

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 102 (2004)

Heft: 7-8

Artikel: Geschlechterspezifische Gesundheitsförderung : ein Muss

Autor: Meier, Claudia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950110>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.03.2025

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

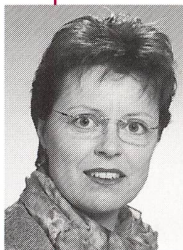
EDITORIAL

Mit Spannung und grosser Erwartung fuhr ich am 12. Mai an die Delegiertenversammlung nach Zürich. Seit zwei Jahren hatte sich der Zentralvorstand des SHV mit dem Projekt der Reorganisation beschäftigt, und heute sollten nun die Delegierten darüber abstimmen. Gewiss, ich hatte von einigen Präsidentinnen bereits positive Rückmeldungen bekommen, doch es war noch nichts entschieden und meine Spannung nahm zu. Das Ergebnis war einmalig, alle Delegierten stimmten dem vorgestellten Projekt zu. Es gab wirklich keine Stimmhaltung und keine Gegenstimme! Ich war sehr zufrieden und auch etwas stolz über dieses Ergebnis. Rückblickend stelle ich fest, dass unsere Strategie, die Mitglieder von Anfang an mit ein zu beziehen, richtig war. Ich gebe es zu, es wäre manchmal einfacher und vor allem bequemer gewesen, Diskussionen und Entscheidungsfindungen nur im kleinen Rahmen (ZV) zu führen. An den Präsidentinnenkonferenzen entstanden jedoch dadurch interessante und wichtige Gespräche. Ich wurde aufmerksam auf so genannte Kleinigkeiten, die aber in Wirklichkeit das Zünglein an der Waage spielten. Stimmung und Atmosphäre wiesen mich einige Male spontan zu einem Richtungswechsel. Andere Meinungen oder auch Unzufriedenheit dem Projekt gegenüber empfand ich anfangs noch als störend und wertete es oft als gegen meine Person gerichtet. Mit der Zeit verschwanden diese Gefühle und die Zusammenarbeit und das Vertrauen unter uns Mitgliedern und Hebammen nahm zu. In Gesprächen mit Kolleginnen aus den verschiedensten Berufsfeldern des Hebammenberufes konnte ich wertvolle Ideen und Anregungen aufnehmen und einbringen.

An dieser Stelle bedanke ich mich ganz herzlich bei allen, welche bei diesem Projekt mitgeholfen haben. Ich bin überzeugt, dass diese Strukturveränderungen unseren Verband professioneller, transparenter und moderner machen und den Erwartungen unserer Mitglieder gerecht werden. Ich wünsche mir für die Zukunft, dass sich weiterhin viele Hebammen für unseren Verband einsetzen und so ihr wertvolles Wissen weitergeben. Wir alle können davon profitieren. Ich habe in diesen drei Amtsjahren erfahren, wie vielseitig und kompetent die Hebammen sind. In wichtigen politischen Gremien werden wir als ernst zu nehmender Partner wahrgenommen, und wir verstehen es, unsere Standpunkte zu vertreten. Und ab und zu gelingt es uns auch, Erfolge zu verzeichnen!

Lucia Mikeler Knaack

Lucia Mikeler Knaack



Frauengesundheit

Geschlechterspezifische Gesundheitsförderung

Geschlecht, Gesundheit und Krankheit sind nicht einfach objektive Grössen, sondern, in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Bildern, historisch veränderbare und regional unterschiedliche kollektive Vorstellungen. Diese beeinflussen Forschung und Wissenschaft und sind in unserer Kultur männerzentriert ausgerichtet. Damit das Grundrecht der Frauen auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand nicht verletzt wird, muss Gesundheitsforschung und -politik geschlechterspezifisch differenziert werden.

Claudia Meier

ICH möchte mich bei meinem Überblick* auf einige zentrale Fragen konzentrieren:

- Was bedeutet der Fachausdruck Frauengesundheit?
- Was sind wichtige Erkenntnisse und Erfahrungen der Frauen-Gesundheitsforschung?
- Was heisst frauengerechte Gesundheitsförderung in der Praxis?
- Gibt es eine frauengerechte Gesundheitspolitik?

1. Was bedeutet «Frauengesundheit»?

Vorstellungen verändern sich

Wir sprechen heute weniger von «Frauengesundheit» als von Frauen- und Geschlechtergesundheit oder «Gender Health». Frauen- und Geschlechtergesundheit fusst auf der Tatsache, dass Gesundheit, Weiblichkeit und Männlichkeit keine biologisch bedingten Gegebenheiten sind, sondern geprägt werden von sozialen Vorstellungen, die wir uns als Gruppe oder als Gesellschaft machen. Wie relativ, zeit- und kontextabhängig diese Vorstellungen sind, zeigt schon ein Blick auf einige wenige Beispiele:

- Wenn noch bis Mitte des letzten Jahrhunderts rundliche Kinder als besonders gesund galten, versuchen wir heute,

gesundheitsschädigendes Übergewicht bei Kindern zu verhindern.

- Noch vor vierzig Jahren galt eine Frau, die sich für das Stimm- und Wahlrecht für Frauen stark machte, als unweiblich. Und ebenso setzte sich jeder Mann, der sie in diesem Anliegen unterstützte, dem Verdacht der Unmännlichkeit aus.
- Hierzulande werden intellektuell ausgerichtete Menschen je nach Blickwinkel bewundert oder als «zerstreute Professoren» belächelt. In anderen gesellschaftlichen Vorstellungen gilt Intellektualität als psychische Krankheit, beschrieben mit dem Namen «grosser Kopf».

«Sex» und «Gender»

Sie sehen: Gesundheit, Krankheit, Weiblichkeit und Männlichkeit sind geprägt von dem, was wir uns jeweils darunter vorstellen und als «normal» empfinden. Sie werden einwenden, dass Gesundheit, Krankheit, Frau- und Mann-Sein aber doch biologisch oder zumindest physiologisch klar definiert sind. Und Sie haben natürlich auch Recht. Um die *biologische Geschlechtszugehörigkeit* von den *sozial definierten Geschlechterrollen* zu unterscheiden, haben sich inzwischen zwei Begriffe eingebürgert: «sex» und «gender».

Das Vokabular, welches die biologischen Gesundheitsdeterminanten von den sozial bedingten Gesundheitsvorstellungen unterscheidet, haben wir nicht. Im Englischen aber gibt es zumindest eine terminologische Unterscheidung zwischen dem subjektiv empfundenen Kranksein («sickness») und den medizinisch definierten Krankheitsbildern («illness»).

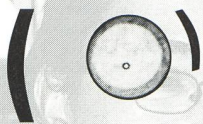


Claudia Meier ist klinische Psychologin und in Forschung, Beratung und Lehre tätig. Sie ist Autorin von Fachbüchern über Frauengesundheit und Evaluation und Co-Leiterin der Fachstelle Gender Health am Bundesamt für Gesundheit

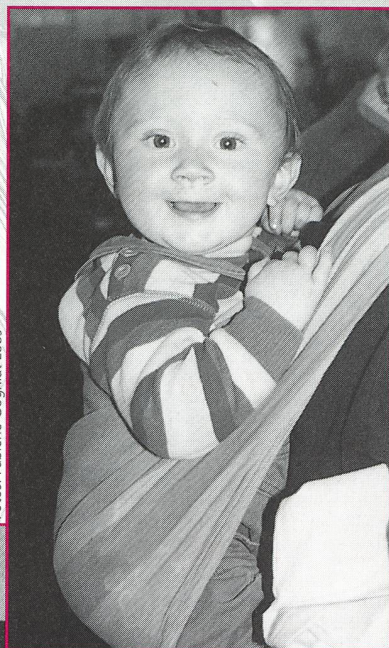
* Referat, gehalten am Schweizerischen Hebammenkongress vom 13. Mai 2004 in Zürich. Bearbeitung durch die Redaktion.

Hebammenkongress heisst auch:

Kinder...



Babys und Kleinkinder
im Tragtuch,
im Kängurusitzli...



Fotos: Fabienne Gogniat Loos



... beim Stillen und
Schlafen: was wäre der
Kongress ohne sie!

ein Muss

Kollektive Wertungen durchschauen

Schön und gut: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit sind also nicht einfach objektive Grössen, sondern eben in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Bildern historisch veränderbare und regional unterschiedliche kollektive Vorstellungen. Deswegen brauchen wir ja nicht schon Programme der «Frauengesundheit» oder zu «Gender Health» einzufordern... Oder doch?

Wenn kollektive Vorstellungen und Wertungen von Männlichkeit und Weiblichkeit dazu beitragen, dass Frauen und Männer keine oder keine angemessene medizinische Behandlung erhalten, wenn Krankheiten wegen stereotypen Rollenvorstellungen nicht erkannt werden oder Prävention nicht wirksam durchgeführt wird, dann ist es notwendig, Frauen- und Männergesundheit zu unterscheiden. Dann ist Frauengesundheit ein Fachausdruck für die Gesundheit von Frauen in einem breiten Sinn und schliesst alle Aktivitäten ein, welche dazu beitragen, in Medizin, Politik, Wissenschaft, Gesundheitsförderung und Praxis die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen systematisch zu berücksichtigen. Was das konkret heissen kann, möchte ich im Folgenden an einem tour d'horizon durch verschiedene Ansätze und Disziplinen der Frauengesundheitsforschung aufzeigen.

2. Erkenntnisse und Erfahrungen der Frauen-Gesundheitsforschung

Wenig bekannte Disziplin

Die frauen- und geschlechtergerechte Gesundheitsforschung hat in den letzten dreissig Jahren eine rasante, aber nicht unbedingt breit bekannte Entwicklung erfahren. Obwohl seit mehr als einem Vierteljahrhundert Frauen- und Geschlechter – Gesundheitsfor-

schung betrieben wird, existiert im deutschen Sprachraum erst seit zwei Jahren ein umfassendes Lehrbuch zu diesem Thema. Und noch ist es nicht möglich, sich an der medizinischen Fakultät im Themenbereich Gender und Gesundheit systematisch aus- oder weiterzubilden. Es ist erstaunlich, dass die gewünschte Integration von frauen- und geschlechterspezifischen Inhalten, Methoden und Konzepten noch nicht geschehen ist: üblicherweise finden interdisziplinäre Entwicklungen in empirischen und theoretischen Bereichen mit einer Verzögerung von etwa drei bis fünf Jahren Aufnahme in wissenschaftliche Standardwerke und Ausbildungscurricula. Das gilt aber nicht für die Erkenntnisse der feministischen Wissenschaft, welche in sämtlichen für die Gesundheitsforschung relevanten Disziplinen nach wie vor erst zögerlich zur Kenntnis genommen werden.

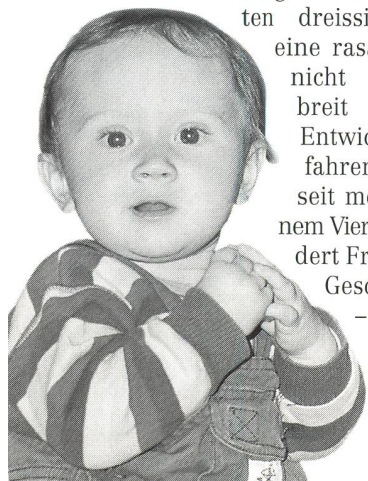
Dennoch: die Erkenntnisse und Entwicklungen der Frauen- und Geschlech-

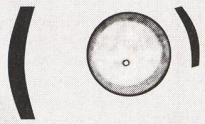
ter – Gesundheitsforschung sind vielfältig, spannend und nicht ganz ohne Sprengkraft.

Gesundheit gehört zu Selbstbestimmung

Die zweite feministische Bewegung in den USA («our bodies – our selves») machte Gesundheit zum zentralen Begriff der Selbstbestimmung. Die Selbstbestimmung des eigenen Körpers und der eigenen Gesundheit sind Angelpunkte der Emanzipation, die hier auch und vor allem als Emanzipation vom männlichen Arzt und Gynäkologen verstanden wurde.

Die Anfänge der zweiten Frauenbewegung und die Anfänge einer geschlechtergerechten Gesundheitsbewegung und Gesundheitsforschung sind eng miteinander verknüpft. Obwohl diese erste Gesundheitsbewegung eben eine «Bewegung» mit hauptsächlich praktisch-politischen Zielen war (politische Aktionen zur Liberalisierung von Abtreibun-





Hebammenkongress heisst auch:

Köpfe...



... braune, rote, graue,
blonde, strahlende...



... und nachdenkliche:
So vielfältig wie
die Hebammen selbst!

gen sind Errungenschaften aus dieser Anfangszeit), spielte die Gesundheitsforschung eine wichtige Rolle. Die damaligen Forschungsthemen nahmen die zentralen Wissensgebiete der heutigen Frauengesundheitsforschung bereits vorweg.

– Der *Medikalisierung der weiblichen Heilkultur* wurde das wieder entdeckte und neu aufgearbeitete Wissen von Hebammen und Hexen entgegengestellt, die *Medikalisierung des weiblichen Körpers* wurde als «Ideologie der typischen Frauenkrankheiten» vor allem an den Beispielen der Menstruation und Hysterie erstmals systematisch dargestellt und kritisiert.

– Das *Nutzungsverhalten von Frauen gegenüber dem medizinischen Versorgungssystem* wurde analysiert, spezifische Bedürfnisse und Diskriminierungen von Frauen beschrieben. Dieser Forschungszweig initiierte unter anderem in der Geburtshilfe wesentliche und heute selbstverständliche Verbes-

serungen (Geburtshäuser, Hausgeburten, veränderte Praxis in Spitälern usw.).

– Die Benachteiligung von Frauen als Gesundheitsarbeiterinnen wird dokumentiert und das *Ausmass der unbezahlten Gesundheitsarbeit von Frauen* aufgedeckt.

Die zweite Frauenbewegung war aber noch stark auf die generative Gesundheit von Frauen und auf gynäkologische Themen konzentriert und blieb teilweise in der blossen Medizinkritik verhaftet.

Männerzentrierte Norm

Ein erweiterter psychosozialer Gesundheitsbegriff wurde erst mit denjenigen Wissenschaftlerinnen eingeführt, welche aus heutiger Sicht dem feministischen Standpunkt – Denken zugeordnet werden können. Die erweiterte Sichtweise führte zu einer *Kritik an androzentristischen und sexistischen Theorien und Methoden*. «Selbstverständliches» medizinisches Wissen wurde aus Frau-

ensicht beleuchtet. Es konnte gezeigt werden, dass Wissenschaft und Praxis ein Gesundheitsbegriff zugrunde liegt, welcher ein bestimmtes Männerbild als Norm setzt und Abweichungen davon – seien sie nun biologisch männlich oder weiblich – als krank definiert. Am Beispiel der psychischen Gesundheit konnte dies schon früh aufgezeigt werden: für eine Frau ist es nicht möglich, gleichzeitig weiblich und psychisch gesund zu sein. Denn psychische Gesundheit wird von behandelnden ÄrztInnen und PsychiaterInnen für einen Menschen mit Eigenschaften wie «durchsetzungsfähig», «nicht aggressionsgehemmt», «konkurrenzorientiert», «abenteuerlustig» u. ä. beschrieben, während eine psychisch gesunde Frau «wenig selbstbewusst», «eher abhängig» und «emotional» zu sein hat: Eigenschaften, die auch den psychisch wenig gesunden Menschen bzw. den psychisch wenig gesunden Mann kennzeichnen... Es lässt sich aufzeigen, dass diese impliziten Gesundheitsvorstellungen bis heute in den Köpfen von PraktikerInnen und WissenschaftlerInnen fortbestehen.

Diese versteckte androzentrierte und sexistische Ausrichtung in Forschung und Praxis nimmt in Lehrbüchern zuweilen humoristische Formen an. Während die periodische Erneuerung der Magenschleimhaut einen «sorgfältigen Prozess» der «Regenerierung» darstellt, kann beim physiologisch analogen Vorgang der periodischen Erneuerung der Gebärmutter Schleimhaut von Regenerieren keine Rede mehr sein. Denn bei der Menstruation löst sich das Innengewebe in einem «Zerfallsprozess» ab, worauf es nachher «erneut zu wuchern beginnt».

Die Kritik am androzentrischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis ist mittlerweile öffentlich geworden. Berichte über Geschlechter diskriminierende Behandlungen haben am Beispiel des Herzinfarkts Schlagzeilen gemacht, das Testen von Medikamenten an ausschliesslich männlichen Versuchspersonen wurde in der Tagespresse kritisiert.

Sind nur Frauen depressiv?

Doch nicht nur die Forschungsergebnisse, auch die *Forschungsfragestellungen* selbst, die Methoden und Erhebungsinstrumente werden ausserhalb der Frauengesundheitsforschung als «geschlechterneutral» betrachtet und nicht auf androzentrische Verzerrungen überprüft. Dass dies nicht ohne Folgen auf die Qualität des Fachwissens bleibt, zeigt sich unter anderem am Beispiel der Depression. Depressionsraten sind bei

Frauen höher als bei Männern. Nur, bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass die epidemiologischen Instrumente, welche die Häufigkeit depressiver Verstimmungen in der Gesamtbevölkerung erfassen, lediglich die «weibliche» Ausprägung der Symptomatik (Niedergeschlagenheit, Traurigkeit) erheben und die «männliche» Ausprägung (z. B. Geiztheit, latente Aggressivität) als nicht krankheitswertig gar nicht erfragen. Ebenso wenig wird dem unterschiedlichen Antwortverhalten von Frauen und Männern Rechnung getragen. Männer unterliegen nämlich bei depressiven Verstimmungen einem so genannten «recall-bias», d. h. sie erinnern sich in der Mehrzahl schon nach wenigen Wochen nicht mehr an ihre Krisen. Das wäre weiter nicht erheblich, wenn epidemiologische Daten nicht auf der erfragten Monatsprävalenz basieren würden.

Differenzierung notwendig

Der kritische Ansatz in der Frauengesundheit stellt – würde man und frau die Forschungsergebnisse zur Kenntnis nehmen – vieles an «Selbstverständlichkeiten» in Frage und fordert sämtliche wissenschaftlichen Disziplinen, welche sich mit Gesundheitsfragen beschäftigen, zu einer differenzierteren Sichtweise auf. Dass dies nicht nur ein Relativieren bestehenden Wissens bedeutet, sondern vor allem eine viel versprechende Quelle für wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gesundheit von Frauen und Männern sein könnte, ist aber auch und gerade in der Forschung noch nicht erkannt worden.

Während sich also die «mainstream-Forschung» noch damit schwer tut, erarbeitetes Wissen aus der Frauengesundheitsforschung aufzunehmen, hat sich die Frauengesundheitsforschung selber schon längst weiter entwickelt. Die Frage nach Geschlechterunterschieden ist längst abgelöst worden durch die Frage nach den optimalen Bedingungen von Gesundheit bei bestimmten Gruppen von Frauen und Männern und durch die Frage, wie denn Interaktion, Machtgefälle und sozioökonomische Beziehungen zwischen Männern und Frauen die

Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen.

3. Was heisst Frauengesundheit in der Praxis?

Frauengesundheitszentren, Geburtshäuser

Die bisherigen Initiativen zur Frauengesundheit haben in der Schweiz für wichtige Veränderungen im institutionellen Angebot und auch für Reformen im Gesundheitswesen gesorgt. Dazu zwei Beispiele:

- Die Frauengesundheitszentren, welche teilweise aus den Selbstuntersuchungsgruppen entstanden sind, etablierten sich in den grösseren Städten der Schweiz als Alternativen zum bestehenden gynäkologischen Angebot.
- Was als Wiederentdecken von altem Hebammenwissen begonnen hatte, entwickelte sich zu einem neuen Selbstverständnis des Berufsstandes der Hebammen. Geburtshäuser, Hausgeburten und Beleg-Hebammen sind heute selbstverständliche Alternativen zu Geburten im Spital, welche ihrerseits eine Neuorientierung zugunsten der Bedürfnisse der Frauen und Kinder erfahren haben.

Kaum subventioniert

Ursprünglich «autonom» verstandene Institutionen sind in der Praxis inzwischen zu einem akzeptierten Angebot der Gesundheitsversorgung geworden. Trotzdem gibt es weder für Geburtshäuser noch für Frauengesundheitszentren oder Frauenhäuser Subventionen, z. T. nicht einmal die Anerkennung der Leistungen von Krankenkassen. Ein grosser Teil der Arbeitsaufwendungen der Fachfrauen in diesen Institutionen geht auch nach zwanzigjährigem oder längerem Bestehen in die Beschaffung der finanziellen Ressourcen, das heisst in die Sicherung des unmittelbaren Weiterbestehens ihrer Einrichtungen.

Neue institutionelle Angebote

Neben neuen Angeboten hat die Frauengesundheitsbewegung auch innerhalb der etablierten Institutionen im Sozial- und Gesundheitssystem Veränderungen bewirkt:

- Die kantonalen Fachstellen für Suchtprävention und Gesundheitsförderung haben in den vergangenen zwölf Jahren eine breite Palette von Angeboten erst für Mädchen und Frauen, dann für Jungen und Män-

ner und als erste im Gesundheitsbereich auch umfassende Gender-Projekte für beide Geschlechter entwickelt. Gestützt und aufgenommen wurden und werden diese Entwicklungen durch den Bund über ein Mandat zur geschlechtergerechten Suchtarbeit im Bundesamt für Gesundheit.

- Die *offene Jugendarbeit* hat schon früh geschlechterspezifische Gesundheitsförderungs-Angebote entwickelt, welche sich nun in Jugendtreffs und in den vielerorts neu geschaffenen Mädchen-treffs etablieren. Die geschlechtergerechte Gesundheitsförderung im Jugendbereich wird unterstützt und promoviert von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.
- Im Bereich der *sexuellen Gesundheit* haben die Fachstellen der AIDS-Hilfe Schweiz und die Familienplanungsstellen (PLANes) ihre Beratungsangebote frauengerecht ausgestaltet. Teilweise hat das Thema Gender Health – wenn auch eher punktuell als systematisch – Eingang gefunden in Aus- und Weiterbildungslehrgängen vor allem in der Pflege, in Nachdiplomstudiengängen und teilweise auch in der Hebammenausbildung.

4. Gibt es eine frauengerechte Gesundheitspolitik?

Gesundheit ist Grundrecht

Als unbestrittener Standard gilt heute, dass alle Frauen und Männer das Recht auf Gesundheit haben. Der höchste erreichbare Gesundheitszustand ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Rücksicht auf ethnische Zugehörigkeit, Religion, politische Überzeugung oder soziale Lage. So sehen das die UNO und die WHO, und so sieht das auch die Schweiz, welche die entsprechenden Abkommen unterschrieben hat.

Um diese hohen Ziele zu erreichen, muss die Gesundheitspolitik anerkennen, dass Frauen und Männer verschiedene Lebensbedingungen aufgrund der unterschiedlichen Wertungen des sozialen Geschlechts haben und damit unterschiedliche Bedürfnisse, Hindernisse und Chancen, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen und zu erhalten.

Um Diskriminierungen und Ungerechtigkeiten zu vermindern sind – darin sind sich die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene einig – gibt es zwei nachweislich wirksame Strategien:

- die geschlechterspezifische Gesundheitspolitik, welche spezifische Ge-



sundheitsanliegen von Frauen einerseits und spezifische Gesundheitsfragen von Männern andererseits mit jeweils eigenen Massnahmen beantwortet.

– Die Politik des Gender Mainstreaming, welche auf beide Geschlechter bezogen ist und bezweckt, dass die gesundheitlichen Besonderheiten (physiologische, psychologische, soziale) von Frauen und Männern systematisch in allen Bereichen der öffentlichen Gesundheit berücksichtigt werden.

Bund will Gender Health

Eine eigentliche Gender-Gesundheitspolitik existiert in der Schweiz noch nicht. Im Rahmen der Realisierung der Folgeaufgaben der Konferenz von Beijing, welche die Aufhebung der Geschlechterdiskriminierung in allen Bereichen der Gesellschaft fordert, ist aber auch die geschlechtergerechte Gesundheitspolitik eine Zielsetzung des Bundes. Mit der Schaffung der Fachstelle Gender Health haben Parlament und Bundesrat ein Zeichen gesetzt: Frauen-, Männer- und Geschlechtergesundheit sind gesundheitspolitisch wichtige Themen, die eine eigenständige Bearbeitung auch auf Bundesebene erfordern.

Die Fachstelle Gender Health im Bundesamt für Gesundheit hat die Aufgabe, auf nationaler Ebene zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit von Frauen und Männern in der Schweiz beizutragen.

Kantone hinken hintennach

Auf kantonaler Ebene fehlen entsprechende Angebote bisher: Für frauen- oder männergerechte Projekte innerhalb von bestehenden Einrichtungen gibt es nur in wenigen Kantonen einen Leistungsauftrag. Ob und wie Genderfragen in Angeboten berücksichtigt werden, hängt mehrheitlich vom persönlichen Engagement einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab.

Das wird viel beklagt und ist sicher nicht ein Ausdruck systematischer frauengerechter Gesundheitspolitik. Aber: gerade das Beispiel der kantonalen Gesundheitsförderung zeigt, dass und wie viel einzelne Mitarbeiterinnen erreichen können, wenn sie aktiv werden und sich vernetzen. ◀

Resultate einer CH-Umfrage

Hebammen und Migranten

In den meisten öffentlichen Spitälern in der Schweiz sind heute die Mehrheit der Gebärenden keine Schweizerinnen mehr. Wie geht es uns Hebammen, wenn wir diese Frauen aus anderen Ländern betreuen? Wie geht es diesen Frauen, mit denen wir oft nur rudimentär kommunizieren können, da sie die lokale Sprache nicht beherrschen? Die Umfrage von Penny Held suchte Antworten auf solche Fragen*.

Penelope V. Held

UM die Bedürfnisse und Probleme der Hebammen betreffend Betreuung und Begleitung von Migrantinnen kennen zu lernen, verteilte ich am Hebammenkongress 2003 in Biel 100 Fragebogen auf deutsch und 25 Fragebogen auf französisch.

Die Hebammen, welche den Fragebogen ausfüllten, kamen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen und Sprachregionen. Gefragt wurde nach den wichtigsten Bedürfnissen der *Migrantinnen* im Zusammenhang mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Weitere Fragen betrafen die Bedürfnisse und Wünsche der *Hebammen* im Zusammenhang mit der Betreuung von Migrantinnen. 47% der verteilten Fragebogen kamen zurück, was eine sehr hohe Rücklaufquote ist.

Für Migrantinnen: Information hat Priorität

Nach Meinung der Hebammen liegen die Bedürfnisse der Migrantinnen eindeutig im Bedarf an Informationen. 80% aller Antworten gaben diesem Bereich höchste Priorität. Die Hebammen aus der ganzen Schweiz waren sich einig.

Bei den Französisch sprechenden Hebammen war der Bedarf zur Klärung von sozialen Fragen genau so wichtig. Die Antworten der deutschsprachigen Hebammen zu sozialen Fragen liessen die Vermutung zu, dass sie diese Problematik eher an die sozialen Dienste delegieren. Psychische Bedürfnisse wurden ebenfalls als wichtig

erkannt und zwar von über 75% der Hebammen. Gleichzeitig wurde bemerkt, dass psychische Probleme schwer erfassbar sind – u. a. wegen Kommunikationsproblemen.

Für Hebammen: Transkulturelle Kompetenz zuoberst

Um Migrantinnen besser betreuen zu können, brauchen die Hebammen aber vor allem mehr Wissen in transkultureller Kompetenz. 81% aller Antworten massen diesem Thema höchste Priorität bei. Ebenfalls gewünscht wurden Fortbildungen, z. B. zum Beratungsgespräch unter Einbezug einer interkulturellen Vermittlerin.

Um auf die Lebenswelten von Migrantinnen eingehen zu können und ihren Verhaltenskodex zu verstehen, braucht es auch konkrete Informationen über Mutterschaft und Geburt in anderen Ländern. Zum Teil wird dieses Thema heute in der Hebammen-Ausbildung gedeckt.

Ein Austausch von Erfahrungen und die Diskussion von Fallbeispielen wurden auch gewünscht.

Romandie: offener für Migrantinnen

Um die Arbeitsweise und Betreuungskonzepte in den verschiedenen Regionen der Schweiz zu vergleichen, nahm

ich Kontakt zu mehreren Kolleginnen auf. In Lausanne arbeiten Hebammen in der Poliklinik vor allem in der psychosozialen Prävention und Gesundheitsförderung.

Sie helfen den Migrantinnen, ihre eigenen Ressourcen zu mobilisieren und



Penelope V. Held, Krankenschwester und Hebamme, ist seit fast 12 Jahren Mitglied des Zentralvorstands des SHV. Sie ist verantwortlich für das Untermandat des SHV im Rahmen des IAMANEH-Projektes «Migration und reproduktive Gesundheit»

* Referat von Penelope V. Held, gehalten am 13. Mai 2004 am Hebammenkongress in Zürich. Ausführliche Projektbeschreibung: SH 2/2003, S. 9.