik angebracht. Diese ist jedoch m.E. für das Schweizer Geburtssystem im Zusammenhang mit Migrantinnen nicht zutreffend. Sowohl die Institutionalisierung wie auch die Pathologisierung können der Gebärenden Sicherheit in einer von Unsicherheit geprägten Situation vermitteln. Durch die zunehmende Vernetzung des Geburtssystems mit dem Gesundheitssystem und anderen Systemen (z.B. Sozialwerken) kann bedürftigen Frauen in der Schweiz eine breitgefächerte Unterstützung geboten werden. Dardana und Elira sind gute Beispiele dafür, wie die vernetzten Systeme sie „aufzufangen“ vermochten. Die Vernetzung zwischen den einzelnen Bereichen darf also nicht abgebaut, sondern sollte gar noch intensiviert werden.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass

- Schwangerschaft und Geburt von allen Beteiligten individuell erlebt werden
- sich Migrantinnen während der Schwangerschaft präventiv verhalten und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen
- sie dabei jedoch hauptsächlich die Dienste von Ärzten und Spitalern nutzen
- alternative Angebote nur sehr begrenzt genutzt werden, die Gründe dafür aber nicht klar eruiert werden können
- Migrantinnen mit dem institutionalisierten Geburtssystem der Schweiz nicht überfordert sind, da es ihnen im Gegenteil eine gewisse Sicherheit und Struktur bietet.
- durch die Vernetzung des Geburtssystems mit anderen Institutionen können am Rande der Gesellschaft stehende Personen wieder in ein „normales“ Leben integriert werden.
- es bei einigen Migrantinnen an relevanten Informationen zum Vorgang im Körper aber auch zum System mangelt. Hier bestünde Handlungsbedarf auf Seiten der Ärzte und der Geburtsspitäler.
- sich Migrantinnen nach dem Wochenbett häufig isoliert und überfordert fühlen. Dem könnten niedrigschwellige Beratungsangebote und informell organisierte Treffen entgegenwirken.
- die Kinderbetreuung bei (Wieder-)Eintritt ins Erwerbsleben eine grosse Herausforderung darstellt. Neue, günstige und zahlreichere Betreuungsmodelle sollten in der Schweiz eingeführt werden. Auch Migrantinnen müssten über bestimmte Informationskanäle über die Möglichkeiten der Kinderbetreuung in Kenntnis gesetzt werden. Zukünftige Forschungen im Bereich Migration und Geburt sollten ihren Fokus vermehrt auf die Zeit nach der Geburt richten.

- der populäre Sektor, besonders in Form von sozialen Netzwerken, bei schwangeren oder gebärenden Frauen eine wichtige Rolle spielt. Viele Migrantinnen verfügen jedoch in der Schweiz nur über ein mangelhaftes soziales Netzwerk.
- das Aushandeln von Erklärungsmodellen generell schwierig, aber durchaus möglich ist, auch zwischen Schweizer Ärzten und Migrantinnen. Eine nicht erfolgte Transaktion von Erklärungsmodellen kann zu Unannehmlichkeiten führen.
- Zeit- und Spardruck keinen direkten Einfluss auf die transkulturelle Kompetenz bzw. Inkompetenz hat. Das Verhalten ist vielmehr an das Individuum gebunden.

Abschliessend soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass diese Befunde keine Verallgemeinerungen darstellen und deshalb auch keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben! Sie stellen lediglich einen Vergleich zwischen den formulierten Thesen und den Aussagen der Informantinnen dar. Der Fokus liegt auf den einzelnen Fallbeispielen, die aufzeigen wie unterschiedlich Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Geburt von Migrantinnen erlebt werden können.

Die Aufbereitung, die Präsentation und das Lesen der umfangreichen Informationen über die Geburt, diesen Höhepunkt im menschlichen Leben erlauben einen faszinierenden Einblick in das schweizerische Geburtssystem. Ein System, das recht präzise funktioniert und grundsätzlich zugänglich ist – auch für Migrantinnen!

Bibliographie

Albrecht-Engel, Ines 1995: Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schievenhövel, Wulf et. al. (Hg.) 1995: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Berlin: VWB. 31-42.

Beauvalet-Boutouyrie, Scarlett 1998: Die Chef-Hebamme: Herz und Seele des Pariser Entbindungshospitals von Port-Royal im 19. Jahrhundert. In: Schlumbohm, Jürgen et. al. (Hg.) 1998: Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München: Beck. 221-243.

Birchler, Michèle 2005: Was macht eine Doula Geburtsbegleiterin? URL:<<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=INTERVIEWBIRCHLER>>. 27.07.2005.

Bollini, Paola und Philippe Wanner 2004: Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. Zusammenfassung des Forschungsprojektes. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bühl, Walter 1994: Institution. In: Fuchs-Heinritz, Werner et al. (Hg.) 1994: Lexikon zur Soziologie. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Bundesamt für Gesundheit 2002: Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit 2003: Gesundheitswegweiser Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Migration o. J.: Ausweis B: Aufenthaltsbewilligung.
URL: <<http://www.bfm.admin.ch/index.php?id=252>>. 19.08.2005.

Bundesamt für Migration o. J.: Ausweis C. Niederlassungsbewilligung.
URL: <<http://www.bfm.admin.ch/index.php?id=259>>. 15.10.2005.

Bundesamt für Statistik 2003: Bevölkerung – Wichtigste Kennzahlen.
URL:<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/uebersicht/blank/wichtigste_kennzahlen.html>. 27.07.2005.

Domenig, Dagmar 2001: Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hg.) 2001: Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. 185-199.

Domenig, Dagmar 2004: Transkulturelle Kompetenz – Eine Querschnittsaufgabe. In: Departement Migration des Schweizerischen Roten Kreuzes (Hg.) 2004: Migration – Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo.

Doyal, Lesley 1995: What makes women sick. Gender and the political economy of health. London: Macmillan.

Engel, George L. 1977: The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196. 129-136.

Gerber, Annegret 2005: Kurse zur Geburtsvorbereitung.
URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=RATKURSFINDEN>>. 10.08.2005.

Gross, Jessica 2003: Ausgrenzung von Migrantinnen im deutschen Gesundheitswesen. In: Arbeitskreis Frauengesundheit (Hg.) 2003: Lust auf Dialog. Dokumentation der Jahrestagung 2003. Bremen: AKF.

Güttersberger, Sabine 2004: Der Hebammenberuf und das Gebärverhalten. Einst und heute. Semesterarbeit im Rahmen der interdisziplinären Sonder- und Weiterbildung für Führungsaufgaben der mittleren Führungsebene. Judenburg.

Hälg, Regula, Gabriela Wallimann, Corina Salis Gross, Madeleine Wick Marcoli 2004: Migration und reproduktive Gesundheit. Arbeitsblätter des Institutes für Ethnologie. Bern: Institut für Ethnologie, Universität Bern.

URL: <http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB27_HAE.pdf>. 23.06.2005.

Hau, Theodor F. und Sepp Schindler (Hg.) 1982: Pränatale und perinatale Psychosomatik. Stuttgart: Hippokrates.

Helman, Cecil G. 1990: Culture, Health and Illness. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.

Holzgreve, Brigitte 2003: Das Wochenbett. URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=MEDGEBWOCHENBETTVERAEND>>. 29.07.2005.

Holzgreve, Brigitte 2003a: Das sollten Sie in der Schwangerschaft vermeiden. URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=MEDSCHWLISTEVERMEID>>. 10.08.2005.

Holzgreve, Brigitte 2003b: Die Austreibungsphase.

URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=MEDGEBABLAUFAUSTREIB>>. 10.08.2005

Holzgreve, Brigitte 2003c: Das Down-Syndrom.

URL:< <http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=MEDSCHWGENETIKDOWN>>. 15.10.2005.

Holzgreve, Brigitte 2005a: Umweltbedingte Risiken in der Schwangerschaft. URL:

<<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=MEDSCHWERNRISIKOEINL>>. 27.07.2005.

Holzgreve, Brigitte 2005b: Vorsorgeuntersuchungen.

URL:<<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=MEDSCHWVORSORGWANN>>. 27.07.2005.

Holzgreve, Brigitte 2005c: Schwangerschaftsvorbereitung. URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=FAQMEDSCHWAKUPUNKTURVORBEREITUNG>>. 27.07.2005.

Jordan, Brigitte 1995: Die Geburt aus Sicht der Ethnologie. In: Schievenhövel, Wulf et. al. (Hg.) 1995: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Berlin: VWB. 25-30.

Kayankaya, Ilter 1983: Vorstellungen und Konezepte türkischer Frauen für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Schiefenhövel, Wulf (Hg.) 1983: Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Braunschweig: Vieweg. 235-240.

Kirchhoff, Heinz 1995: Die Geburt in senkrechter Körperhaltung – Kulturhistorische Anmerkungen und mögliche geburtshilfliche Vorteile. In: Schievenhövel, Wulf et. al. (Hg.) 1995: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Berlin: VWB. 233-234.

Kitzinger, Sheila 1998: Schwangerschaft und Geburt. Das umfassende Handbuch für werdende Eltern. München: Kösel.

Kleinman Arthur 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatrie*. Berkeley: University of California Press.

Kuntner, Liselotte 1995: *Die Gebärhaltung der Frau*. In: Schievenhövel, Wulf et. al. (Hg.) 1995: *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Berlin: VWB. 235-244.

Lazarus, Ellen 1997: *What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in American Pergnancy and Chilfbirth*. In: Davis-Floyd, Robbie and Carolyn F. Sargent (Eds.) 1997: *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press. 132-158.

Loux, Françoise 1998: *Frauen, Männer und Tod in den Ritualen um die Geburt*. In: Schlumbohm, Jürgen et al. (Hg.) 1998: *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: Beck. 50-67.

MacCormack, Carol 1982: *Biological, Cultural ans Social Adaption in Human Fertility and Birth: A Synthesis*. In: MacCormack, Carol (Ed.) 1982: *Ethnographie of Fertility and Birth*. London: Academic Press Inc. 1-24.

McGilvray, Dennis B. 1982: *Sexual Power and Fertility in Sri Lanka. Batticaloa Tamils and Moors*. In: MacCormack, Carol (Ed.) 1982: *Ethnographie of Fertility and Birth*. London: Academic Press Inc. 25-75.

Metz-Becker, Marita 1998: *Die Sicht der Frauen. Patientinnen in der Marburger Accouchieranstalt um die Mitte des 19. Jahrhunderts*. In: Schlumbohm, Jürgen et. al. (Hg.) 1998: *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: Beck. 192-205.

Meuser, Michael 1994: *Qualitative Sozialforschung*. In: Fuchs-Heinritz, Werner et al. (Hg.) 1994: *Lexikon zur Soziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Neumeyer, Erika 1996: *Empirische Daten zur ausserklinischen Geburtshilfe*. In: Vetter, Klaus (Hg.) 1996: *Die Geburt. Ein Ereignis zwischen Mythos und medizinischem Risiko*. Stuttgart: Gustav Fischer.

Pawolowsky, Verena 1998: *Trinkgelder, Privatarbeiten, Schleichhandel mit Ammen: Personal und Patientinnen in der inoffiziellen Ökonomie des Wiener Gebärsauses (1784-1908)*. In: Schlumbohm, Jürgen et. al. (Hg.) 1998: *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: Beck. 206-220.

Riedi, Riccarda und Gerda Umenhofer 2005: *Entbinden im Geburtshaus*.
URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=INTERVIEWGEBURTSHAUS>>. 10.08.2005.

Schiefenhövel, Wulf 1983: *Nachwort – der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe*. In: Schiefenhövel, Wulf (Hg.) 1983: *Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht*. Braunschweig: Vieweg. 241-247.

Schlumbohm, Jürgen 1998: *Einleitung*. In: Schlumbohm, Jürgen et. al. (Hg.) 1998: *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: Beck. 11-29.

Schweizerischer Hebammenverband (Hg.) o. J.: *Schwangerschaft Muttersein. Eine Informationsbroschüre für Frauen in der Schweiz*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.

Surbeck, Annegret 2004: *Schwanger am Arbeitsplatz*. URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=KIBERARBEITGEBER>>. 27.07.2005.

Surbeck, Annegret 2005: *Die Hausgeburt*.
URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=RATGEBHAUSGEBURT>>. 10.08.2005.

Surbeck, Annegret 2005a: Das schweizerische Namensrecht.

URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=VGNAMENSRECHT>>. 10.08.2005.

Tanner, Edith 2004: Der Eintritt ins Spital.

URL: <<http://www.swissmom.ch/anzeige.php?docname=MEDGEBKLINIKANKUNFT>>. 10.08.2005.

Thatcher Ulrich, Laurel 1998: Ihre Arbeit – seine Arbeit. Geburtsberichte in Tagebüchern aus Neu-England im 18. Jahrhundert. In: Schlumbohm, Jürgen et. al. (Hg.) 1998: Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München: Beck. 30-49.

Tönnies, Sven und Irina Wirths 2001: Personenzentrierte Gruppenarbeit mit Schwangeren zur Minderung von Schwangerschafts- und Geburtsängsten. In: Brähler, Elmar und Ulrike Unger (Hg.) 2001: Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Giessen: Psychosozial.

Wanner, Philippe 1996: Die Geburtenhäufigkeit der Ausländerinnen in der Schweiz seit 1981. *Demos. Informationen aus der Demographie 2*.

Wanner, Philippe und Peng Fei 2004: Fruchtbarkeit in den Schweizer Gemeinden, 1970-2000. Neue Daten und Interpretationsansätze. *Demos. Informationen aus der Demographie 2*.

Weiss, Regula 2003: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.

Wick-Marcoli, Madeleine 2003: Umfrage in Schweizer Spitälern. Zusammenfassung der Studie. Basel: IAMANEH.

Wimmer-Puchinger, Beate 1992: Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Berlin: Springer.

Zahorka, Manfred und Corinne Blöchlinger 2003: Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz. Ausführliche Zusammenfassung zur Untersuchung. Basel: IAMANEH.

Zuppinger, Brigit 1998: „When I come from the doctor I feel light“. Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen: Fallstudien in doppelter Perspektive. Lizentiatsarbeit. Bern: Institut für Ethnologie, Universität Bern.

Bern, 22. Mai 2005

Interviewpartnerinnen für Diplomarbeit

Sehr geehrte Frau

Von Frau Sylvia Spiess, Kindergärtnerin in Aarburg, habe ich erfahren, dass Ihr Kind den Kindergarten im Städtchen besucht. Frau Spiess hat mir auch Ihre Adresse gegeben.

Nun erlaube ich mir, Sie anzuschreiben. Ich habe früher auch in Aarburg den Kindergarten und die Schule besucht. Nun studiere ich an der Universität Bern Ethnologie (Völkerkunde) und verfasse meine Diplomarbeit über **die Geburt und die Erziehung von kleinen Kindern von Frauen, welche nicht in der Schweiz aufgewachsen sind.**

Dafür wollte ich Sie anfragen, ob Sie bereit wären, mir in einem Interview von etwa 30-45 Minuten über Ihre Erfahrungen bei der Geburt und der Erziehung Ihrer Kinder zu erzählen. Auch würde mich interessieren, wie Sie in diesem Zusammenhang das schweizerische System erleben.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich bereit erklären würden, mir dieses Interview zu geben. In der Diplomarbeit wird Ihr Name nicht erwähnt, Sie bleiben anonym. Ausserdem haben sie das Recht, beim Interview Fragen nicht zu beantworten. Wenn Sie wünschen, kann für das Gespräch eine Übersetzerin beigezogen werden.

Wenn Sie sich bereit erklären am Interview teilzunehmen, möchte ich Sie bitten, das beiliegende „Datenblatt Interviewpartnerinnen“ auszufüllen und mit dem beiliegenden Kuvert bis am 31. Mai 2005 an mich zurückzusenden. Ich werde daraufhin mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Auch wenn Sie das Blatt noch nicht zurückgesendet haben, werde ich mir erlauben, bei Ihnen kurz per Telefon nachzufragen.

Es würde mich sehr freuen, wenn ich ein Interview mit Ihnen machen und Sie dabei kennenlernen dürfte.

Bei Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Besten Dank für Ihre Mithilfe und mit freundlichen Grüssen

Tanya Karrer

Anhang 2: Datenblatt Interviewpartnerinnen

Tanya Karrer, Fährstrasse 53, 3004 Bern. Tel: 031 302 18 51. Mobile: 079 376 85 09.
Email: tanuca2@yahoo.de

Datenblatt Interviewpartnerinnen

**„Wie erleben Migrantinnen die Geburt und das Aufwachsen eines Kindes in der Schweiz?“
Dieser Frage möchte ich in meiner Lizentiatsarbeit (Diplomarbeit) am Institut für Ethnologie,
Universität Bern, nachgehen.**

Dazu werden Migrantinnen mit Kleinkindern befragt.

**Wenn Sie bereit wären, mir in einem Interview von etwa 30-45 Minuten über Ihre Erfahrungen
zu berichten, so würde ich mich freuen, wenn Sie den untenstehenden Teil ausfüllen und mir
zurück geben könnten.**

Vielen Dank!

Name: _____

Telefon (für Rückfragen): _____

Alter: _____ Zivilstand: _____

Beruf: _____

Herkunftsland: _____ In der Schweiz seit: _____

Aufenthaltsbewilligung: C B N F L CH-Bürgerin

Anderes: _____

Anzahl Kinder: _____ Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____

Geburtsdatum des letztgeborenen Kindes: _____

Geburtsort des letztgeborenen Kindes: _____

An welchen Tagen haben Sie Zeit für ein Interview (30-45 Minuten)? _____

Benötigen Sie für das Gespräch eine Übersetzerin? ja nein

Falls ja, welche Sprache: _____

Information:

- Sie bleiben anonym. In der Arbeit werden Ihren Namen und Ihre Telefonnummer nicht bekannt gegeben. Diese dienen nur zu meiner Orientierung.
- Falls Sie einverstanden sind, wird das Interview mit Tonband aufgezeichnet. Es erleichtert mir die Arbeit, da ich Ihre Antworten nicht aufschreiben muss. Wollen Sie nicht, dass das Gespräch aufgezeichnet wird, so bitte ich Sie, mir vor dem Interview Bescheid zu geben.
- Sie haben das Recht, Fragen des Interviews nicht zu beantworten.

Interview über Schwangerschaft und Geburt

Liebe Mutter

Tanya Karrer, eine Studentin der Universität Bern, hat uns angefragt, ob Sie für ihre Diplomarbeit ein Interview mit Ihnen machen darf. Sie schreibt eine Arbeit über **Frauen, die nicht in der Schweiz aufgewachsen sind und in der Schweiz ein Kind zur Welt gebracht haben.**

Im Interview wird Sie Frau Karrer fragen, wie für Sie die Schwangerschaft und die Geburt war, und ob Sie mit dem Spital, den Ärzten und Krankenschwestern zufrieden waren.

Wenn Sie wollen, organisiert Frau Karrer eine Übersetzerin für das Interview.

Das Interview dauert ca. 45 Minuten. Sie können sagen, wo und wann es Ihnen für das Interview am besten geht.

Ihr Name und Ihre Adresse werden von Frau Karrer nicht weiter gegeben, Sie bleiben anonym. Auch müssen Sie im Interview nicht alle Fragen beantworten, wenn Sie nicht wollen.

Als Dank für das Interview erhalten Sie ein kleines Geschenk.

Wenn Sie am Interview teilnehmen wollen, dann senden Sie mir bitte den untenstehenden Abschnitt bis am 24.08.2005 ausgefüllt zurück oder senden mir eine E-Mail. Ich werde Ihre Adresse dann an Frau Karrer weiterleiten, damit sie einen Termin mit Ihnen abmachen kann.

Wenn Sie fragen zum Interview haben, können Sie Frau Karrer anrufen unter 079 376 85 09 oder eine E-Mail senden an: tanuca@students.unibe.ch.

Frau Karrer würde sich sehr freuen, wenn Sie am Interview teilnehmen könnten.

Ja, ich möchte am Interview teilnehmen.

Ich brauche für das Interview eine Übersetzerin (gratis). Sprache: _____

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Telefon / Mobile: _____

Einsenden an: Soziale Dienste Aarburg, O. Schönenberger, 4663 Aarburg. Oder per E-Mail an: o.schoenenberger@aarburg.ch

Semi-strukturierter Interviewleitfaden Lizentiatsarbeit

Fragen zur Migrationsgeschichte, Haushaltgrösse / Konstellation. Alleinerziehend?

1. Erinnern Sie sich noch, als Sie mit ihrem letzten Kind schwanger waren?
 - Lebten Sie da bereits in der Schweiz?
 - War es Ihr erstes Kind?
 - Können Sie mir von ihrer Schwangerschaft und wie Sie diese erlebten erzählen?
 - Was waren Ihre Erwartungen und Ängste an die Geburt?

2. Haben Sie während ihrer Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen?
 - Wie viele?
 - Welcher Art?
 - Bei einem Facharzt oder Allgemeinpraktiker? (Nachtrag)
 - Geburtsvorbereitungskurse?
 - Welche Einschränkungen nahmen sie auf sich (Nikotin, Alkohol, Diät)?

3. Wie erlebten Sie diese Vorsorgeuntersuchungen?
 - War die behandelnde Person weiblich oder männlich?
 - Fühlten Sie sich vom Arzt verstanden? Wieso?
 - Konnten Sie sich gut mit ihm verständigen? Wie?
 - Ging er auf Ihre Fragen und Wünsche ein? Wie?
 - Hätten sie eine Übersetzung gewünscht?

4. Wo brachten Sie Ihr Kind zu Welt? (Spital, Geburtshaus, zu Hause). Haben Sie den Gebärsaal zuvor besichtigt?

5. Wieso wählten Sie diese Form der Geburt?

6. Erzählen Sie mir, wie die Geburt vonstatten ging.
 - War es eine positive oder eine negative Erfahrung?
 - Fühlten Sie sich während der Geburt gut aufgehoben?
 - Hatten Sie Angst? Wovor?
 - Fühlten Sie sich von Ärzten / Hebammen / Pflegenden verstanden?
 - Wer war bei der Geburt alles dabei? Wollten Sie, dass diese Personen dabei waren?

7. Wie und wo erlebten Sie das Wochenbett (die ersten Wochen nach der Geburt)?
 - Was taten Sie in dieser Zeit? (Arbeiten, Haushalt, Ausruhen und Kind geniessen, Besuch erhalten).

8. Wie, glauben Sie, wäre die Geburt und die Zeit danach in Ihrem Herkunftsland vonstatten gegangen?

9. Nahmen Sie Nachuntersuchungen (Hebamme, Arzt) in Anspruch?

10. Was könnte man am schweizerischen Gesundheitssystem im Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt verbessern?

11. Wann nach der Geburt begannen Sie wieder zu arbeiten / haushalten?

12. Was taten Sie mit dem Kind, während Sie arbeiteten / haushalteten?

13. Von wem erhalten Sie bei der Kinderbetreuung und –pflege Unterstützung?

14. Ihr Kind ist nun etwa 5 Jahre alt. War in den letzten 5 Jahren Ihr Kind oft krank oder verletzt?

- Etwa wie oft?
- Was haben Sie unternommen? Hausmittelchen, Arzt, Alternativmedizin
- Wenn Sie zum Arzt gingen: Erhielt –ihrer Meinung nach- Ihr Kind eine gute Behandlung?
- Haben Sie verstanden, was Ihnen der Arzt gesagt hat?
- Ging der Arzt auf die Wünsche von Ihnen und Ihrem Kind ein?
- Verbesserungsvorschläge?

15. Ihr Kind geht nun in den Kindergarten. Wussten Sie, dass die Kinder in der Schweiz ab 5 Jahren in den Kindergarten gehen sollten?

- Wie haben Sie davon erfahren?
- Wie haben Sie Ihr Kind angemeldet?
- Wofür –Ihrer Meinung nach- ist der Kindergarten gut? Was ist die Aufgabe des Kindergartens?
- Glauben Sie, dass Ihr Kind gerne in den Kindergarten geht?
- Schicken Sie Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Warum?
- Was tun Sie in der Zeit, wenn Ihr Kind im Kindergarten ist?
- Würde Ihr Kind in Ihrem Herkunftsland auch in den Kindergarten gehen?

16. Ein paar Fragen zur Kindererziehung:

- Wer in Ihrem Haushalt ist für die Kindererziehung verantwortlich?
- Welche Werte wollen Sie Ihrem Kind vermitteln?
- Wie belohnen / bestrafen Sie Ihr Kind? Wann?
- Welche Sprache(n) sprechen Sie mit Ihrem Kind?
- Was macht Ihnen Angst, wenn Sie an die Zukunft Ihres Kindes denken?
- Was wünschen Sie sich für die Zukunft Ihres Kindes?
- Was unternehmen Sie, damit der Zukunftswunsch für Ihr Kind in Erfüllung geht?

Herzlichen Dank!

Darf ich bei Rückfragen auf Sie zurückkommen?

Wünschen Sie ein Exemplar der fertigen Arbeit (100 Seiten, deutsch)? → Adresse.

Anhang 5: Interviewleitfaden Elisabeth Mosimann

Semistrukturierter Interviewleitfaden Elisabeth Mosimann

Beruf:

Alter:

Anzahl Kinder (und Alter):

Zivilstand:

Wie lernten Sie albanisch?

Wie lernten Sie Ihren Mann kennen? Warum haben Sie Ihren Namen behalten?

Wie erleben Sie die albanische Kultur?

Erleben Sie Diskriminierung oder Vorurteile im Zusammenhang mit ihrer alb. Familie?

Erzählen Sie mir von Ihren Schwangerschaften und Geburten...

Wie sind Sie darauf gekommen, diese Frauen während der Geburt und der Schwangerschaft zu begleiten?

Erzählen Sie mir von diesen Frauen:

Alter, Zivilstand, Integrationsgrad, Sprachkenntnisse, Soziale Verhältnisse.

In welcher Beziehung stehen Sie zu diesen Frauen?

In welcher Weise haben Sie diese Frauen während der Schwangerschaft begleitet?

Wie erlebten Sie deren Schwangerschaften?

Begleiteten Sie sie zu Voruntersuchungen?

Informierten Sie sie über das System?

Leisteten Sie Übersetzungsarbeit? Interkulturelle Vermittlung?

Geburtsvorbereitungskurs?

Waren Sie während der Geburt anwesend?

Wie erlebten Sie diese?

Gab es Besonderheiten bei diesen Geburten?

Wie erlebten Sie die Arzt-Patienten Interaktion?

Wie lange dauerten die Geburten?

Wie lange dauerte das Wochenbett?

Was war Ihre Aufgabe dabei?

Wie unterstützten Sie die Frauen nach der Geburt?

Stillberatung, Mütterberatung?

Erlebten Sie Diskrepanzen? Schwierigkeiten, Probleme?

Ist das Schweizer Gesundheitssystem für ausländische Frauen geeignet?

Was könnte verbessert werden?

Wie würden sie sich noch wohler fühlen?

Gesprächsleitfaden für das Fokusgruppengespräch mit zwei Hebammen des Regionalspitals Zofingen.

Einführung:

Wie Sie bereits wissen, verfasse ich momentan eine Lizentiatsarbeit am Institut für Ethnologie der Uni Bern. Das Thema lautet „Migrantinnen im Schweizer Geburtssystem. Wie Migrantinnen Schwangerschaft und Geburt in der Schweiz erleben“. Dazu wurden bisher 10 Frauen mit Migrationshintergrund über das Erleben von Schwangerschaft und Geburt befragt. Ausserdem erzählte mir eine deutsch-albanische Übersetzerin, welche Schwangerschaften und Geburten bei Kosovo-Albanerinnen in der Schweiz begleitete, über ihre Erfahrungen.

Vier der befragten Frauen haben ihr(e) Kind(er) im Spital Zofingen zur Welt gebracht. Drei waren zufrieden bis sehr zufrieden, fühlten sich wohl. Eine hatte sehr schlechte Erfahrungen gemacht. Es ist daher sehr interessant die Meinung ihrer Seite zu erfahren.

Definition Migrantinnen: In diesem Falle, Frauen, die nicht in der Schweiz aufgewachsen sind und auch nicht aus den Industriestaaten stammen.

→ Was wird erwähnt? Spital, Namen? Darf aufgezeichnet werden? Recht, Fragen nicht zu beantworten oder Interview abubrechen.

- 1) Fragen zur Person: Alter, Berufserfahrung, Anstellungsgrad, Position, Kinder.
- 2) Kurz über Ausbildung zur Hebamme → Ist transkulturelle Kompetenz ein Thema?
- 3) Gegebenenfalls Herkunft. Sprachen, die gesprochen werden.
- 4) Wie sieht der normale Ablauf bei einer Geburt aus? Ankunft Entlassung.
- 5) Welche Modelle und Positionen wählen Migrantinnen am häufigsten? → Statistiken
- 6) Wer ist bei der Geburt anwesend?
- 7) Erleben Sie eine Geburt bei Migrantinnen anders als bei Schweizerinnen? Warum?
- 8) Welche Faktoren spielen ihrer Meinung nach eine Rolle?
- 9) Stellt die Geburt bei Migrantinnen eine grössere Herausforderung dar für Sie?
Warum?
- 10) Welches sind die häufigsten Probleme, auf die Sie mit Migrantinnen stossen?
- 11) Wie lösen sie Probleme und Missverständnisse? → Übersetzerinnen?
- 12) Respektieren die Gebärenden und vor allem ihre Männer Sie als Hebammen oder fordern sie einen Arzt?
- 13) Gibt es bestimmte Erlebnisse, schön oder schlecht, die sie mit Migrantinnen haben?
- 14) Ist das schweizerische Geburts- und Gesundheitssystem für Migrantinnen geeignet?
Wissen sie Bescheid, haben sie genug Informationen? Wie steht es mit dem Versicherungsstatus?
- 15) Gibt es oft Kommunikations- und Interaktionsprobleme?

- 16) Wovor fürchten sich die Migrantinnen?
- 17) Welche Form des Wochenbettes wählen Migrantinnen am häufigsten?
- 18) Kommen die Frauen über Gynäkologen oder vermehrt über Hausärzte zu Ihnen?
- 19) Was ist die Haltung des Spitals Zofingen gegenüber Migrantinnen? → Leitbild, Weiterbildungen, Informationsmaterial, Übersetzungen?
- 20) Wie stehen Sie zu Massnahmen wie PDA oder Kaiserschnitt?
- 21) Ist es wahr, dass bei Ihnen Massnahmen wie PDA oder Kaiserschnitt, falls nicht wirklich notwendig, nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin erfolgen? Warum? Informieren Sie zuvor die Patientin darüber?
- 22) Erläuterung Irenas Fall: Praktikantin ohne Erlaubnis, 3 Tage Wehen und Pressen ohne Massnahmen, erst am Schluss als „alte“ Hebamme nicht mehr zusehen konnte PDA. Nach Geburt keine Reaktion auf Klingeln bei Problemen mit Stillen. Musste bei Austritt unterschreiben, dass sie keine Anzeige erstatten würde. Was meinen Sie dazu?
- 23) Nützen Geburtsvorbereitungskurse etwas? Merken Sie, ob eine Frau einen besucht hat oder nicht? An was?
- 24) Sie bieten ja auch einiges während der Schwangerschaft und nach der Geburt an. Wie werden diese Angebote von Migrantinnen genutzt? → Stillberatungen, Rückbildungskurse usw.
- 25) Was sind häufige Probleme, die Migrantinnen bei Sprechstunden ansprechen?
- 26) Was unternehmen Sie persönlich, damit sich die Frauen verstanden und wohl fühlen?
- 27) Was könnte im schweizerischen Geburtssystem anders gemacht werden, das möglicherweise auch Ihnen Ihre Arbeit mit den Frauen erleichtert würde?

Arbeit erhalten?

Danksagung

Vergiss diejenigen nicht, die deine Lebensleiter festgehalten haben, während du von einer Stufe zur anderen hochgestiegen bist.

Gerlinde Nyncke (*1925), deutsche Ärztin und Aphoristikerin

Die Zeit, in der diese Lizentiatsarbeit entstand, war keine einfache. Die Lizentiatsarbeit selbst stellte bereits eine Herausforderung dar. Daneben wurde ich mit bürokratischen Ungereimtheiten bezüglich meines Nebenfachstudiums konfrontiert.

Ich danke daher aus ganzem Herzen all jenen Leuten, die in dieser Phase meines Lebens die Leiter festgehalten haben, mich nicht herunterfallen liessen und mich anfeuerten weiterzumachen und die Leiter hochzusteigen.

An erster Stelle steht meine Familie, die mir bedingungslosen Rückhalt bot und mich unterstützte, wo sie konnte. Danke!

Ich danke Herrn Prof. Dr. Hans-Rudolf Wicker vom Institut für Ethnologie der Universität Bern, meinem Betreuer, welcher mich mit wertvollen Ratschlägen und Hinweisen durch diese Arbeit lotste.

Tiefe Dankbarkeit gilt all den Freunden, die mir Mut zusprachen, mir Tipps gaben und mich anhand von Diskussionen immer einen Schritt vorwärts brachten.

Ein grosses Dankeschön geht an Sylvia Spiess vom Kindergarten Aarburg und an Otmar Schönenberger von den Sozialen Diensten Aarburg, welche mich mit den Informantinnen zusammenbrachten.

Last but not least danke ich den Hebammen und allen Informantinnen, die mich zu sich einluden und mir so offen über ihre Erfahrungen und Lebensumstände berichteten.

DANKE!