

Migrantinnen als Patientinnen

Frauen zwischen den Welten



Mit freundlicher Unterstützung von **Wyeth**

22. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft
für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe



Inhaltsverzeichnis

„Du nix verstehn? - hiç anlamıyom - nie rozumiesz?“ <i>Gerlinde Akmanlar-Hirscher</i>	1
Die japanische Frau als Patientin in der Gynäkologi und Geburtshilfe <i>Bacowsky M., Bacowsky H.</i>	2
Der weibliche Lebenszyklus aus ethnologischer und psychotherapeutischer Sicht <i>Dr. Christine Binder-Fritz, Dr. Anna Vobruba</i>	9
Interkulturelle Kommunikation – „Was machen die Fremden mit uns“ <i>M. Burger, I. Frech</i>	11
In Beziehung treten mit Migrantinnen <i>Sevin Cayiroglu, Türkan Akkaya-Kalayci</i>	12
„Ne diyor? – Was sagt sie?“ <i>Dr. Margit Endler, Dr. Susanne Heller</i>	13
Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch – Aus der Sicht von Migrantinnen <i>Dr. Zahide Fischer, DSA Martina Morawitz</i>	15
10 Jahre Danach <i>Anna Legler-Guc</i>	17
Psychosomatische Beratung – Therapie mit Dolmetsch. Ist das möglich? <i>Dr. Katharina Leithner</i>	18
Andere Länder - andere Sitten. Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz <i>Kathleen Löschke, Franz Plasser</i>	19
Frauengesundheit in Nepal - ein medizinisches Problem? <i>Dr. med. W. Lütje</i>	20
Können überhöhte Ansprüche oder falsche Erwartungen an die Mutterschaft mögliche Ursachen für psychische oder psychosomatische Krankheitsbilder sein? <i>Mag. Gabriele Maierhofer</i>	21
Migrantinnen in der Prostitution <i>Helga Ratzenböck</i>	27
Expresión interno corporal <i>Nicole Rybiczka</i>	33
Anforderung an die Hebammen <i>Angelika Sams</i>	34
3D Ultraschall - Ein psycho-„logischer“ Anspruch? <i>Dr. Barbara Schantl</i>	37
Frauen – Not in Afrika <i>Dr. Maria Stammler-Safar, Dr. Peter Safar</i>	40
Die Geburtshilfe vor ca. 20 bis 30 Jahren <i>Tamara Ulamec</i>	41
Normalität der Wunschträume. Anspruch perfekter Körper <i>Margarete Vobruba</i>	43
„Die anspruchsvolle Patientin/Klientin und ich“ <i>Dr. Christina Wimmer-Wilhelm</i>	45
Die Migrantin mit Kinderwunsch <i>Jadranka Zivanovic, Jutta Fiegl, Peter Kemeter</i>	47
Die islamische Frau in der Geburtshilfe und Gynäkologie <i>Dr. Schadia Zyadeh-Jinniate</i>	48

„Du nix versteh ? – hiç anlamıyom – nie rozumiesz ?“

Gerlinde Akmanlar-Hirscher

Gruppenangebot im Rahmen der Veranstaltung

„Migrantinnen als Patientinnen – Frauen zwischen den Welten“

moderiert von „zwei Frauen zwischen ihren Welten“:

Agnieszka Herzig –

**Hebamme polnischer Abstammung
in Wien lebend und
im Wilhelminenspital tätig**

Gerlinde Akmanlar-Hirscher –

**Gynäkologin aus Salzburg
mit türkischem Mann+Schwiegerfamilie
in Landesfrauenklinik Salzburg tätig /
halbjährige Ausbildung in Istanbul'96**

Migrantinnen nehmen medizinische Leistungen sowohl im klinischen, wie auch im niedergelassenen ärztlichen Bereich seltener wahr als Inländerinnen, das Risiko bzgl. Fehlbehandlungen ist bei ihnen gehäuft.

Bei gynäkologischem/geburtshilflichem Betreuungsbedarf wird die Kontaktaufnahme zu Arzt/Ärztin – Hebamme ... aber nicht nur wegen Sprachbarrieren zum Problem.

Welchen Stellenwert hat verbale und nonverbale Kommunikation in unserer gynäkologisch-geburtshilflichen Praxis ?

Was trägt Sprache/Sprachlosigkeit bei der Bewertung der Situation der Patientin bei ?

Was signalisiert unsere Sprache MigrantInnen ? ...

Was wollen Migrantinnen in der Geburtssituation – was wollen wir von ihnen ?

Kann man/frau wollen, was sie nicht kennt ?

Können wir akzeptieren, was wir nicht kennen ? ...

In der Gruppe werden sowohl anhand von mitgebrachten Fallbeispielen/Erfahrungen, wie auch durch Rollenspiel-Situationen Beziehungskonstellationen im Spannungsfeld von Sprachbarrieren und Sprachlosigkeit bearbeitet.

Themen wie „selbstbestimmt – jungfräulich“, „die 2.Generation“, „der FamilienClan: gemeinsam – einsam“ ... werden in der Gruppe diskutiert und persönliche Erfahrungen im interkulturellen Erleben beleuchtet.

Wir freuen uns darauf !

Birlikte çalışmaya çok seviniyoruz !

Cieszymy się z gory na owocne spotkanie i wymiane doswiadczen !

Die japanische Frau als Patientin in der Gynäkologie und Geburtshilfe Unterschiede Japan – Europa?

Bacowsky M., Bacowsky H.

Abstract:

In einer kurze Darstellung werden die Veränderungen der Stellung und des Rollenbildes der Frau in der japanischen Gesellschaft des ausgehenden 19. u. 20. Jahrhunderts aufgezeigt, um das Verstehen für den Einfluss der gesellschaftlichen Normen auf die Einstellung der japanischen Frau zu ihrem Körper und ihrer Sexualität zu fördern. Das Wissen um diese Unterschiede in der Befindlichkeit japanischer Patientinnen, soll dem österreichischen Arzt, der Ärztin und Hebamme den Umgang mit dieser Patientengruppe in der täglichen Praxis in Gynäkologie und Geburtshilfe erleichtern.

Key words: japanische Frau, Gynäkologie, Geburtshilfe

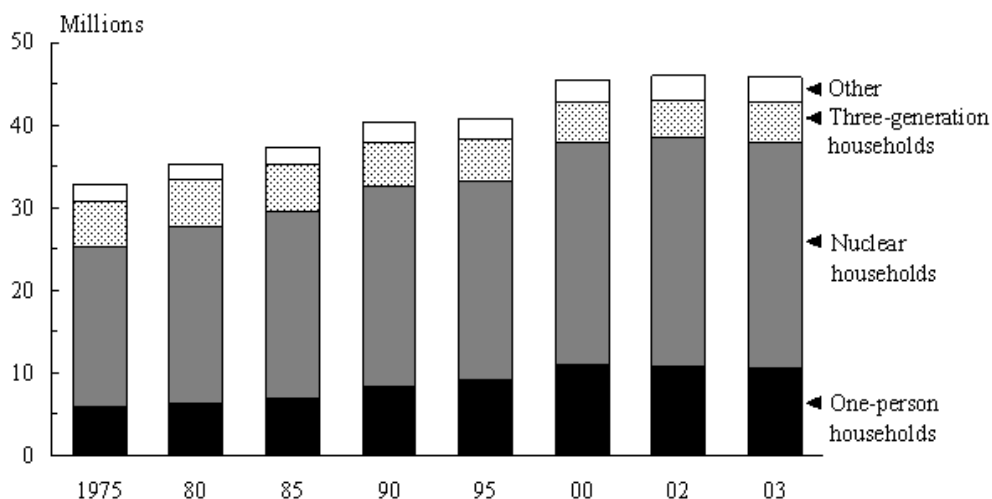
Einleitung:

Die Stellung der Frau in der japanischen Gesellschaft früher und heute

Das Rollenbild der Frau in der japanischen Gesellschaft bis nach dem 2. Weltkrieg war geprägt durch das Verständnis, dass sie als Mutter Zentrum der Familie war. Ihre Aufgabe war die der Gebälerin des vor allem männlichen Stammhalters, des Managements der Firma Familie, Herrscherin über den inneren Bereich, versinnbildlicht auch im chinesischen Zeichen, dass mitunter für Familie verwendet wird (Uchi = Innen), aber auch Dienstmagd der Schwiegermutter, so sie dem ältesten Sohn einer Familie verheiratet wurde. War es vor 100 Jahren noch üblich, dass bis zu drei Generationen vor allem im ländlich bäuerlichen Bereich unter einem Dach lebten, so ist im 21. Jahrhundert diese Form der Gemeinschaft schon eine Rarität, der Trend zum Singlehaushalt mit alle seinen andersgearteten sozioökologischen und ökonomischen Problemen scheinbar unaufhaltbar. (Tab.1, 2)

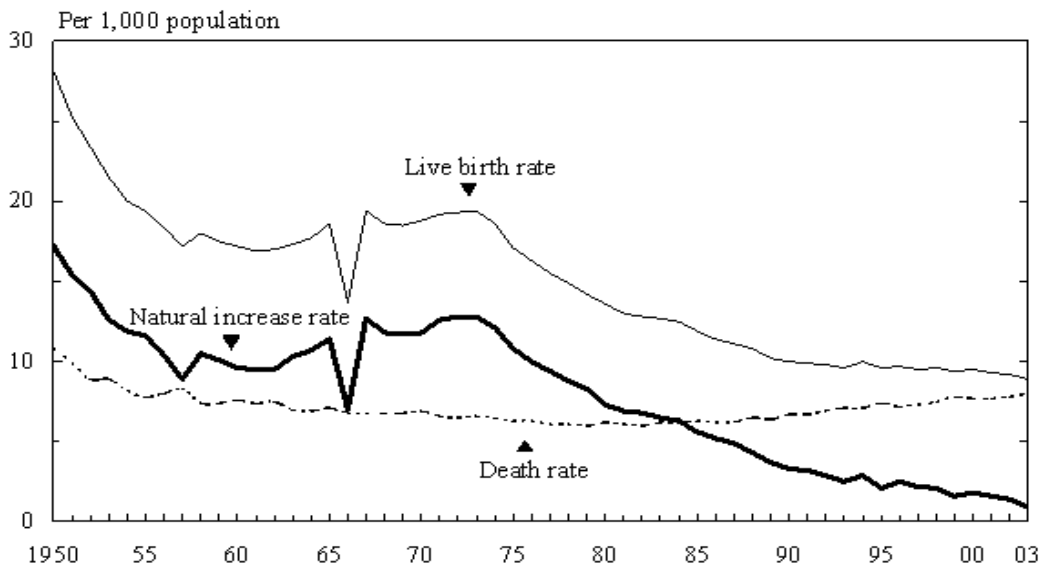
Tab.1

Changes in Household Composition



Source: Ministry of Health, Labour and Welfare.

Tab:2

Natural Increase of Population

Source: Ministry of Health, Labour and Welfare.

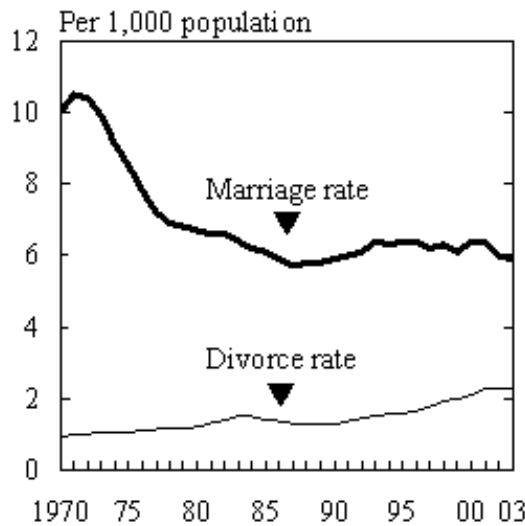
Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts war die Eheschließung vor allem im Bereich der gehobenen und oberen Gesellschaftsschichten Sache des Patriarchen der Familie. Unter in Anspruchnahmen eines Vermittlers wurde nach genauer finanzieller und gesundheitlicher Prüfung sowohl der Familien als auch der Kandidaten die Entscheidung getroffen. So genannte Liebesheiraten waren in dieser Zeit die Ausnahme. Die Aufklärung erfolgte vor der Hochzeitszeremonie im Schnellverfahren mittels Darstellungen des Geschlechtsverkehrs an Hand von Bildern (z.B. Ukiyoe-Bilder) und dem wohlmeinenden Ratschlag: „...hinlegen und ruhig alles über sich ergehen lassen...der Mann weiß schon, was zu tun ist...“

Die veränderten Vorstellungen der Ehe spiegelt eine Email-Umfrage von „Trend in Japan“ aus dem Jahre 2003 wider (1), in der 300 japanische Singles (150 Frauen, 150 Männer) im Alter zwischen 20 und 30 Jahren zum Thema Ehe äußerten. Zur Frage, wie man den/die künftige(n) Partnerin am liebsten kennenlernen wolle, gaben 87% der Befragten an, ihn per Zufall treffen zu wollen, 50% äußerten Ihm oder Ihr über einen gegenseitigen Freund vorgestellt zu werden. 20% wünschten ein vorher festgesetztes Rendezvous und 18% im Rahmen eines Gruppentreffens. Der Anspruch der jungen Japanerinnen an ihre zukünftigen „Traummann“ wird seit den 80er Jahren in den Medien unter dem Begriff des „sanko“ (3 hohe Wünsche) kolportiert, das heißt der zukünftige Heiratspartner sollte über einen hohen Bildungsabschluss, eine hohe Gehaltsstufe und ein hohes Körpermaß besitzen.

Da immer mehr Frauen auch die berufliche Karriere bevorzugen und nicht mehr gewillt sind, die Pflegelast der zunehmend überalternden Gesellschaft mit zu tragen, ist das durchschnittliche Heiratsalter in den letzten Jahre weiter gestiegen. Im Jahr 2000 lag die Quote der noch nie verheirateten Frauen zwischen 25 und 29 Jahren bei 54%. Erstgeborene männliche Nachkommen sind zunehmend schwerer am Heiratsmarkt vermittelbar, da in der Regel diese auch nach der Eheschließung im elterlichen Haushalt weiterleben und es die Aufgabe der Frau ist, die Pflege der Schwiegereltern zu übernehmen. In den letzten Jahren zeigte sich auch eine deutliche Zunahme der Ehepaarhaushalte ohne Kind (Tab.3,4) und ein dramatischer Rückgang der Geburtenrate. Dagegen steigt die Zahl der Hunde und Katzen, die in kinderlosen Haushalten leben.

Tab.3

Changes in Marriage Rate and Divorce Rate



Source: Ministry of Health, Labour and Welfare.

Mean Age of First Marriage

Year	Groom	Bride
1950	25.9	23.0
1955	26.6	23.8
1960	27.2	24.4
1965	27.2	24.5
1970	26.9	24.2
1975	27.0	24.7
1980	27.8	25.2
1985	28.2	25.5
1990	28.4	25.9
1995	28.5	26.3
2000	28.8	27.0
2001	29.0	27.2
2002	29.1	27.4
2003*	29.4	27.6

Source: Ministry of Health, Labour and Welfare.

Tab.4

Changes of Mothers' Age

Year	Number of babies (1,000)	Distribution of mothers' age (%)						Mean age bearing first child
		Under 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 and over	
1970	1,934	1.0	26.5	49.2	18.5	4.2	0.5	25.6
1975	1,901	0.8	25.2	53.4	16.8	3.3	0.5	25.7
1980	1,577	0.9	18.8	51.4	24.7	3.7	0.4	26.4
1985	1,432	1.2	17.3	47.7	26.6	6.5	0.6	26.7
1990	1,222	1.4	15.7	45.1	29.1	7.6	1.0	27.0
1995	1,187	1.4	16.3	41.5	31.3	8.4	1.1	27.5
2000	1,191	1.7	13.6	39.5	33.3	10.6	1.2	28.0
2001	1,171	1.8	13.4	38.4	34.2	10.9	1.3	28.2
2002	1,154	1.9	13.2	36.9	35.2	11.4	1.4	28.3
2003*	1,124	1.7	12.6	35.2	36.4	12.4	1.6	28.6

Source: Ministry of Health, Labour and Welfare.

Hauptteil:

Schamgefühl und die Einstellung zum Geschlechtsteil: das so genannte „hazu kashi“

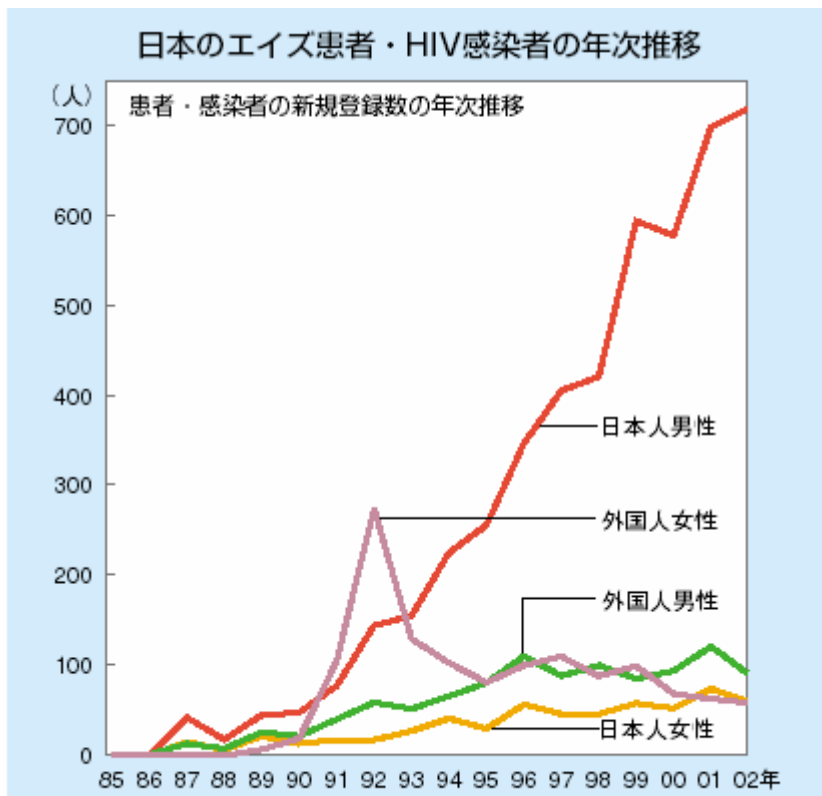
Kindern wird immer wieder gesagt, dass nackt herumlaufen etwas zum Schämen ist, insbesondere wird solcherart der Anal-Genitalbereich stigmatisiert. Beispiel aus der Erfahrung einer Babysitterin: Weibliche Babysitterin will einem zweijähriges Mädchen das Nachthemd anziehen, da schreit die Kleine: „...schau nicht meine nackte Haut!“

Diese Einstellung findet sich im Erwachsenenalter - dann allerdings oft unbewusst – und beeinflusst das Verhalten der Frauen unter anderem auch bei der gynäkologischen Untersuchung.

Sexualaufklärung findet sich bereits seit einigen Jahren im Lehrplan von Volksschulen, die Handhabung aber durch die einzelnen Lehrkräfte ist jedoch sehr unterschiedlich. Generell lässt sich sagen, dass die Art der Aufklärung eher zu einer Verschleierung, denn zur Klärung beitragen. Aufklärung in Familien erfolgt individuell, je nach Bildungsgrad und Einstellung zur Sexualität. Als ein exemplarisches Beispiel sei jene Familie angeführt, in der bereits 2 Buben im Alter von 3 und 5 Jahren leben und das dritte Kind erwartet wurde. Auf die Frage wo das Baby herkommt, haben die Eltern alles entsprechend erklärt und damit war für die beiden Knaben das Thema erledigt. Im zweiten Beispiel erfolgte die Aufklärung eines Mädchens in der Pubertät durch ihre Freundin in der Schule. Als Folge dieser Aufklärung erinnerte sie sich an ein Erlebnis aus der Kindheit, als sie die Eltern beim Beischlaf überraschte. Auf Grund dieser Erinnerung kam es zu einer kurzzeitigen Traumatisierung. Der Geschlechtsverkehr wurde als etwas Schmutziges und Abstoßendes empfunden, das Mädchen reagierte mit einem 10 Tage dauernden Kommunikationsstop mit den Eltern begleitet von Appetitlosigkeit. Mit der Zeit normalisierte sich dieser Zustand auf natürliche Weise.

Aufklärung über Geschlechtskrankheiten (Transmissible Sexual Diseases) insbesondere AIDS erfolgt zwar, die Infektionstendenz bei japanischen Männern weist in den letzten Jahren stark steigende Tendenz auf (Tab.5 rote Linie japanische Männer, gelbe Linie japanische Frauen).

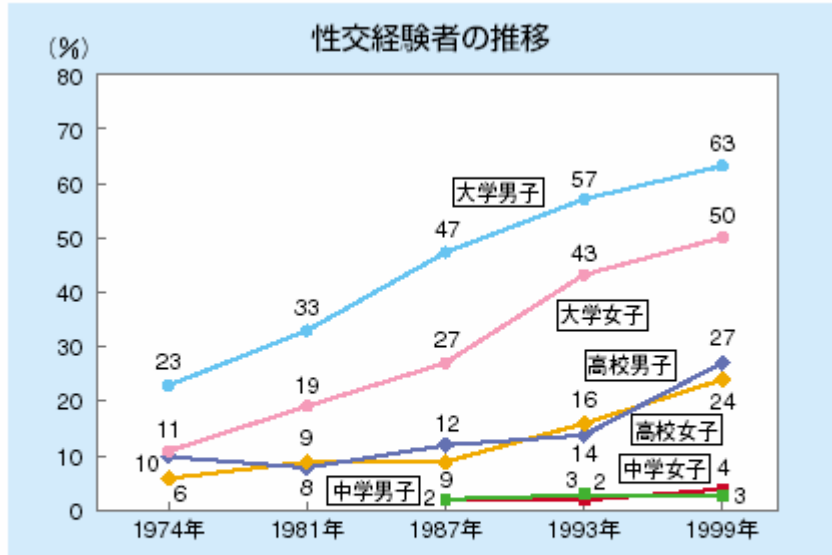
Tab.5 Aids Neuinfektionen in Japan 1985-2002



出典：厚生労働省エイズ動向委員会、平成14年度エイズ動向年報、2003.より作図

Verhütung ist in der Regel Sache der Frau. Bevorzugte Methoden sind, nachdem die Pille auch in Japan zugelassen wurde, die hormonelle Kontrazeption, gefolgt von Kondom und Methode Knaus/Ogino, viele nicht verheiratete junge Paare verhüten jedoch nicht.

Sexualverhalten: erster Geschlechtsverkehr findet laut einschlägigen Wochenmagazinen im Alter von 13 bis 15 Jahren statt. In der offiziellen Statistik findet sich dazu folgende Angabe:



注) 1974年、1981年は高校生・大学生 (含む短大) のみを対象に行われたため、中学のデータはなし。

出典: 財団法人日本性教育協会編「若者の性」白書-第5回・青少年の性行動全国調査報告-、小学館、2001、P.11経験率の推移より一部作図

In früherer Zeit war vorehelicher Geschlechtsverkehr nicht gestattet, ist aber trotzdem passiert. Bei ungewollter Schwangerschaft von Dienstboten, heimlichen Geliebten oder Töchtern aus „gutem Haus“ wurde, wenn es zum Abbruch zu spät war, das Kind ausgetragen und dann zur Adoption freigegeben. Heute ist bei diesem Problem eine Schwangerschafts- unterbrechung ohne rechtliche Folgen für die Frau möglich.

In den letzten Jahren findet sich eine Zunahme der Promiskuität unter jungen Schülerinnen aller Gesellschaftsschichten, die ihre Körper an ältere gut situierte Herren verkaufen, um mit dem so erworbenen Geld Luxusgüter und Markenartikel zu kaufen. Prostitution ist in Japan offiziell verboten, wird aber von den Behörden geduldet.

Aus Interviews mit Betroffenen:

Die 1. **gynäkologische Untersuchung** erfolgt normalerweise bei Eintritt der 1. Schwangerschaft. Die Wartezeit bis zur Untersuchung beträgt für die Patientin durchschnittlich 3 Stunden, kann aber auch länger sein, wenn der Arzt durch eine Geburt verhindert wird, da Gynäkologie und Geburtshilfe auch in der niedergelassenen Ordination nicht entkoppelt sind und der Arzt jederzeit zu einer Geburt abgerufen werden kann.

Unterschiede in der gynäkologischen Praxis zwischen Österreich und Japan zeigen sich schon in der Einrichtung des Untersuchungsplatzes. In Japan betreiben auch niedergelassene Gynäkologen in der Regel mehrere Untersuchungsstühle in einem Raum, die durch einen dünnen Vorhang von einander getrennt sind. Hinter jedem Stuhl befindet sich eine kleine Umkleidekabine (wie in Röntgeninstituten in Österreich). Nachdem die Patientin den Unterkörper frei gemacht hat, begibt sie sich auf den Untersuchungsstuhl, wobei sie dann noch durch einen kleinen Vorhang in Beckenhöhe vor den Blicken des untersuchenden Arztes versteckt ist. Dadurch soll oder ist eine Anonymität gewahrt, weil ja der Anal-Genitalbereich seit Kindheit ein Bereich ist, für den es sich zu schämen gilt (das so genannte „hazu kashi“).

Auf Grund der dünnen Vorhänge bekommt aber jede Patientin das Gespräch zwischen Arzt und untersuchter Nachbarinnen mit. Für Frauen, die sich im Westen u. a. Österreich einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen haben, eine durchaus unbefriedigende, um nicht zu sagen erniedrigende Prozedur. Auf Grund dieser japanischen Eigenart der Untersuchungspraxis ergibt sich für den österreichische(n) Gynäkologen(in) bei der Untersuchung einer Japanischen Patientin, die zum ersten mal eine solche im Ausland in Anspruch nimmt, eine gewisse Vorgangsweise, um dem Schamgefühl der Frau Rechnung zu tragen.

Auch wenn im niedergelassenen Bereich Umkleidekabinen in Verwendung sind begibt sich die Patientin entkleidet zum Untersuchungsstuhl. Viele Japanerinnen suchen daher bei der ersten Konsultation nach einem Tuch oder anderen Gegenstand, um ihre Blöße zu bedecken. Wenn dann noch sprachliche Kommunikationsprobleme auftreten, führt dies manchmal zu komischen aber auch peinlichen Szenen.

Auch Fragen nach dem Intimleben erregen mitunter Verwunderung bei den Betroffenen, was diese aber aus Höflichkeit oder Angst vor dem Arzt nicht artikulieren. Denn solche Fragen werden in der Regel von japanischen Ärzten nicht gestellt. Was immer wieder in den Interviews auffällt, ist das positiv Hervorheben des Engagements und die Zeit die für Erklärungen nach erfolgter Untersuchungen aufgewendet werden.

Über unterschiedliche Erfahrungen während der **Geburt** berichtet eine Betroffene: „... in Japan musste ich beim Einsetzen der Wehen mit gespreizten und fixierten Beinen auf dem Gebärstuhl sitzen, obwohl es noch Stunden dauerte, bis die Geburt schließlich erfolgte. Das war äußerst unangenehm, da ich keinen Lagewechsel durchführen konnte. Von Seiten des Arztes oder der Hebamme gab es keine Hilfestellung...in Österreich dagegen wurde ich nicht fixiert, die Atmosphäre war entspannt und trotzdem ich kaum deutsch verstand, war der Umgang sehr liebe- und rücksichtsvoll. Auch wurde mir unmittelbar nach der Geburt das Baby mit Nabelschnur auf den Bauch gelegt, eine glückliche Erfahrung, die ich bei meinen beiden früheren Geburten in Japan nicht machen konnte...auch die Anwesenheit meines Mannes während der Geburt erlebte ich in Österreich zum ersten Mal...dies ist in Japan nicht die Regel...“

Der Einsatz von Wehen fördernden Medikamenten wird in Japan sehr großzügig gehandhabt. Dadurch kommt es aber oft zu überschießender Wehentätigkeit mit ausgeprägten Schmerzen. Diesen Anblick ihrer leidenden Frauen können viele Männer, die sich doch entschlossen haben nach obligatorischer Teilnahme an einem Kurs zur Geburtsvorbereitung für werdenden Vätern, nicht ertragen und ziehen sich zurück.

Japanerinnen, die ihre Schwangerschaft und Geburt in Österreich erlebten, berichten, dass diese Kinder ruhiger, zufriedener sind, als die Kinder, die sie in Japan geboren haben. Trotz sprachlicher Probleme empfehlen japanische Mütter ihren Bekannten, Schwangerschaft und Geburt in Österreich zu erfahren.

Früherkennung in der **Onkologie** scheitert in Japan oftmals daran, dass viele Patientinnen den Gang zum Gynäkologen scheuen, da vor allem die Arzt-Patientinnen Kommunikation schlecht funktioniert, die Art des Umganges von den Patientinnen als unpersönlich, abweisend, zu kurz, zu oberflächlich, die Untersuchung teilweise als grob und schmerzhaft empfunden wird.

Bei **Unfruchtbarkeit, Kinderwunsch** werden nach sorgfältiger Abklärung häufig auch additive Behandlungsverfahren wie Kampo, traditionelle japanische Phytotherapie, in Kombination mit Akupunktur oder künstlicher Insemination eingesetzt (2,3,6,7). Früher ein Stigma, das zur Auflösung der Ehe führen konnte, hat sich die offizielle Einstellung dazu doch stark gewandelt, die psychische Auswirkung für die betroffene Frau können aber nach wie vor gravierend sein.

Alter und Sexualität: mit zunehmenden Alter lässt sich in der japanischen Gesellschaft ein auseinanderdriften der Partner feststellen, was auch in der Scheidungsstatistik erkennbar wird. Auch die ehelichen sexuellen Aktivitäten reduzieren sich bereits in der Altersgruppe ab 45 Jahre, wobei neben nachlassender körperlicher Spannkraft verschiedene Gründe dafür verantwortlich sein können: abnehmende Zuneigung, schwinden der körperlichen Attraktivität, unterschiedliche Freizeitinteressen,

Müdigkeit vor allem der Männer durch gesellschaftliche Verpflichtungen, finanzielle Probleme, drohende Kündigung...

Symptome der beginnenden Menopause werden von den Patientinnen unterschiedlich wahrgenommen und empfunden. Bei Frauen, deren Partnerschaft und Sexualleben harmonisch ist, treten psychosomatische Beschwerden in dieser Zeit weniger gravierend auf. Diese Art der Beschwerden werden von vielen japanischen Ärzten sehr erfolgreich mit Rezepturen der Kampo Medizin, der traditionelle japanische Phytotherapie, behandelt (4,5).

Zusammenfassung:

Von Japanerinnen wird an österreichischen gynäkologischen Ordinationen als positiv empfunden:

- Angenehme Atmosphäre im Wartezimmer und Untersuchungsraum
- Zeit für ausführliches persönliche Gespräch
- Optimierte Betreuung
- Erklärung der Untersuchung
- Erklärung der Befunde und der sich daraus ergebenden Therapie
- Kosten für die Geburtshilfe wird von den öffentlichen Kassen gedeckt

Literatur

- 1) www.jinjapan.org/trends, in Japan Forum 6/03
- 2) Takahashi K., Kitao M.: Effect of tj-68 (Shakuyaku-kanzo-to) on Polycystic Ovarian Disease; International Journal of Fertility 39:2, 1994
- 3) Ogata G., Anwendung von Toki•shakuyaku•san•go•keishi•bukuryo•gan, Toki-shigyaku-ka-goshuyu-shokyo-to bei Menstruationsstörungen und Unfruchtbarkeit, J.of Kampo Medicine, 39, 4, 36-37, 1992
- 4) Sho Meiei, Über Keishi-bukuryo-gan, Toki-shakuyaku-san, J.of Kampo Medicine, 39, 4, 37-44, 1992
- 5) Terasawa K., Kampo, Praxis der traditionellen fernöstlichen Phytotherapie anhand von klinischen Fallbeispielen, K.F.Haug-Verlag 1994
- 6) Terashi B., Funin o naosu Kampo, Taisedo, 1986
- 7) Bacowsky H., Behandlung einer durch PCO (Polycystisches Ovar) bedingten Amenorrhoe mit der Kampo-Rezeptur *Keishi-Bukuryo-gan/Gui-zhi-fu-ling-wan*, EuroKampo Nr.3, 2003, ISSN **1810-0430**, www.eurokampo.at

Anschrift der Verfasser:

Dr. phil. Bacowsky Michiko
Dr.med.Dr.med.vet. Bacowsky Helmut
Zentrum Nosomi
Sachsenplatz 9/30
A-1200 Wien/Austria/Europe
e-mail: nosomi@nosomi.at
web: www.nosomi.at

Der weibliche Lebenszyklus aus ethnologischer und psychotherapeutischer Sicht

Dr. Christine Binder-Fritz

Dr. Anna Vobruba

Zunächst wollen wir den Kulturbegriff und das Verstehen des Fremden behandeln. Anhand von Übergangsritualen mit Beispielen aus verschiedenen Kulturen beleuchten wir bruchstückhaft einen weiblichen Lebenszyklus - von Geburt, Heranwachsen, Menarche, Menstruation über Hochzeit, Schwangerschaft, Gebären, Mutterschaft bis zu den Wechseljahren. Ein Pendeln zur eigenen Kultur soll immer wieder erfolgen und auf spezielle Problematiken von Migrantinnen eingegangen werden.

Ein Frauenleben ist durch Monats- und Lebenszyklen gekennzeichnet. Erste Menstruation, erste Mutterschaft, die Wechseljahre und die Menopause stellen hierbei markante Schwellenereignisse im weiblichen Leben dar, wobei körperliche, psychische und soziale Prozesse ineinander greifen. Die soziokulturellen Rahmenbedingungen, die den Übergang von der Kindheit zur Pubertät und von der Frau zur Mutter begleiten sowie später die Wechseljahre und das Altern gestalten, sind mannigfaltig. Einerseits kommt den Faktoren Gender, Ethnizität und Kultur große Bedeutung zu, andererseits spielt der jeweils individuelle Umgang mit diesen Rahmenbedingungen eine ebenso wichtige Rolle. Vor allem aus nicht-industrialisierten Gesellschaften sind bestimmte Rituale bekannt, durch die solche Übergänge im weiblichen Lebenszyklus sozial und kulturell gestaltet werden.

Angesichts des gestiegenen Anteils von Frauen „aus fremden Kulturen“ in unserem Gesundheitssystem, kommt dem Erwerb der häufig zitierten „transkulturellen Kompetenz“ gerade im sensiblen Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe große Bedeutung zu. Auf diesem Gebiet wird besonders deutlich, dass die Vorstellungen der Frauen und das Wissen rund um die physiologischen Vorgänge im Körper, in Abhängigkeit von der gesellschaftsspezifischen Sozialisation, dem Bildungsgrad und dem medizinischen Wissen, oftmals sehr unterschiedlich sein können. Kulturspezifische Werte, Normen und Verhaltensweisen (z.B. Tabus) im Zusammenhang mit jeweiliger Religion und Weltbild beeinflussen den Umgang mit der weiblichen Sexualität, sowie das subjektive Erleben von Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahren.

Das Gespräch, die Verständigung zwischen Patientin und Arzt/ Ärztin spielt selbstverständlich eine zentrale Rolle im medizinischen setting. Dennoch geht es nicht nur um sprachliche Barrieren. Im Rahmen der interkulturellen Kommunikation und sozialen Interaktion zwischen Migrantinnen und medizinischem Personal treten viele Facetten zutage. Die vielschichtigen und komplexen Prozesse auf der menschlichen Ebene spielen hierbei eine weitaus größere Rolle als bisher angenommen wurde. Nicht zuletzt entscheidet die Qualität des Erstgesprächs maßgeblich über die Compliance der Frauen hinsichtlich einer notwendigen Untersuchung oder Therapieform.

Das Wissen um „kulturelle“ Einflüsse auf den weiblichen Lebenszyklus und die damit verbundenen Wertvorstellungen, Tabus und Verhaltensweisen erleichtert das Anamnesegespräch, fördert Vertrauen und trägt letztlich zu einer besseren Compliance von seiten der Patientinnen und deren Angehörigen bei.

Literatur:

Akache-Böhme, Farideh (1993) : *Frausein – Fremdsein*. Frankfurt : Fischer

Arbeitsgruppe Ethnologie Wien (Hg.) (1989) : *Von fremden Frauen. Frauen und Geschlechterbeziehungen in nichtindustriellen Gesellschaften*. Frankfurt : suhrkamp

22. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Arbeitsgruppe Migrantinnen und Gewalt (Hg.) (2003) : *Migration von Frauen und strukturelle Gewalt*. Wien : Milena

Binder-Fritz, Christine (2003) : *Gender, Körper und Kultur: Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen*. In: Lux, Thomas (Hg.) *Kulturelle Dimensionen der Medizin - Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin. Reimer Verlag. 89-123.

Eigner, Dagmar (2001) : *Ritual, Drama, Imagination. Schamanische Therapie in Zentralnepal*. Wien : WUV Universitätsverlag

FRAUENSOLIDARITÄT, 4mal im Jahr erscheinende Zeitschrift, Wien
www.frauensolidaritaet.org

Göttner-Abendroth, Heide (1998) : *Matriarchat in Südchina. Eine Forschungsreise zu den Mosuo*. Stuttgart : Kohlhammer

Hellmann, Brigitte (Hg.) (1998) : *Frauengeschichte(n). Ein historisches Lesebuch*. München : dtv

Klein, Gabriele / Liebsch, Katharina (Hg.) (1997) : *Zivilisierung des weiblichen Ich*.
Frankfurt : suhrkamp

Koher, Frauke / Pühl, Katharina (Hg.) (2003) : *Gewalt und Geschlecht. Konstruktionen, Positionen, Praxen*. Opladen : leske+budrich

Kosack, Godula & Krasberg, Ulrike (Hrg.) (2002) : *Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein : Ulrike Helmer Verlag.

Martin, Emily (1989) : *Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*.
Frankfurt / New York : Campus

More`, Angela (2003) : *Bewusste und unbewusste Körperbilder. Ihre Bedeutung in der Persönlichkeitsentwicklung junger Frauen*. S. 3-24 In : WERKBLATT Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik. Nr. 51, Heft 2 / 20. Jg.

Moser, Maria Katharina (2003) : „Auf das Opfer darf keiner sich berufen“
Opfer-Konstruktionen im Spannungsfeld von Krieg, Religion und Geschlecht. S.77-93 In :
Anker, Elisabeth / Arzt, Silvia / Eckstein, Kirstin / Neissl, Julia (Hg.) (2003) : *Männerkrieg und Frauenfrieden. Geschlechterdimensionen in kriegerischen Konflikten*. Wien : Promedia Verlag

Schülting, Sabine (1997) : *Wilde Frauen, Fremde Welten. Kolonisierungsgeschichten aus Amerika*. Hamburg : rowohlt

Thallmayer, Claudia / Eckert, Karin (Hg.) (2004) : *Sexismen und Rassismen. Lateinamerikanerinnen zwischen Alter und Neuer Welt*. Wien : Promedia

Interkulturelle Kommunikation – „Was machen die Fremden mit uns“ *Balintgruppe*

M. Burger – I. Frech

Michael Balint (1896 – 1970) beschrieb in seinem Hauptwerk „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ (1957) die „Droge Arzt“. Damit meinte er die Wirkung der Interaktion der Ärztin und des Arztes mit der/dem PatientIn auf den weiteren Verlauf der Behandlung und der Krankheit:

„Bald jedoch kamen wir in unseren Diskussionen darauf, dass es für dieses hochwichtige Medikament keine Pharmakologie gibt. Um es auf eine Weise auszudrücken, die dem Arzt vertraut ist: In keinem Lehrbuch steht etwas über die Dosierung, in welcher der Arzt sich selbst verschreiben soll; nichts über Form und Häufigkeit, nichts über heilende und erhaltenden Dosen usw. Noch beunruhigender ist der Mangel an Literatur über die Risiken dieses Medikaments, über die vielfältigen allergischen Zustände, auf die man die Patienten zu beobachten hat, oder über etwaige unerwünschte Nebenwirkungen. Der Mangel an Literatur über dieses gebräuchlichste aller Heilmittel ist auffallend und wahrhaft erschreckend, vor allem im Vergleich zu der Fülle von Kenntnissen, die man sich über andere, sogar über erst eingeführte Medikamente verschaffen kann.“ (Balint, 1957/2001, S.15)

Balint ging davon aus, dass ein gutes Drittel der Arbeit von Ärztinnen und Ärzten psychischer oder psychosomatischer Natur ist. Die dazu erforderlichen Kompetenzen sollten (unter anderem) in der Balintgruppenarbeit über den „Umweg“ der Erkenntnis der eigenen Persönlichkeit erworben werden. Dabei sollte nach Balint „die Diskrepanz zwischen Absicht und tatsächlichem Verhalten, die Grenzen des Einzelnen und seine blinden Flecken erkannt werden“ (Balint, 1957/2001, S.413). Anzustreben in der Balintgruppenarbeit ist daher „... das Erkennen der Psychodynamik der Beziehungen, die der Arzt zu den verschiedenen Patienten hat, und das Erkennen der aus der Persönlichkeit des Arztes stammenden Anteile an dieser Psychodynamik ...“. (Rappe-Giesecke, 1994, S.22). Das ist das „Kennenlernen der Droge Arzt“.

Die Balintgruppe im Rahmen dieser Jahrestagung beleuchtet die Interaktionen zwischen den (für uns) „fremden“ PatientInnen und ihren Geschichten einerseits sowie den TeilnehmerInnen der Gruppe andererseits.

Diese haben die Gelegenheit anhand eigener „Fälle“ die Wirkung „anderer Kulturen“ auf sich zu erfahren und zu spüren; die eigenen Reaktionen zu beobachten und zu reflektieren und schließlich die Erkenntnisse im beruflichen und privaten Umfeld zu nützen.

In Beziehung treten mit Migrantinnen

In unterschiedlichen Lebensphasen und -Bereichen in ärztlicher und psychotherapeutischer Praxis

Sevin Cayiroglu & Türkan Akkaya – Kalayci

Abstract:

Durch die Migration hat die Migrantin eine Lebensphase durchlebt, die an erster Linie durch den Verlust der Heimat, des kulturellen Hintergrundes und der Sprache gekennzeichnet ist. Nicht selten fühlt sie sich schuldig, weil sie etwas verlassen hat, was sie bis dahin als ihre Heimat wertschätzte, weil sie ihre eigene Kultur und Sprache den Rücken gekehrt und weil sie Menschen, die ihr am nächsten standen, verlassen hat. D.h. Migration bewirkt eine tiefgreifende Erschütterung der persönlichen und der kulturellen Identität und sie birgt sowohl neue Entfaltungsmöglichkeiten als auch die Gefahr eines regressiv anhaltenden Prozesses in sich. Es ist ein hohes Maß an psychischer Arbeit notwendig. Unter anderem geht es darum, Ambivalenzen auszuhalten, dem Neuen gegenüber offen zu sein, ohne das Alte aufzugeben, Abschieds- und Trauerarbeit zu leisten, Unsicherheit und Ungewissheit hinsichtlich der Zukunft zu ertragen bzw. endgültige Entscheidungen zu treffen. Nur einem Teil der Migrantinnen gelingt eine sinnvolle positive Bewältigung dieser Lebensphase. Nicht wenige leiden unter psychischen und organischen Krankheiten und bedürfen unsere Hilfe.

Für die Etablierung einer hilfreichen Beziehung ist an erster Linie notwendig, sich auf einen emotionalen Kontakt mit ihnen einzulassen und einen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem sie die Realität der eigenen Subjektivität und Lebensgeschichte wieder erleben können.

Die in der Literatur oft zitierte Schwierigkeit der ProfessionistInnen im Sinne der Sprachbarriere, aber auch das unterschiedliche Verständnis von Krankheit und Leiden, der andere Zugang zum Körper, die anderen Ausdrucksformen von Schmerz und Krankheit sollten einerseits durch die Vermittlung von interkultureller Kompetenz (soziokulturelle und geschlechtsspezifische Hintergründe, Toleranz gegenüber der Doppeldeutigkeit von Worten, Werten, Symbolen und Sachverhalten, Rollenflexibilität und Vermeidung ethnozentrischer Bewertungen) ausgeglichen, andererseits die durch das Fremde hervorgerufene Ängste und Irritationen einer ständigen Reflexion unterzogen werden. Nur dann können Fehldiagnosen, Fehlbewertungen, aber auch Fehleinschätzungen bei Übertragungs- und /oder Gegenübertragungsreaktionen mit zum Beispiel gegenseitigen Gefühlen des Missverständens vermieden werden.

„Ne diyor? – Was sagt sie?“

Das „migrant friendly hospital-Projekt“ im Kaiser Franz Josef Spital in Wien

Dr. Margit Endler, Dr. Susanne Heller

Seit Dezember 2002 ist das KFJ der österreichische Teilnehmer des EU-Projektes „migrant friendly hospital“ (MFH). Dieses Projekt wird vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Wien koordiniert und Ende März 2005 abgeschlossen.

EU-weit nehmen Krankenhäuser aus folgenden Ländern an diesem Projekt teil:

Deutschland, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Die Niederlande, Schweden und Österreich.

Zunächst wurden Probleme erhoben, die im Umgang mit MigrantInnen in allen beteiligten Ländern gleichermaßen auftreten. Aus den Ergebnissen dieser Recherche kristallisierten sich folgende Subprojekte heraus:

Subprojekt A befasst sich mit der Professionalisierung des Dolmetschwesens im Spital.

Subprojekt B beschäftigt sich mit muttersprachlichen Kursen für schwangere Migrantinnen über Themen rund um die Geburt.

Subprojekt C bietet Kurse für das Personal an, die bei der Überwindung kultureller Schranken helfen und die Verständigung zwischen Personal einerseits und PatientInnen und Angehörigen andererseits verbessern sollen.

Jedes beteiligte Spital nimmt an mindestens zwei Subprojekten teil.

In der Eingangsphase wurde mittels Fragebögen ein „Ist-Zustand“ an den teilnehmenden Krankenhäusern ermittelt, auf dessen Basis sinnvolle und realisierbare Verbesserungen geplant werden konnten.

In weiterer Folge wurden parallel zu den im Rahmen des Gesamtprojekt angestrebten Verbesserungen an unserem Spital - in Zusammenarbeit mit dem an unserem Krankenhaus ansässigen Frauengesundheitszentrum FEM Süd - Subprojekt B und C umgesetzt. Abschließend wurde eine neuerliche Evaluierung durchgeführt.

Eine etwa einmal im Monat zusammentretende Steuerungsgruppe beschäftigt sich zudem mit der Planung und Durchführung von Verbesserungen in Bereichen wie allgemein verständliche Hinweistafeln, mehrsprachige Patientenbroschüren und Informationsblätter, Erleichterung des Zugangs zu entsprechenden Informationen für das Personal bis hin zur Transparenz der Speisepläne für die PatientInnen.

Subprojekt B

Als Zielgruppe für unseren muttersprachlichen Kurs über Themen rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und das erste Lebensjahr des Kindes wählten wir die an unserem Spital größte Gruppe an Migrantinnen, die türkischsprachigen Frauen.

An unserer geburtshilflichen Abteilung entbinden jährlich etwa 1250 Frauen. Davon sind ca. 35-40% der Frauen aus türkischsprachigen Familien. Viele dieser Frauen hatten bisher nur wenig oder gar

keinen Zugang zu aktuellen Informationen über Themen wie normale Geburt, Probleme in Schwangerschaft, unter der Geburt und in der Stillzeit, Ernährung eines Säuglings, Verhütung nach der Geburt oder postpartale Depression.

Zu den angebotenen Informationsgruppen und zum Schwangerenturnen kamen - zum Teil aufgrund von Sprachschwierigkeiten - nur die allerwenigsten. Und im Kreissaal sowie auf der Wochenbettstation und im Kinderzimmer traten, besonders außerhalb der Arbeitszeiten unserer Türkisch-Dolmetscherin, oft Schwierigkeiten auf der Basis von Verständigungsproblemen oder mangelnder Vorbereitung der Patientinnen auf.

In Abwandlung des ursprünglichen Konzeptes des Subprojektes B, das die Konzentration auf postpartale Themen vorgesehen hätte, entschlossen wir uns daher, nach Befragung der Patientinnen und des Personals, einen 4-teiligen erweiterten Geburtsvorbereitungskurs in türkischer Sprache anzubieten.

Schwerpunkte hierbei waren besonders

- Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit
- Bewegung in Schwangerschaft und Stillzeit
- Sexualität in Schwangerschaft und Stillzeit inklusive Verhütung nach der Geburt
- Angst und postpartale Depression
- Das erste Lebensjahr des Kindes
- Wer ist der zuständige Ansprechpartner bei welchem Problem

Abgehalten wurde der Kurs insgesamt drei mal in Form von 4x2 Stunden in jeweils 4 aufeinander folgenden Wochen im April, Mai und Juni 2004 in türkischer Sprache von einer Familienhebamme, einer türkischsprachigen Ärztin, sowie einem Pädiater und einer Dolmetscherin vom Preyer'schen Kinderspital.

Eingeladen wurden zunächst die Frauen ab der 28.SSW mittels eines auf ihrem Mutter-Kind-Paß aufgeklebten Pickerls mit Datum, Uhrzeit und Kursort. Später verteilten wir auch Handzettel und hängten Plakate aus. Die Kursteilnahme war freiwillig, versäumte Module konnten in einem der Folgekurse nachgeholt werden.

Von ca. 80 persönlich eingeladenen Frauen nahmen 29 an den Kursen teil. Nur 5 Frauen haben alle Module besucht, die meisten kamen nur ein- oder zweimal.

Die Frauen, die teilgenommen haben, waren insgesamt mit dem Kurs sehr zufrieden und haben ihrer persönlichen Einschätzung nach davon profitiert.

Dass wir trotz aller Mühen nur relativ wenige Frauen erreichen konnten, bleibt ein kleiner Wermutstropfen. Unseren türkischsprachigen Mitarbeiterinnen zufolge ist die beste Form der Werbung jedoch die Mundpropaganda – und deren Auswirkungen brauchen vor allem Zeit...

Insgesamt haben sowohl Teilnehmerinnen als auch Vortragende und Vorbereitende sehr viel von und über einander gelernt.

Für die Zukunft hoffen wir, unsere Erfahrungen, verbunden mit Anregungen aus den abschließenden Evaluierungsbögen, in weiteren Kursen anwenden zu können. Wir planen eine Neugestaltung der bei der Geburtsanmeldung verteilten Informationsblätter, sowie eine kleine Sammlung über mögliche „kulturelle Stolpersteine“, ihre Hintergründe und ihre Vermeidung.

Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch – Aus der Sicht von Migrantinnen

Dr. Zahide Fischer, DSA Martina Morawitz

Die Situation von Migrantinnen in Österreich ist überwiegend durch das Frauenbild ihrer jeweiligen Kultur, Religion und familiären Rolle geprägt. Ein- und Zuwanderung aufgrund von Flucht, Familiennachzug oder aus wirtschaftlichen Gründen bedeutet für die Frauen, dass sie häufig unvorbereitet, oft in einem gesundheitlich schlechten Zustand in ein neues, ihnen völlig unbekanntes Lebensumfeld geraten.

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Aufbau sozialer Kontakte außerhalb der Familie ist ihnen aufgrund vorhandener Sprachbarrieren selten möglich. Eine Verbesserung ist auch später in vielen Fällen kaum zu beobachten, da sowohl das niedrige Bildungsniveau vieler Migrantinnen, als auch das entsprechende Rollenverständnis der Frau in ihrem Kulturkreis diese weiterhin nicht zulassen. Auch die üblichen Informationsträger wie Zeitung, Radio und Fernsehen erreichen diese Frauen in der Regel nicht. Eine erfolgreich ausgerichtete Gesundheitspolitik für Migrantinnen muss, wenn sie erfolgreich sein will, neue Wege gehen.

Die Beispiele in der Praxis der Familienplanung für Migrantinnen zeigen, dass ca. 95 % der Frauen über die Anatomie ihrer Geschlechtsorgane nicht aufgeklärt sind. Diese Situation erschwert ihnen sehr oft für sich eine geeignete Verhütung auszuwählen bzw. diese durchzuführen. Diese Unwissenheit ist darauf zurückzuführen, dass Themen wie, Sexualität, Aufklärung, Sprechen über den eigenen Körper und sexuelle Bedürfnisse bei den türkischen Familien Tabuthemen sind. Um selbstständig Informationen einholen zu können, reichen oft die Sprachkenntnisse nicht.

Die Türkei ist ein Beispiel dafür, dass der gesamte Bereich der Sexualaufklärung im Schulunterricht bis jetzt mehr oder weniger ausgeklammert wird. Ergebnisse einer aktuellen Umfrage des Piar-Gallup-Institutes unter 1.600 Frauen über 18 Jahre in der Türkei bestätigen dieses Defizit. So wussten 75% der befragten Frauen nicht, was ein Orgasmus ist. 45% hätten gerne mehr Informationen zum Thema Sexualität gehabt, 59% plädierten für einen Sexualkundeunterricht in den Gymnasien (Hürriyet, Europa-Ausgabe, 4.3.2000). Wenn türkische Patientinnen ihre Ehemänner als Vertrauensperson und Informationsquelle für ihre Kenntnisse über den weiblichen Körper angeben, so ist dabei zu berücksichtigen, dass auch der ‚Respekt und die Scham der Frau gegenüber dem Mann‘ in diesen Gesprächen sicherlich nicht ohne Wirkung bleibt. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass auch Männer in der Türkei in ähnlicher Weise aufgeklärt wurden, also über unzureichende Kenntnisse verfügen.

Die nicht ausreichenden Kenntnisse (zum Beispiel Coitus interruptus) des Mannes über seinen eigenen Körper bringen die Frauen oft zu einer ungewollten Schwangerschaft. Bei 90 % der Schwangerschaftsabbrüche war diese Methode die Ursache, gefolgt von einem geplatzten oder falsch verwendeten Kondom als Verhütungsmethode.

Wenn türkische Frauen Verhütungsmethoden selber aussuchen, ist die Kupferspirale die meist verwendete. Diese Methode wird meistens nach Erfahrungsaustausch mit Freundinnen ausgewählt. Hinzu kommen sehr viele Fragen über die Spirale und unbegründete Ängste, aufgrund, auch unzureichenden sexuellen bzw. anatomischen Kenntnisse. Ca. nahezu 80 % der Frauen lassen sich eine Spirale setzen wenn sie im Durchschnitt zwei bis 3 Kinder haben.

Schwangerschaftsabbrüche gibt es seit Beginn der Menschheit und sie lassen sich auch mit strengen Gesetzen nicht aus der Welt schaffen. Sicher weiß die betroffene Frau selber, welche für sie die richtige Entscheidung ist. Gespräche helfen ihr auf dem Weg der Entscheidungsfindung.

Ein Schwangerschaftsabbruch wird in den meisten Fällen aufgrund religiöser Vorschriften in Frage gestellt. Für viele Türkinnen ist ein Abbruch dann eine Sünde, wenn „das Herz des Kindes zu schlagen“ beginnt.

Ein Schwangerschaftsabbruch erfolgt dann, wenn die Familie keine ausreichenden finanziellen Mittel hat, kein Kinderwunsch mehr besteht, eine Frau Krankheiten hat oder eine risikoreiche Schwangerschaft nicht auszuschließen ist

Es zeigt sich auch, dass viele türkische Frauen erst dann zur Gynäkologin gehen, wenn sie Beschwerden haben. Ein präventiver und regelmäßiger Besuch bei der Gynäkologin wird in unseren Beratungsgesprächen mit den türkischen Frauen stets angeregt, sowie die sexuelle Aufklärung ihrer Töchter und Söhne und deren Notwendigkeit.

Zum Erlernen von Verhütung und zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften ist die sexualpädagogische Arbeit mit Jugendlichen besonders wichtig. Sexuaufklärung und Sexualpädagogik sind zwar primär Aufgaben für die Eltern, aber Jugendliche möchten auch an Orten, wo sie sich mit Gleichaltrigen treffen, über diese Themen sprechen. Insofern ist es wichtig, dass insbesondere Schulen, Freizeiteinrichtungen und Jugendvereine entsprechende qualifizierte Beratungsangebote haben.

Bei vielen Migrantinnen ist von relativ schlechten Basiskenntnissen über den eigenen Körper und dessen Funktionen auszugehen. In Kombination mit zum Teil schlechten sprachlichen Voraussetzungen sind bei der Aufklärung, Information und Beratung im medizinischen Betreuungs- und Behandlungsprozess spezielle Maßnahmen notwendig, um dem Ziel einer größeren Patientinnenautonomie näher zu kommen. Nur eine informierte Patientin wird in der Lage sein, im Dialog mit dem Arzt, der Ärztin oder Schwester eine adäquate Partnerin zu sein. Daraus ergeben sich zentrale Aufgaben für Behörden im Rahmen der gesundheitlichen Aufklärung.

Anna Legler - Guc, ECP

Psychotherapeutin, Supervisorin

Einzel-, Familien- und Gruppenberatung

1140 Wien, Albert Schweitzer-G.6 (Auhof-Center), 1050 Wien, Diehlgasse 37/3

Tel 01/577 20 84, 01/54 55 335, Fax 01/54 49 155

E-Mail: legler@legler.at Homepage: www.legler.at



Abstract von Anna Legler-Guc, ECP

**Qualitative Erhebung durchgeführt
vom Frauengesundheitszentrum
FEM-Süd, Wien ***

10 Jahre danach

Wieso jetzt, 10 Jahre nach dem Krieg in Jugoslawien, erkranken so viele Frauen im Ausland? Die Depressionen und Angststörungen sind im Vordergrund. Diese Frauen sind gesund gekommen und hatten keine Kriegstraumata. Es ging ihnen gut und jetzt sind sie krank.

Ein Phänomen, das immer größeren Raum einnimmt.

An Hand von Studien im FEM-Süd, in Wien, werden folgende Punkte überblicksmäßig durchleuchtet:

- 1) Ursachen von Erkrankungen und Symptomen
- 2) Möglichkeiten und der Weg bis zur Behandlung
- 3) Bedeutung der Untersuchung und Bedeutung für das soziale Umfeld
- 4) Welche Maßnahmen gäbe es im sozialen aber auch gesellschaftspolitischen Bereich

* Mag. Huberta Haider-Koumansky und Mitarbeiterinnen des FEM-Süd

Kaiser Franz Josef-Spital, 1100 Wien, Kundratstr.3, Tel.:+43-1-60191 5201,Fax +43-1-60191 5209

Psychosomatische Beratung Therapie mit Dolmetsch. Ist das möglich?

Dr. Katharina Leithner

Es gibt kaum Literatur über psychosomatische/psychotherapeutische Betreuung von Frauen mit Hilfe einer Dolmetscherin. Andererseits wird die Betreuung und auch Behandlung von Frauen aus anderen Kulturkreisen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen immer mehr zur Alltagsroutine an der gynäkologischen/geburtshilflichen Abteilung. Untersuchungen zeigen, dass PatientInnen, die nur über einen Dolmetsch mit ihren ÄrztInnen kommunizieren können, signifikant weniger über ihre Beschwerden, Gefühle, Erwartungen und Gedanken sprechen als solche, die sich direkt mit den ÄrztInnen verständigen können. Auch die Reaktion der ÄrztInnen ist bei Behandlung mittels Dolmetsch durch signifikant geringere Empathie und weniger Eingehen auf die von den PatientInnen gestellten Fragen gekennzeichnet.

Psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlung mittels Dolmetsch stellt uns vor zusätzliche Probleme. Im klinischen Alltag ist nur an wenigen Abteilungen eine ausgebildete DolmetscherIn ständig zur Verfügung. Häufig werden Angehörige (Ehemann, Schwester, Mutter oder auch Töchter) zur Übersetzung herangezogen, was im Zusammenhang mit den oft sehr intimen und persönlichen Fragen, die im Rahmen einer gynäkologischen Betreuung und insbesondere einer psychosomatisch/psychotherapeutischen Fragestellung erörtert werden, zu sehr schwierigen Situationen für die betroffenen Frauen führen kann. Was darf sie zum Beispiel von ihren intimsten Gedanken, Ängsten, Erwartungen über Sexualität in Anwesenheit ihres Ehemanns erzählen, etc.? Auch die häufige Praxis, Stationsangestellte, die die Muttersprache der Patientin sprechen als Dolmetsch heranzuziehen, erscheint ungünstig. Muss die Patientin doch befürchten, ihre Probleme dadurch auf der Station allgemein bekannt zu machen. Aus diesen Überlegungen wird deutlich, dass mit Hilfe eines Dolmetsch aus dem Familien- oder Stationsumfeld allenfalls eine Erstabklärung stattfinden kann, eine längerfristige Betreuung ist jedoch unter solchen Bedingungen aus meiner Sicht nicht möglich.

Psychotherapie mit einer ausgebildeten Dolmetscherin stellt uns ebenso vor unterschiedliche Probleme. Durch die Anwesenheit eines Dritten im Raum entsteht aus der Paarsituation eines therapeutischen Gesprächs eine trianguläre Situation mit den damit verbundenen Spannungen. Die Therapeutin muss sich auf die Dolmetscherin verlassen, kann ihre Übersetzung nicht kontrollieren und auch die Antwort der Patientin nicht in ihrer gesamten Bedeutung verstehen. Ein wichtiger Bereich des Verstehens im Rahmen der Übertragung und Gegenübertragung ist dadurch deutlich eingeschränkt. Sowohl die Einstellungen, Gefühle und Erwartungen der Patientin als auch die der Dolmetscherin werden in den therapeutischen Prozess miteinfließen und müssen bearbeitet werden. Nur die kontinuierliche gemeinsame Arbeit mit ein und derselben Dolmetscherin und eine arbeitsbezogene Supervision scheint das Unterfangen einer psychosomatisch/psychotherapeutischen Behandlung in diesem Setting überhaupt erst möglich zu machen.

Andere Länder - andere Sitten. Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz

Kathleen Löschke & Franz Plasser

Zusammenfassung

In der Gruppe „Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz“ soll eine Grundlage für professionelles Arbeiten in kulturellen Überschneidungssituationen gemeinsam erarbeitet werden. Informationen werden vermittelt, Fragestellungen bearbeitet, Konzepte vorgestellt und Handlungsstrategien entwickelt. Die Gruppe soll dabei Grundinformationen über soziokulturell bedingte Einflussfaktoren und kulturspezifische Deutungsmuster von Gesundheit, Krankheit und Heilung zum Inhalt haben. Das „dialogische Prinzip“ der Gruppe soll den Austausch und die Bearbeitung von Erfahrungen (Praxisbeispiele) der TeilnehmerInnen fördern, um so das Handlungsrepertoire zu erweitern.

Einleitung

Das Gesundheits- und Pflegepersonal begegnet MigrantInnen einerseits als ArbeitskollegInnen (interkulturelles Team) und andererseits als PatientInnen (und ihre Angehörigen) mit spezifischen Bedürfnissen. Häufig leben diese schon Jahrzehnte in Österreich. Meistens sind sie aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei, als so genannte "Gastarbeiter" (Arbeitsmigranten) nach Österreich migriert. Hinzu kommen MigrantInnen aus außereuropäischen Herkunftsländern, welche auch um humanitäre Aufnahme oder um Asyl ansuchen. Damit sind die Betreuenden nicht nur mit sprach- und migrationspezifischen Problemen konfrontiert, sondern auch mit teilweise unbekanntem soziokulturellen Konzepten und Praktiken. Diese Bedingungen können zu Unsicherheiten und Stresssituationen führen.

Um MigrantInnen im Spital begleiten und sie in ihren Lebensaktivitäten angemessen unterstützen zu können und gleichzeitig den eigenen Arbeitsalltag zu erleichtern, sollten deren spezifische Bedürfnisse erfasst werden können. Das erfordert eine Auseinandersetzung mit dem eigenen soziokulturellen Hintergrund sowie das Kennenlernen anderer, weniger vertrauter sozialer und kultureller Möglichkeiten. Dabei geht es nicht primär um das Aufspüren von Unterschieden, sondern um das Erkennen von Gemeinsamkeiten und Möglichkeiten der Verständigung trotz Sprachbarrieren.

Inhalte

In der Gruppe soll auf die unterschiedlichen Ursachen der Migration eingegangen und auf soziale Zusammenhänge zwischen Migration und Erkrankungen verwiesen werden. Dabei sollte deutlich werden, dass Migration an und für sich nicht krank macht, sondern die Erkrankungen können u. a. mit Lebensbedingungen zusammenhängen, sie können auch schicht- und geschlechtsspezifisch bedingt sein. Das Augenmerk könnte dann auf den Belastungen und Risiken liegen, auf denen die konkreten Lebensbedingungen zurückgeführt werden können. Man kann MigrantInnen nicht mit so genannten „Kulturrezepten“ begegnen, sondern was für die betroffene Person in diesem Moment entscheidend ist, kann nur gemeinsam mit ihnen selbst herausgefunden werden.

Gemeinsam sollen deshalb Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen erarbeitet werden. Anhand von Fallbeispielen soll verdeutlicht werden, dass die kulturspezifische Symptomwahrnehmung und Symptomrepräsentation nicht immer mit den naturwissenschaftlichen Normen übereinstimmen. Dabei sollen die Grundzüge des Islam bzw. kulturspezifische Faktoren von Menschen mosaischer Glaubensrichtung (jüdisch) gestreift und auf einige relevante Themenkomplexe eingegangen werden, wie etwa auf Speisegesetze, Pflichtgebet, Sterben, Tod und Trauer.

Im Zentrum stehen dabei immer die persönlichen Erfahrungen der Teilnehmer/-innen.

Frauengesundheit in Nepal – ein medizinisches Problem ? Nepal – ein Land der Superlativen:

Dr. med. W. Lütje

Am Fuße der höchsten Berge dieser Welt leben seine ärmsten Mitbewohner. Eingekeilt zwischen den Bevölkerungsgiganten Indien und Nepal führt dieses kleine hinduistische Königreich ein politisches und wirtschaftliches Schattenleben. Die politische Unruhe durch terroristische Angriffe maoistischer Splittergruppen habe die Haupteinnahmequelle des Landes, den Tourismus fast zum Erliegen gebracht. Der wirtschaftliche Kollaps betrifft weite Teile der Bevölkerung – wie immer bevorzugt Frauen und Kinder. Pro Kopf stehen in Nepal 1 Euro pro Jahr für Gesundheitsausgaben zur Verfügung. Gesundheit ist dabei keine entscheidende Frage der Medizin, sondern eher der Gesellschaft.

Frauen sind wie in vielen Teilen des indischen Subkontinent eine unterprivilegierte Randgruppe – Sozialstatus erreichen sie meist nur durch die Geburt zahlreicher Söhne. Nur in den Städten gibt es so etwas Ähnliches wie Emanzipation, sprich Bildung und Entwicklung und damit auch ein Stück Unabhängigkeit.

Tausende von Mädchen werden jährlich an Männer bzw. an indische Bordelle verkauft. Auf diesem Weg ist die Aids-Erkrankung zu einer bedrohlichen Seuche auch in Nepal geworden. Schon werden Stimmen laut, daß Aids-Kranke, darunter auch viele der ca. 70.000 Drogensüchtige mit einem Nabeltattoo stigmatisiert werden sollen.

Man schätzt, dass in Nepal ca. 80 % der Frauen gynäkologisch bzw. venerisch erkrankt sind. Eine Familienplanung ist häufig nicht erwünscht- und wie vieles von abergläubischen Vorstellungen belastet. Safer sex wird von den Männern bevorzugt. Mißachtete und unerwünschte Schwangerschaften müssen ausgetragen oder illegal abgetrieben werden, wobei grauenhafte Methoden wie das Einbringen stacheliger Pflanzen in die Gebärmutter oder brutale Tritte in den Bauch angewendet werden. Familienplanung bestimmt der Mann und auch nach 19 Töchtern wird ein 20. Anlauf unternommen für den ersehnten Sohn.

Frauen, die keine Kinder gebären, rutschen in der sozialen Rangordnung in den Status einer unberührbaren oder gemiedenen Witwen und alleinstehenden Frauen. Viele werden der Hexerei bezichtigt und entsprechend bestraft. Während der Menstruation dürfen die Frauen das Haus wegen Unreinheit nicht betreten und werden in nassen Kuhställen oft Opfer tödlicher Infektionen oder von Schlangebissen.

Derweilen führt die lebende Göttin Dekumari in Kadmandu bis zum Eintreten ihrer Menstruation ein einsames Un-Dasein. Nur bei ca. 13 % aller Geburten ist eine Hebamme anwesend. Die Entsorgung des Mutterkuchens übernehmen - wie von mir selbst beobachtet- meist die Ratten. 93 von 1000 Kindern sterben in den ersten 5 Jahren. Zivilisationskrankheiten wie Brustkrebs sind auf dem Vormarsch und dem gesellschaftlichen Kodex wird ihre Ursache allerdings den späten Vermählungen und Schwangerschaften zugeschrieben. Psychische Krankheiten sind weit verbreitet. Dem ganzen Land stehen nur 26 Psychiater und 75 Betten zur Verfügung.

Welchen Stellenwert kann in einer solchen Gesellschaft die Psychosomatik haben?

Psychosomatik kann hier zunächst einmal nur bedeuten, die Zusammenhänge zwischen den Lebensbedingungen und der Gesundheit herzustellen. Gesundheit ist eben nicht nur ein Spiegel der Natur sondern auch der Kultur genau.....der Spiegel der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich so oder so über Wohlstand und Armut auch negativ auswirken können. Auch moralische Fragen sind so lange schwer zu beantworten, weil kulturelle Normierungen nicht verstanden werden können oder wollen.

Unverständnis ist dann oft Spiegel eigener kultureller Blindheit und darum kann sich Kultur nur aus sich selbst heraus erneuern.

Nur das was im Land selbst passiert, kann Veränderung bewirken und durch wen auch immer inspiriert. Frauenorganisationen wie MAITI brauchen Unterstützung um die Lebensbedingungen von Frauen zu verbessern und damit auch Gesundheit im umfassenden – auch psychosomatischem Sinne – zu verwirklichen.

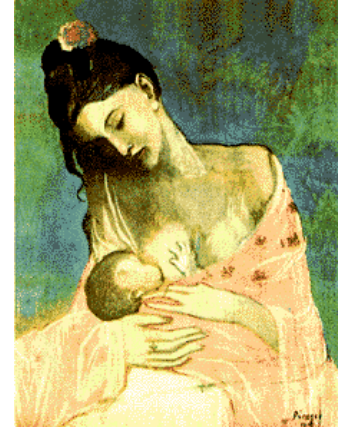
Können überhöhte Ansprüche oder falsche Erwartungen an die Mutterschaft mögliche Ursachen für psychische oder psychosomatische Krankheitsbilder sein?

Mag. Gabriele Maierhofer

In meiner Tätigkeit als Psychologin an einer gynäkologischen Abteilung behandle ich sehr viele Frauen, bei denen das Thema Mutterschaft in der Krankheitsgeschichte eine zentrale Rolle einnimmt.

Im niedersächsischen Ärzteblatt vom März 2000 steht in einem Artikel über ein ambulantes Behandlungsprogramm psychosomatisch erkrankter Mütter mit Kindern im Vorschulalter folgendes geschrieben:

„In der Wissenschaft wird die Gesundheit von Frauen bisher als randständiges Thema gesehen. Dem gegenüber steht, dass in 114 deutschen Müttergenesungseinrichtungen jährlich 35000 Mütter in vierwöchigen Kuren betreut werden. Diese Mütter leiden an einer Vielzahl gesundheitlicher Beschwerden vorwiegend psychosomatischer Natur. Der tatsächliche Behandlungsbedarf wird auf mindestens 5% aller Mütter geschätzt. Besonders allein stehende Mütter und Mütter mit vielen Kindern leiden unter gesundheitlichen Problemen“ (Kersting, Welke, Malewski und Lamprecht, 2000).



Woher kommen diese enorm hohen Zahlen behandlungsbedürftiger Mütter? In Anlehnung an meine tägliche Arbeit mit Frauen erlauben Sie mir dazu einige Überlegungen.

Eine Ursache vieler Schwierigkeiten von Müttern liegt sicherlich in **der Diskrepanz zwischen kulturellen, gesellschaftlichen und individuellen Ansprüchen, Erwartungen oder Wünschen und der gelebten Wirklichkeit**. Die psychischen Belastungen können bereits im Erleben der Schwangerschaft beginnen, betreffen das Geburtsgeschehen oder die Zeit des Wochenbetts und liegen auch im Alltag mit einem Baby oder Kleinkind.

Frauen und Männer werden mit den verschiedensten gesellschaftlich geprägten **Mutterbildern** konfrontiert, die historisch entstanden sind und aus denen sich Ansprüche an die Mutterrolle entwickeln (siehe Textor, 2000).

- **Das traditionelle Mutterideal:**

Dieses erlebt in den 50er und 60er Jahren seine Blütezeit. Mutterschaft wird als einzige Lebensaufgabe und Erfüllung für Frauen gesehen. Die totale Präsenz der Mutter wird gefordert, die sich von Natur aus liebevoll und aufopfernd um die Kinder kümmert und dadurch ihren Beruf und ihre Eigenständigkeit aufgibt. Dass erst auch diese Aufgabe der Mutter eine gesunde Entwicklung der Kinder ermöglicht, unterstreichen wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Bindungstheorie und Psychoanalyse, falls diese unreflektiert in das Alltagsleben übernommen werden. Dieses Mutterideal wird noch heute innerlich von Frauen und Männern dieser Generationen mitgetragen und an ihre Töchter und Söhne weitergegeben.

- **Die Madonna:**

Hier wird einer guten Mutter, geprägt durch unser christliches Weltbild und analog zur Jungfrau Maria, eine lustvolle Sexualität abgesprochen. Untersuchungen an 300 israelischen Frauen zeigen, dass eine Frau eher dann als gute und sorgende Mutter eingestuft wird, je weniger sie sexuell attraktiv beschrieben wird (siehe Textor, 2000).

Das heißt: als Mutter soll ein lustvolles Leben erst einmal zurückgestellt werden.

- **Die erfolgreiche Frau:**

Das Bild der „erfolgreichen Frau“ entwickelte sich als Ideologie in den 70er Jahren besonders zur Zeit der neuen Frauenbewegungen in Abgrenzung zum traditionellen Mutterbild der 50er Jahre. Schulbildung, Selbstverwirklichung, Beruf und Unabhängigkeit werden zum Idealbild. Glück durch Mutterschaft wird weitgehend in Frage gestellt und als individuelle Einschränkung transportiert.

- **Die Supermutter :**

Das Idealbild der Supermutter wird vor allem durch Medien und Frauenzeitschriften geprägt. Hier müssen Mütter alle Lebensbereiche abdecken. Sie sind erfolgreich im Beruf, tadellose Hausfrauen, attraktiv, verständnisvoll, zuständig für die Lösung aller Familienkonflikte und fördern natürlich die Kreativität ihrer Kinder. Dieses Bild ist unweigerlich mit Überforderung und Stress verbunden. Es wird aber von vielen Frauen stark verinnerlicht.

- **Das Drei Phasen Modell :**

Dieses Mutterbild entwickelt sich in den 80er Jahren.

Frauen genießen vorerst eine Berufsausbildung, gehen anschließend einer Arbeit nach, bekommen dann ihre Kinder und bleiben einige Jahre zu Hause. Erst später steigen sie wieder in den Beruf ein.

Durch den raschen wirtschaftlichen und technologischen Wandel und durch die Bedrohung eines Verlustes des Arbeitsplatzes wird die Pause für die Kinderbetreuung aber immer kürzer. Frauen bekommen vermehrt Angst den Anschluss an das Berufsleben durch einen längeren Ausstieg zu verlieren. Auch bedrohliche finanzielle Situationen machen es immer öfter notwendig frühzeitig nach der Geburt wieder arbeiten zu gehen. Dies trifft vor allem Alleinerzieherinnen. Die Doppelbelastung wird bei sehr kleinen Kindern natürlich größer, da es in Österreich noch dazu, besonders in den Landgemeinden, an öffentlichen Kinderbetreuungseinrichtungen mangelt.

Der gesellschaftliche Wandel und der Wechsel von Ideologien in Bezug auf Mutterschaft war in der Menschheitsgeschichte noch nie so schnell wie in den letzten 60 –70 Jahren vor sich gegangen. Wir alle tragen diese unterschiedlichen und widersprüchlichen Leitbilder in uns. Bei der Suche nach einer Identität als Mutter können diese Bilder in Frauen zu Verwirrung und krankmachenden Spannungen führen.

Diese Spannungen zeigen sich unter anderem in folgendem:

Mutterschaft wird in der heutigen Gesellschaft ideologisch als sehr hoch gewertet und dennoch missachtet, da es für den Alltag zu wenig öffentliche Unterstützung gibt. Auf der einen Seite kommt es zu einer Überpädagogisierung durch sich ständig erneuernde Fachliteratur und unzählige Erziehungsratgeber in den Medien und auf der anderen Seite sollen Frauen instinktiv und von Natur aus als Mütter richtig funktionieren. Eine Frau soll sich beruflich verwirklichen und den eigenen Bedürfnissen nachkommen, sich aber gleichzeitig für ihre Kinder aufopfern, da ihr immer noch und oft ausschließlich die vorrangige Verantwortung für die Kindererziehung bleibt.

Die Widersprüche werden in einem Artikel von Knecht in der Wochenzeitung „Profil“ (2003) deutlich und zeigen wie sehr auch die Expertenmeinungen auseinander gehen und wie Politik und Gesellschaft das Muttersein prägen.

Zwei Zitate sollen dies veranschaulichen:

Der Kinderpsychiater Johannes Pechstein (2003, S 104) ist der Ansicht: „Kinder benötigen am Beginn ihres Lebens drei Jahre lang die liebevolle, zuverlässige Einzelbetreuung in der Familie möglichst mit Geschwistern“. Erst ab dem vierten Lebensjahr sei die „allmähliche, angstfreie Einführung in außerfamiliäre Gruppen (...) für begrenzte Stunden des Tages wünschenswert“. Im Gegensatz dazu meint Kinderpsychiater Max Friedrich (2003, S 107): „Mir ist eine arbeitende Frau, die am Abend nach Hause kommt und sich auf die Kinder freut lieber, als eine frustrierte Hausfrau, die den ganzen Tag zu Hause ist“.

Mütter werden nicht nur von unterschiedlichen gesellschaftlichen Ansprüchen geprägt, sondern treffen auch auf **innere Ambivalenzen**.

Wie bei allen menschlichen Grenzerfahrungen und die Geburt eines Kindes ist eine solche, hat auch die **eigene Lebensgeschichte Auswirkung auf das Erleben**. Manchmal werden Frauen wider eigene Erwartungen besonders in der Zeit um die Geburt unvorbereitet von Gefühlen überrascht, mit denen sie nicht gerechnet haben und von denen sie buchstäblich überrollt werden. Dies kann akute psychische Krisen und emotionale Ausnahmezustände hervorrufen. Wenn dafür keine Bewältigungsstrategien gefunden werden, sind sie ein Nährboden für spätere Depressionen oder psychosomatische Krankheitsbilder:

Dazu einige Beispiele zur Veranschaulichung:

Die Zeit um die Geburt:

Geburtskomplikationen:

Wenn mit den Erwartungen und dem Anspruch auf eine natürliche Geburt und trotz intensiver Vorbereitung die Entbindung mit Komplikationen oder einem Kaiserschnitt endet, kann dies als traumatisierend erlebt werden. Diese Enttäuschung kann lange nachwirken. Der Verlauf der Geburt kann als Makel gesehen und als körperliches Versagen interpretiert werden. Betroffene werten sich in ihrer Weiblichkeit und körperlichen Funktionsfähigkeit ab. Zudem fühlen sie sich um ein unvergeßliches Erlebnis betrogen. Sie empfinden dem Kind gegenüber Schuldgefühle schon am Beginn der Mutterschaft, glauben keine gute Mutter zu sein und den Säugling im Stich gelassen zu haben.

Manche Geburten werden von Frauen als **gewaltsam erlebt**, verbunden mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. Dies kann auf dem Boden früherer Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen retraumatisierend wirken.

Gesundheitliche Komplikationen beim Kind werden immer sehr bedrohlich erlebt. Nach dem ersten Schock stehen Fragen nach dem „Warum?“ im Vordergrund. Die Antwort darauf suchen Frauen meist bei sich und glauben alleine dafür verantwortlich zu sein, wohl weil sie in der Schwangerschaft oder bei der Geburt etwas falsch gemacht oder versäumt hätten.

Die Zeit des Wochenbetts:

Ambivalente Gefühle:

Fast jede Frau erwartet ein Glücksgefühl und einzigartige Freude sobald sie ihr Kind nach der Geburt in den Armen halten wird. Mutterliebe wird als etwas Instinkthafes gesehen, das sofort eintritt. Dies ist nicht immer der Fall. Ambivalente Gefühle können auftreten. Angst vor der Verantwortung, der Unausweichlichkeit und Endgültigkeit des Lebens mit einem Kind. Einsamkeitsgefühle und Wut können spürbar werden, wenn sich alles nur mehr um das Baby dreht. Fremdheitsgefühle dem Kind gegenüber verunsichern besonders und machen Schuldgefühle.

Plötzliche unvorbereitete Trauer:

Jede Geburt ist auch ein Trennungserlebnis. Die Trauer um vorangegangene Fehlgeburten, Abtreibungen oder traumatische, besonders frühkindliche Verlusterlebnisse können aktualisiert werden. Es kann zur Wiederbelebung früherer ungelöster Konflikte und seelischer Verletzungen kommen.

Räumliche Trennung vom Kind:

Die medizinische Notwendigkeit ein Neugeborenes nach der Geburt auf eine andere Station, getrennt von der Mutter, verlegen zu müssen, wird von den meisten betroffenen Frauen als sehr einschneidend erlebt. Sehnsucht, Verlassenheitsgefühle, Enttäuschung und Trauer wechseln. Zusätzlich zur Sorge und Angst um das Kind, kann die Konfrontation mit Müttern gesunder Kinder sehr belastend sein.

Die Krankenhaussituation:

Unruhe, Besucherzahl, viele Untersuchungen am Kind, Personalwechsel und dadurch unterschiedliche Informationen, Stillschwierigkeiten, wenn noch dazu bei der Bettnachbarin alles ganz einfach ist und zu wenig intimer Raum können zu enormem Stress und wenig Erholung führen. Bei Alleinerzieherinnen ist der Kontakt mit glücklichen Elternpaaren oft zusätzlich frustrierend.

Die Erste Zeit zu Hause:

Körperliche Schwäche, Hormonumstellung und Schlafentzug

werden meist unterschätzt. Erschöpfung interpretiert sich für Frauen oft als persönliches Manko.

Die erwartete partnerschaftliche und familiäre Unterstützung ist entgegen den inneren Erwartungen oft doch nicht gegeben. In der Alltagsroutine fühlen sich die Mütter alleine gelassen, einsam und isoliert (bes. Alleinerzieherinnen) und merken erst jetzt, wie sehr sich ihr Leben im Gegensatz zu dem Vater des Kindes grundlegend verändert hat.

Die Berufliche Situation

Mütter spüren oft erst im Alltagsleben mit dem Kind, dass ihnen der Beruf doch mehr abgeht als sie ursprünglich erwarteten. Die selbstverständlichen Kontakte, die Tagesstruktur mit den vorgegebenen Erholungszeiten und vor allem die Anerkennung fehlen.

Depression:

Da durch die Entwicklung sicherer Verhütungsmethoden das Kinderkriegen planbar scheint und Frauen vordergründig mehr gesellschaftliche Chancen eingeräumt werden, fühlen sich Mütter für ihre individuelle Lebensplanung alleine verantwortlich. Besonders wenn sie durch die Mutterschaft in eine Notlage geraten oder mit Problemen konfrontiert sind, glauben sie, sie hätten sich das selbst zuzuschreiben. Sie haben sich ja schließlich selber (oder partnerschaftlich) entschieden, dass sie ein Kind bekommen oder dass sie ihren Beruf zurückstellen würden. Dies mobilisiert den Anspruch mit allem alleine fertig werden zu müssen. Wenn das nicht gelingt, kommt es erneut zu Schuldgefühlen. Ein Symptom davon ist, daß betroffene Mütter nahezu mit niemanden über ihre Schwierigkeiten sprechen. Sie schämen sich und tragen ihre Sorgen „Mutterseelen allein“ aus. Es wird viel zu spät nach Hilfestellungen gesucht, Erschöpfungs- und postpartale Depressionen werden nach wie vor viel zu spät erkannt und behandelt.

Diese Vielfalt an möglichen überhöhten Ansprüchen und falschen Erwartungen an die Mutterschaft zeigen sich nach meiner Erfahrung immer wieder als Grundpfeiler in den Anamnesen und Behandlungen mit überforderten und psychisch kranken Müttern .

Wie kann aber Frauen vorzeitig geholfen werden?

Sensibilisierung von Fachpersonal in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich zur frühzeitigen Vermittlung zu einer fachgerechten Hilfestellung.

Gesellschaftliche Sensibilisierung und Enttabuisierung wenn es Müttern schlecht geht.

Frühzeitige psychologische Behandlung und Beratung:

- **Unterschiedliche Ursachen** sichtbar machen, lebensgeschichtliche Belastungen und **Konflikte** beleuchten.

- Hilfe bei **Identitätsfindung als Mutter** bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Bedürfnisse als Frau.
- **Körperliche Belastungen**, wie Schlafmangel oder Eisenmangel beachten.
- **Isolation, finanzielle und soziale Situation** besprechen.
- **Erholungs- und Ruhezeiten** einplanen und Unterstützung und Ressourcen in der Familie und in der sozialen Umgebung aktivieren.
- **Anerkennung** geben und den Betroffenen zeigen, daß sie mit den Problemen **nicht alleine sind**, sondern auch andere Frauen überfordert sind. Diese Information entlastet sehr.
- Ein gemeinsames **Behandlungs- und Entlastungskonzept** erstellen.
- Vermittlung einer **Psychotherapie oder Facharzt/ärztin**.
- Vermittlung zu **unterstützenden Einrichtungen** (Mutterberatung, Sozialamt, Jugendamt, Frauenberatungsstellen, Familienhelferinnen etc.).

Mütter **haben sehr hohe Ansprüche an sich selbst. Aber welche Ansprüche haben sie an eine adäquate Unterstützung**, wenn sie nicht mehr können? Ich fühle mich als Behandlerin oft sehr hilflos mit den unzureichenden Angeboten in Österreich und Salzburg.

Bei uns gibt es

- **Keine Müttererholungskuren** wo Frauen mit ihren Kindern hinfahren können, wenn sie erschöpft sind.
- **Keine psychosomatischen Kliniken**, die Frauen mit Kindern stationär aufnehmen.
- **Keine Mutter-Kind-Station in der Psychiatrie** für Mütter in schweren Krisen
- **Keine betreuten Wohnformen** für psychisch belastete oder jugendliche Mütter, die über einen begrenzten Zeitraum eine fachliche und therapeutische Führung brauchen.
- **Keine volle Kostenübernahme einer Psychotherapie durch die Sozialversicherungsträger**

Da erhöhte Ansprüche und falsche Erwartungen an sich als Mutter Kernpunkte der Entstehung von psychischen Problemen bei Frauen in der Mutterschaft sind, sollte diesen mehr Beachtung geschenkt werden. Durch eine sensible Aufklärung und eine frühzeitig erfolgende fachgerechte Hilfestellung könnten prophylaktisch psychische und psychosomatische Krankheitsbilder besser behandelt oder gar verhindert werden.

Literatur:

Kersting, A., Welke, C., Malewski P. & Lamprecht, F. (2000). Ein ambulantes Behandlungsprogramm für psychosomatisch erkrankte Mütter mit Kindern im Vorschulalter, *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 3.

Knecht, D. (2003). Die Babyfalle, *Profil*, 45, 102 –112.

Textor, M. R. (2000, 25. Oktober). *Professionelle Mütter zwischen Mutterbildern und wissenschaftlichen Ansprüchen*. Zugriff am 10. Februar 2004 unter <http://people.freenet.de/Textor/Mutterbild.html>

Problematik, Beduerfnisse und Wuensche jungendlicher Schwangerer aus verschiedenen Kulturen am Beispiel England

Elke Mayer

Seit 12 Jahren arbeite ich als Hebamme in England und mein Arbeitbereich ist der Sued-Osten von London, eine Mittelklassewohngegend mit Randbezirken von sozial niedrigem Standard. Mein Vortrag ist einen Gegenueberstellung der Massnahmen der englischen Regierung zur Reduzierung der hohen Rate der Teenage Schwangerschaften und den Wueschen junger Schwangeren und Muetter. Mit Zuhilfenahme speziell kreierter Frageboegen, Einzelinterviews und Fallbeispielen moechte ich versuchen, eine eventuell vorhandene Diskrepanz darzustellen.

In allen Welten • Aus allen Welten • Zwischen allen Welten.

Migrantinnen in der Prostitution

Helga Ratzenböck

Definition, Vielfältigkeit & Rechtlicher Exkurs zu Prostitution

Prostitution ist ein sehr komplexes, variantenreiches Thema, beim dem es noch immer vielerlei Vorurteile, Tabus, Klischees und insbesondere Vereinfachungen gibt.

Die Macht der Diskriminierung, (Schein-)Moral und Ausgrenzung liegt auch hier in ihrer Vereinfachung. Der gängigen Vereinfachung möchte ich folgende Aussagen gegenüberstellen:

Prostitution ist unterschiedlich.

Prostituierte sind unterschiedlich.

ProstitutionskundInnen sind unterschiedlich.

Prostitution ist tägliche Realität, auch dort, wo sie verboten wird/ist.

Prostitution ist zugleich noch immer immens tabuisiert & diskriminiert & kriminalisiert & damit zugleich auch Menschen, die in der Prostitution arbeiten/gearbeitet haben.

Prostituierte gab & gibt es in nahezu allen Lebenswelten und Staaten/Ländern.

Prostituierte kommen aus nahezu allen Lebenswelten und Staaten/Ländern.

Vielfach gibt es lang- oder kurzfristige persönliche Identitätswechsel von Prostituierten und ihren KundInnen in bezug auf Kulturen, Sexualitäten und andere Identitäten.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit über männliche homosexuelle Prostitution 1994 -

„Körper. Kohle. Kripo. “Stricher zwischen Illegalität und Professionalität. Alltagsleben und Perspektiven aus der Sicht der Sozialarbeit”. -

definierte ich Prostituierte als:

Menschen, die sexuelle Dienstleistungen gegen Geld,

oder andere materielle oder auch nicht materielle Annehmlichkeiten,

an ihre KundInnen/FreierInnen anbieten oder/und verkaufen.

Prostitution besteht also aus jemanden der/die eine sexuelle Dienstleistung anbietet und jemanden der/die eine sexuelle Dienstleistung nachfragt und bereit ist dafür zu investieren.

Zumeist wird der nachfragenden Seite weniger Bedeutung und Interesse geschenkt, sie ist auch unsichtbarer als "das Angebot".

Prostitution erscheint als Mischung aus erfreulichen und unerfreulichen Ereignissen.

Prostitution unterteilt sich in:

. weibliche heterosexuelle Prostitution

. männliche homosexuelle Prostitution

. weibliche homosexuelle Prostitution

. männliche heterosexuelle Prostitution

. transsexuelle Prostitution

Prostituierte unterschieden sich in bezug auf ihr/e/n:

- **Geschlecht, Alter, Herkunft, Nationalität, sozialen Status**
- **sexuelle Orientierung/Identität:** homo-, hetero-, bisexuell oder transgender. Oft ist die sexuelle Orientierung auch unklar und die Person ist auf der Suche. Prostituierte sind auch Mütter/Väter, insbesondere junge Stricher sind mit dieser Rolle absolut überfordert.
- **Häufigkeit, Dauer und Verbleib (in) der Prostitutionstätigkeit** ständig, gelegentlich, jahrelang, hin und wieder, ...
- **Arbeitsplatz/-Ort/-Bedingungen/Legalität:** legal, illegal = registriert oder nicht registriert, mit oder ohne Gesundheitsbuch, mit Visum oder ohne Visum, ... auf der Straße/Vor Ort: Plätze, Straßenzeilen, Parks, in Autos, auf Autobahnraststätten, entlang von Grenzstraßen, bei Messen, auf Bahnhöfen, Klappen, Einkaufszentren, Erlebnisgastronomie, in Clubs, Bars und Kneipen: offiziell keine Prostitutionsgenehmigung, nur Animation, Strip, Dance, Swingerclub, „Privatbasis“, in Bordellen, durch Begleitagenturen/Escortservices, in Privatwohnungen/zu Hause, in Hotels und Pensionen, bei Sexhotlines, im eigenen Studio, via Internet
- **Freier bzw. Kunden/bzw. Kundinnenkreis/Marktsegment**
- und insbesondere durch ihre
- **Einstiegsmotivation –ihren Weg in die Prostitution**
- **Freiwilligkeit, Zwang der Prostitutionstätigkeit**

Prostitution ist in Österreich - unter bestimmten Voraussetzungen - legal.

Weder das freiwillige Angebot noch die Nachfrage ist strafbar.

Prostitution wird in Bundes- und Landesgesetzgebung geregelt.

Prostitution ist legal, wenn frau/mann volljährig ist und "registriert" ist

d.h. ein sogenanntes Gesundheitsbuch („Deckel“) führt, welches eine wöchentliche amtsärztliche Untersuchungspflicht nach dem Geschlechtskrankheitengesetz 1945/1993 auf „das Freisein von Geschlechtskrankheiten“ ebenso beinhaltet wie einen verpflichtenden

HIV-Antikörpertest alle 3 Monate. Die Untersuchungen werden mittels Stempel/Bestätigung im Gesundheitsbuch festgehalten und können von der Polizei (Sitte) überprüft werden.

Seit Oktober 1999 müssen Menschen, die offiziell in der Prostitution arbeiten in OÖ auch ein verpflichtendes Lungenröntgen einmal jährlich durchführen lassen (TBC).

Obwohl Prostitution in Österreich nicht als Gewerbe anerkannt ist, sind registrierte (also legal tätige) Prostituierte in Österreich steuerpflichtig. Auch Migrantinnen!

Prostitution ist in Österreich auch nicht als unselbstständige Erwerbstätigkeit anerkannt, obwohl es defacto an den Arbeitsorten fixe Arbeitszeiten usw... gibt, dh. eine Scheinselbstständigkeit besteht.

Es gelten daher auch keinerlei Arbeitnehmerschutzbestimmungen, wie geregelte Arbeitszeiten, Pausen, Urlaubsansprüche, Sanitäre Einrichtungen, Licht, Fenster, usw....

Deshalb arbeiten Prostituierte oft 7 Tage die Woche, 12 Stunden am Tag, bei Krankheit, in zu lauten, verrauchten Räumen ohne Fenster, u.a.....

Prostitution darf in Österreich nur an in den jeweiligen Landesgesetzen (Polizeistrafgesetzen) geregelten Orten stattfinden.

Dies führt zu einer ungeheurer Monopolisierung in der Szene und fördert die Abhängigkeit der Prostituierten von ihren ZuhälterInnen, ManagerInnen, OrganisatorInnen, AgenturschefInnen u.a.

Nicht jeder Arbeitsplatz/Lokal in/an dem Prostitution stattfindet, hat die dafür nötige Bewilligung.

Das Risiko trägt der/die Prostituierte.

Bei MigrantInnen wird dies besonders deutlich.

MigrantInnen finden sich in allen Bereichen der Prostitution.

MigrantInnen können sowohl in ihren Herkunftsländern als auch in dem Land, in welches sie migriert sind, gearbeitet haben/arbeiten.

MigrantInnen sind häufig auch als MigrantInnen diskriminiert, stigmatisiert & kriminalisiert – dh. sie erleben häufig eine doppelte Aus- & Abgrenzung: als Prostituierte/r & als MigrantIn!

Migrantinnen in der Prostitution können in Österreich legal in der Prostitution arbeiten.

Sie erhalten bei Nachweis eines genehmigten Arbeitsortes (Bordellbewilligung), einer Steuernummer, eines Meldezettels, einer (Sozial-)Versicherung das Visum "Selbstständige ohne Niederlassung" (§ 4, Abs. 7/Fremdengesetz), dies ist zuerst meist auf 3 Monate befristet und kann dann immer wieder unbegrenzt – für 3 Monate oder 6 Monate verlängert werden.

Es besteht keinerlei Quotenregelung.

MigrantInnen sind mit diesem Visum: § 4/Abs. 7) allerdings an ihre Prostitutionstätigkeit gebunden. Sie erwirbt z.B. trotz jahrelangem Aufenthalt /Arbeit und Steuerpflicht keinerlei Zugang zum regulärem Arbeitsmarkt und keinerlei Aufenthaltsberechtigung. Auch nicht, wenn sie offiziell, legal und registriert jahrelang in Österreich in der Prostitution gearbeitet und Steuern bezahlt haben.

Dies ist eine besondere Form der Ausbeutung von MigrantInnen.

Prostituierte haben in Österreich kaum Rechte, aber sie unterliegen vielerlei Pflichten: z.B. der Registrierungspflicht, der Untersuchungspflicht, der Steuerpflicht und der Versicherungspflicht. MigrantInnen in der Prostitution haben in Österreich noch weniger Rechte und noch zusätzliche Pflichten (Visum, Aufenthaltsstatus,...).

Prostituierte erleben und bewegen sich häufig zwischen allen Welten,

dh. sie gehören zu keiner ganz, sie gehören nirgends richtig dazu, sie müssen häufig einen Teil ihrer Biographie, ihrer Tätigkeit, ihrer täglichen Lebens- & Arbeitswelt verschweigen, um nicht in der jeweiligen eigenen Herkunftswelt zusätzliche Ausgrenzung zu erleben.

Viele MigrantInnen bewegen sich zudem ständig zwischen dem Balanceakt, dass sie entweder ohnedies durch viele Institutionen/Menschen gleich als Prostituierte (insbesondere als armes, ausgebeutetes Opfer) betrachtet/behandelt werden (unabhängig davon, ob sie dies tatsächlich sind/waren) und dass sie ihre Lebens- und Arbeitssituation meist nicht erklären können, weil Prostitution für sie selbst, für viele Institutionen/für viele Menschen ein großes Tabu/eine unbekannte, daher abzulehnende Welt ist.

Wie sollen MigrantInnen es schaffen all diese Barrieren – in Kombination mit ev. Sprachbarrieren sowie bereits enormen Barrieren einzig aufgrund ihres Migrationstatus, zu bewältigen??

Dieses Nicht darüber sprechen können/dürfen, Verschweigen, Verdrängen, Abwerten.... macht auf Dauer krank sowie leicht erpressbar.

Und es führt zu enormen Missverständnissen, nicht hilfreichen Interventionen und falschen Interpretationen.

Wie soll eine Patientin z.B. ihrer/ihrem GynäkologIn für sie wichtige Fragen nach STI's, Safer Sex u.a. stellen, wenn es schon schwer genug ist offen über Sexualitäten zu sprechen, Prostitution nicht erwähnt werden kann/darf & sie die Ablehnung gegenüber Prostitution/Prostituierten spürt/erlebt hat.

Wie sich dann selbst als solche/r definieren?

Diese schwierige und komplexe Situationen erleben und kennen leider auch nach zwanzig Jahre Hiv/Aids noch immer Hiv-positive Frauen/Männer.

Das Wissen über Prostitution ist gering.

Der Umgang mit dem Thema Prostitution ist einerseits reißerisch, andererseits tabuisierend.

Jede/r glaubt sich als ExpertIn beim Thema Prostitution – oft ohne je mit Prostituierten gesprochen zu haben & ihre tatsächlichen Lebens- & Alltagssituation zu kennen.

Niemand wagt dies in diesem Ausmaß bei anderen Berufsgruppen.

Es liegt an uns allen, sich mehr sachliche Information, Wissen zum Thema anzueignen.

Es liegt an uns allen, Vorurteile abzubauen & Prostitution offen zu thematisieren sowie Prostituierten akzeptierend zu begegnen – damit diese sich auch als solche bezeichnen können, ohne Abwertung und Ausgrenzung befürchten zu müssen.

Prostituierte haben sich Respekt, Akzeptanz, Zugang zu gleichen Rechten und Menschenwürde verdient.

Auch MigrantInnen in der Prostitution.

Niemand hat das Recht sie aufgrund ihrer aktuellen oder vergangenen Tätigkeit abzuwerten oder auszugrenzen.

*DSA Helga Ratzenböck,
Leiterin der Beratungsstelle LENA,
Gründungs- und Vorstandsmitglied des Selbsthilfevereins after aids*



LENA
**Internationaler Treffpunkt & Beratungsstelle für Frauen,
die in der Prostitution arbeiten**

Steingasse 25/2
4020 Linz
tel: 0732/ 77 55 08
e-mail: lena@caritas-linz.or.at

Caritas

Was ist LENA?

LENA gibt es seit 1997. Im Jahr 2000 erhielt LENA den Menschenrechtspreis des Landes OÖ. LENA ist ein internationaler Treffpunkt und eine Beratungsstelle für Frauen, die in der Prostitution arbeiten oder gearbeitet haben unter Trägerschaft der Caritas der Diözese Linz. Finanziert wird LENA vom Land Oberösterreich/Sozialressort, der Stadt Linz/Sozialressort und Spenden. Einzelne Angebote werden auch vom Büro für Frauenfragen sowie vom Gesundheitsressort des Landes OÖ finanziert. Es gibt derzeit keine Bundes- oder EU-Finanzierung. Derzeit sind wir ein Team aus 4 Mitarbeiterinnen: 2 Diplomsozialarbeiterinnen, 1 Soziologin, 1 Lebens- und Sexualberaterin) mit 3 x 30h und 1x 20h.

Die Zielgruppe von LENA sind Prostituierte:

**unabhängig davon ob sie registriert oder nicht registriert in der Prostitution arbeiten,
unabhängig ihrer Nationalität und ihres Herkunftslandes,**

**unabhängig ihrer Religionszugehörigkeit,
unabhängig ihrer sexuellen Orientierung/Identität,
unabhängig davon ob sie freiwillig und selbstbestimmt oder zwangsweise in der Prostitution
arbeiten/müssen,
unabhängig davon ob sie ihre Tätigkeit weiterführen oder beenden wollen/können**

**Wir arbeiten also nicht ausschließlich für und mit Migrantinnen in der Prostitution, unser
Ansatzpunkt ist die Prostitution nicht die Migration.**

Viele unserer Klientinnen sind aber Migrantinnen.

Diese kommen hauptsächlich aus den Ländern Belarus (Weißrussland), Bulgarien, Moldawien, Lettland, Polen, Rumänien, Slowakei, Tschechien, Ungarn, Ukraine, Dom. Republik, Thailand u.a.

LENA-Angebote:

**Prinzipiell geht es LENA um die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von
Menschen in der Prostitution sowie um Gesundheits- und Präventionsarbeit.**

**Wichtig ist uns die Stärkung des Selbstwertgefühls und der eigenen Handlungskompetenz der
Prostituierten.**

**Dazu zählt, Prostituierten Sichtbarkeit, Platz, Räume, Zugang zu Rechten und sozialen
Netzwerken zu ermögliche/erleichtern.**

**Wichtig ist uns auch eine öffentliche, sachliche Information und Diskussion zum Thema
Prostitution anstelle weiterer Diskriminierung, Stigmatisierung, Kriminalisierung,
Skandalisierung und Ausgrenzung von Menschen in der Prostitution.**

Alle unsere Angebote sind freiwillig, vertraulich und kostenlos!

Gesundheitsarbeit/Präventionsarbeit:

Wöchentliche Sprechstunde am Linzer Gesundheitsamt

Informationen zu HIV/AIDS und anderen STI's (sexuell übertragbare Infektionen) sowie zu deren Vermeidung (safer sex)

gratis Abgabe von Kondomen, Gleitgel, Schwämmchen, mehrsprachige Broschüren u.a.

niedrigschwellige, lebensweltorientierte und aufsuchende Sozialarbeit:

Information, Beratung und Begleitung bei rechtlichen und sozialen Problemen

Streetwork in Linz, Wels und Traun

Freizeit- und Gruppenangebote,

Deutschkurse nach Bedarf, Workshops und Vorträge, u.a.

Internetcafé Len@

Im November 2002 wurde durch die Überreichung des Förderpreises „**Stadt der Kulturen 2002**“/**Interkulturpreises 2002** der Stadt Linz im Rahmen des friendsball 2002 auf dem Schiff Schönbrunn die LENA-Arbeit auch wieder offiziell anerkannt und ausgezeichnet.

Wir bekamen den Interkulturpreis für unser eingereichtes Projekt **Internet-Café Len@**.

Dank der Dotierung des Preises mit 2.250,- Euro konnten wir im Dezember dieses neue Angebot starten.

Eröffnet wurde das Internet Café Len@ im Rahmen einer **Nikolausfeier** für und mit unseren Klientinnen.

Es soll vor allem Frauen aus osteurop. Herkunftsländern den Zugang zu neuen Medien ermöglichen und zum interkulturellen Austausch unter den Frauen beitragen. Die Frauen können in gemütlicher und geschützter Atmosphäre gratis im WWW surfen, e-mails versenden, oder auch Seiten aus ihren

Herkunftsländern (in ihrer Sprache) ansehen und erzählen, wie es in ihrer Heimat aussieht. Das trägt sehr viel zur interkulturellen Vernetzung und zum Abbau von Ängsten vorm Umgang mit dem PC sowie zur Stärkung ihres Selbstbewußtseins bei.

Herkömmliche Internetcafes sind für unsere Klientinnen häufig mit zu großen Hürden (Preis, Ort, Öffnungszeiten und Angst vor anderen BesucherInnen) verbunden.

Dieses neue Angebot findet bereits großen und guten Anklang.

PC-Qualifizierungsprojekt Len@ II:

Nach anfänglich großen Finanzierungsproblemen – aufgrund des Ausfalls einer Zusage durch das Bildungskonto des Landes OÖ (da der Großteil unserer Klientinnen aufgrund ihres speziellen Aufenthaltsstatus/"Selbstständige ohne Niederlassung" nicht förderbar war/ist – konnten wir im Oktober erneut das PC-Qualifizierungsprojekt Len@ II starten*.

Len@ II ist ein ECDL-Kurs (europäischer Computerführerschein), er beinhaltet 7 Module, vermittelt die Grundkenntnisse am PC und endet nach erfolgreich abgelegten Prüfungen mit dem Erwerb des international gültigen und anerkannten ECDL-Zertifikates.

Len@ II ist speziell für unsere Zielgruppe, Frauen in der Prostitution, konzipiert und beinhaltet zusätzliche Sonderqualifikationen zu den Themen Bewerbungstraining, Buchhaltung, Selbst- und Zeitmanagement, Rechtschreibtraining u.a.

Len@ II besteht zum einen aus wöchentlichen Kursstunden in unseren Beratungsräumen in der Steingasse und zum anderen aus Selbststudium mittels Lern-Software und für die Dauer des Kurses zur Verfügung gestellten Laptops.

Wir führen Len@ II wieder in bewährter und guter Kooperation mit Badegruber & Parnter durch. Kurstrainerin ist Fr. Doris Stadelbauer, für die sozialarbeiterische Begleitung und Unterstützung ist das LENA-Team verantwortlich.

Es nehmen 8 Frauen, die aus Bulgarien, Lettland, Polen, Tschechien, Ungarn und Österreich kommen, daran teil.

Die Frauen sind enorm motiviert, nehmen viele Hürden (Anfahrtswege, Verdienstentgang, Verzicht auf ohnehin kaum vorhandene Freizeit, Verhandlungen mit den Chefs usw...) auf sich, um am Kurs teilzunehmen. Die Teilnahme an Len@ II, welche, nach bestandenen Prüfungen, wieder den Erwerb des ECDL (europ. Computer-Führerschein) beinhaltet, stärkt das Selbstvertrauen der teilnehmenden Frauen und widerlegt Mythen, wonach sie dafür zu dumm seien.

Die Klientinnen verdienen auch hier Respekt und Anerkennung, vielfach haben sie keinerlei Vorerfahrung am PC, vielfach fehlen Lern-, Rechtschreib- und Machinschreibkenntnisse und dennoch schaffen die Frauen (wie bei Len@ I/2001) die Prüfungen, durch ihre enorme Motivation und ihr Engagement.

Man/frau stelle sich nur vor, ohne PC-Kenntnisse, selbst einen ECDL-Kurs in Ungarn zu absolvieren! Wichtig ist uns in diesem Zusammenhang auch immer eine bunte Mischung der Gruppe der teilnehmenden Frauen, aus unterschiedlichen Ländern, mit unterschiedlichen Biographien und mit unterschiedlichen Arbeitsorten, um so untereinander bestehende Vorurteile und Konkurrenzsituationen nicht zu bestätigen sondern sie aufzulösen. Eine Kursteilnehmerin ist auch in Substitutionsbehandlung.

*In diesem Zusammenhang gilt unser besonderer Dank:

Land OÖ/Sozialressort , Land OÖ/Büro f. Frauenfragen,

AK OÖ, Berufsgemeinschaft der oö. Pfarrhaushälterinnen,

Eine Welt für Alle, Attnang-Puchheim sowie privaten SpenderInnen.

*Natürliche Bewegung wiederentdecken – Körperwahrnehmung erweitern
Ausdrucksfähigkeit entwickeln – Individualität und Kreativität entfalten*

Expresión interno corporal

Nicole Rybiczka

Zur Methode:

Der Ansatz von Exic besteht darin, dass wir wie andere körperorientierte Methoden auch, zu den vorsprachlichen Anfängen unseres Daseins zurückkehren.

Als Säuglinge erfahren wir unsere Körperlichkeit in den ersten Lebensmonaten durch Berührung mit Objekten, durch die Interaktion Körper-Boden (Unterlage), sowie durch den Kontakt und die Interaktion mit einer oder mehreren Bezugspersonen. Ein erstes Bild vom eigenen Körper formiert sich durch den ständigen Informationsfluss von der Peripherie zum Gehirn und umgekehrt. Alle peripheren Reize werden zentral beantwortet, erste Muster im Gehirn gespeichert.

Ein erstes, „frühes Körperbewusstsein“ formiert sich. *Die Rückkehr zu diesen Anfängen der bewußtwerdenden Körperlichkeit bietet uns die Möglichkeit dort wieder einzusteigen, wo alles begonnen hat.*

Hernán Toledo spricht von einem „Retrospektiven Körperbewusstsein“.

Es erlaubt uns *von dort ausgehend durch systematische Arbeit mit*

Exic- Elementen (z. B. Führungspunkte der Bewegung, Unterstützungspunkte, der Übergang der Bewegung...um nur einige zu nennen) neue Formen, *neue Variationen von Bewegungsabläufen zu entdecken, die unserer Ursprünglichkeit am nächsten kommen.* Ausserdem werden bei der Arbeit mit Exic auch die Hilfsmittel Imagination und Ton/Stimme eingesetzt.

Expresión interno corporal – innerer Dialog mit dem Körper

Ziele der speziellen Bewegungsangebote sind:

- Den eigenen Körper besser kennen zu lernen
- Auf die Sprache des Körpers hören zu lernen
- Auf die inneren Signale und Zeichen vertrauen zu lernen

Als eine Quelle der Kraft, die unserer inneren Stimme Ausdruck verleiht ...

Expresión interno corporal setzt wie alle körperorientierten Methoden am System der Eigenwahrnehmung (Propriozeption) an, dessen Sensoren in Muskeln, Sehnen, Gelenken und in der Haut zu finden sind. Es ist dieser 6. Sinn, durch den der Körper sich selbst erkennt und immer wieder bestätigt. „Man besitzt sich selbst, man ist man selbst...“ (Oliver Sacks)

Das bedeutet auch, dass durch Körperarbeit das Bild vom eigenen Körper einer Veränderung zugänglich ist und neue Wege im Umgang mit sich selbst und dadurch auch mit anderen entdeckt werden können.

Zum Begründer:

Hernán TOLEDO kommt aus Lima, Peru und lebt seit 1988 in Wien. Schon als Jugendlicher entdeckte er seine Vorliebe für Kunst, Musik, Tanz und Bewegung. Seine Ausbildung zum Tänzer umfasst verschiedenste Tanzrichtungen sowie Schauspiel und Choreografie.

Er widmete sich schon früh sehr intensiv dem Studium fernöstlicher Kampfsportarten und setzte sich vor allem mit deren philosophischem Hintergrund auseinander.

Seit 1986 entwickelte er aus allen diesen Quellen seine eigene Methode der Körperarbeit Expresión interno corporal. Er veranstaltete zahlreiche Workshops bzw. Profiseminare zu unterschiedlichsten Themenstellungen.

Expresión interno corporal ist zu einem fixen Bestandteil seiner Arbeit im Rahmen unterschiedlichster Aufgabenstellungen geworden.

Anforderung an die Hebammen

Angelika Sams

Für mich als dienstjüngere Hebamme kam der Einstieg in die Arbeit wesentlich später. Ich absolvierte 1998 den erstmals dreijährigen Lehrgang der (damals noch) Hebammenschule, in dem neben einem profunden medizinischen Wissen auch auf nicht schulmedizinische Methoden viel Wert gelegt wurde.

Zeiten, in denen kein Gebären ohne CTG denkbar war, kein Stillen, kein Vater im KS, die Gebärende ans Bett gefesselt, kenne ich nur aus Erzählungen, die mir sehr veraltet vorkommen.

Der „Trend“ unserer Zeit geht eindeutig zur Kleinfamilie mit ein bis zwei Kindern, in der alles perfekt und jede Situation vorher kalkulierbar sein sollte.

Dabei erwarten die werdenden Eltern von uns, ihnen dieses ein/zweimalige Erlebnis so perfekt als nur irgendwie möglich zu gestalten, ein Erlebnis, an das man sich gerne zurückerinnern sollte.

Sie wollen zwar das „Fest der Geburt“ feiern, kommen dann aber die ersten stärkeren Wehen, ist von diesem „Fest“ nicht mehr viel übrig. Immer weniger Frauen glauben an die eigene Gebärfähigkeit, sie setzen ihr Vertrauen ganz in die Apparatedizin.

Die Frau der heutigen Generation ist gewohnt, daß ohne größeren eigenen Einsatz alles machbar ist und genauso verläßt sie sich in der heutigen technisierten Welt darauf, daß ihre Geburt von jemandem erledigt wird: von Hebammen und von Ärzten. Sie will immer weniger Eigenverantwortung für ihr und das Leben ihres Babies übernehmen.

Leider ist es auch immer öfter so, daß Schwangere (auch ohne Wehen) bereits mit dem Wunsch nach einer PDA kommen. Es ist sehr schwierig, sie für Alternativen zu begeistern, weil sich Frauen heute im Internet, in Büchern und oft in problematischen Zeitschriften informieren und dadurch eine völlig verdrehte Vorstellung von einer Geburt bekommen. Es wird ihnen von Prominenten der Regenbogenpresse eine schnelle und schmerzlose Geburt vorgegaukelt und das zur Nachahmung angeregt.

Sie wissen über alle möglichen alternativen Maßnahmen Bescheid, setzen sich aber wenig mit dem Thema SCHMERZ auseinander.

Väter im KS waren für mich nie ein Problem, weil es eher ungewöhnlich ist und es oft auch traurige Hintergründe dafür gibt, wenn Gebärende keinen Mann bzw. keine Begleitperson mitbringen. Das heißt, ich habe von Anfang an gelernt, den werdenden Vater ins Geburtsgeschehen mit einzubinden.

Da wir beide schon in kleineren Land-Krankenhäusern gearbeitet haben, wissen wir, daß es einen Unterschied gibt zwischen Frauen aus der Stadt und Frauen vom Land.

Die Betreuung der Frauen aus ländlicherem Bereich gestaltet sich oft einfacher, da sie die Geburt eher als natürlichen Prozeß, Geburt und Schmerz als Einheit sehen können und mehr Urvertrauen in ihr eigenes Empfinden haben. In der Stadt sind die Ansprüche und Anforderungen an die begleitenden Geburtshelfer/innen höher, die Bereitschaft zu eigener Geburtsarbeit eher niedriger, was die Betreuung oft mühselig und auslaugend gestaltet.

Man kann das Gesagte sicher nicht verallgemeinern und für alle Stadt-Land Frauen so geltend machen, aber eine gewisse Tendenz ist ersichtlich.

Der Alltag gestaltet sich im Klinikbereich so, daß die Hebamme das Paar mit all seinen Wünschen und Ängsten erst bei der Aufnahme kennenlernt.

Während dieses ersten Kontaktes muß ich mich rasch orientieren, welche Betreuungsform von mir verlangt wird bzw wie sich die kommenden Stunden gestalten werden. Dabei gibt es oft, sehr große Unterschiede z.B. durch Bildungsstand oder Alter der Frauen.

Ältere Erstgebärende sind kritischer als jüngere, die das Ganze oft unbelasteter über sich ergehen lassen können. Wichtig ist zu erfassen, ob das Paar gut aufeinander eingestimmt ist und mich nur als Ratgeberin in gewissen Situationen braucht, d.h. ob ich mehr im Hintergrund stehe und nur dann eingreife, wenn es nötig ist – oder ob das Paar völlig hilflos ist und mich jede Minute braucht.

Bis zur Geburt haben Frauen in der Regel eine Schwangerschaft mit vielen medizinischen Kontrollen erlebt, was nicht ohne Auswirkung auf die Einstellung der Schwangeren auf „Überwachungstechnologie“ und Medikation bleibt.

Das Hauptproblem während der Geburt ist der Angst-Schmerz-Verspannungs-Teufelskreis. Wie uns gelingt, diesen zu durchbrechen, ist von Frau zu Frau verschieden. Bei manchen Frauen helfen Gespräche, in denen man den Stand des Geburtsverlaufes genau erklärt, ihnen sagt, was in den kommenden Stunden noch auf sie zukommen wird, ihnen die Angst vor diesen Stunden nimmt, sie beruhigt und ihnen ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

Dies erfordert Zeit und Zuwendung und ist manchmal anstrengend und nicht einfach machbar, wenn man beispielsweise 2 oder 3 Frauen gleichzeitig betreuen muß.

Die bereitgestellten Mittel sind vielfältig: Homöopathie, Aromatherapie, verschiedene Gebärhaltungen, Massagen, Entspannungsübungen, etc.

Jede Hebamme sollte ein breitgefächertes Alternativ-Angebot parat haben und dieses bei jeder Geburt adäquat anbieten können.

Leider ist es heute oft so, daß mit dem Fortschreiten der Geburt von vielen Frauen häufiger und immer früher der Wunsch nach „effizienten“ schmerzstillenden Maßnahmen geäußert wird.

Gerade in solchen Situationen stellt sich heraus, wieviel man mit all den vorher genannten Maßnahmen und der Schaffung einer angemessenen Atmosphäre und guten Stimmung im KS (mit passendem Licht, Duft, Musik,...) bewirkt hat.

Parallel zu den gesteigerten Ansprüchen der Frauen steigt der Druck, sich forensisch immer mehr abzusichern, durch Aufklärungsbögen die unterschrieben werden müssen, durch umfassende und zeitraubende Dokumentation.

Dies kann die Hebamme in die zwiespältige Situation versetzen, der Frau einerseits ein natürliches Geburtserlebnis ermöglichen zu sollen und sie zu bestärken, andererseits aber die eigenen Grenzen nicht zu überschreiten und das Bewußtsein von rechtlichen Schritten nicht aus den Augen zu verlieren.

Aufgabengebiet der Hebammen parallel zur Tätigkeit im Krankenhaus ist die Vor und Nachsorge bei ambulanten Geburten und Geburtsvorbereitungskursen.

Schwangere wollen immer mehr LERNEN, was bei einer Geburt zu tun ist und verlassen sich immer weniger auf ihr Gefühl und auf ihren Hausverstand. Ein GVK sollte dazu da sein, um bei Frauen ein gewisses Körperbewußtsein zu stärken, ihnen zu erklären, wie eine Geburt vor sich geht, was wann passiert und ihnen Tipps und Tricks zu sagen bzw. zu zeigen, wie man mit den Herausforderungen verschiedener Geburtssituationen umgehen kann.

Eine gute Vorbereitung auf Wochenbett und Stillzeit ist genauso wichtig, denn das „junge Mutter sein“ ist nicht immer so schön und konfliktfrei wie es in den Medien präsentiert wird.

Hier schließt die Arbeit als nachbetreuende Hebamme bei ambulanten Geburten an, eine für mich meist erfreuliche und erfüllende Tätigkeit in familiärer, häuslicher Umgebung.

Hilfestellungen, Tipps und Ratschläge bekam man früher in Großfamilien von Müttern, Omas, Tanten,... jetzt eher nur mehr von Hebammen.

Weiters gibt es zwar ein breites Angebot an Kursen für Babymassage, Rückbildungsgymnastik, Stillgruppen ,... in denen man Frauen noch Wochen nach der Geburt „schulen“ möchte. In solchen Kursen werden viele, viele Fragen beantwortet (Stillprobleme, Blähungen, wunde Warzen,...), wichtiger erscheint mir zu beobachten und anzuregen, daß Frauen auch voneinander lernen wie früher in Großfamilien.

Die Hebamme, die eine umfassende Nachbetreuung in familiärem Umfeld ermöglicht, kann die eigenen Fähigkeiten des Paares stärken und ein gutes Gefühl von eigener Kompetenz geben.

Das Aufgabengebiet von Hebammen kann in noch viele Richtungen expandieren wie z.B. in Aufklärungstätigkeit in Schulen, Informationen bei einzelnen MUKI-Paßuntersuchungen, Beratungen über Verhütung,...

So verändert sich die Arbeit der Hebamme ständig, nicht in den wesentlich Zügen der Geburtshilfe, aber doch in den sozialen und das erheblich.

Hebamme zu sein, bedeutet in der heutigen Zeit:

- auf das Paar individuell eingehen und die passende Betreuungsform herausfinden können,
- lange beruhigende Gespräche führen können,
- auch den Vätern ein gutes und sicheres Gefühl geben können,
- Mutter und Kind mit möglichst vielen alternativen Behandlungsmethoden zu einem schönen Geburtserlebnis führen, dabei auch alle medizinischen Möglichkeiten wie PDA, Pudendus, VE, Sectio,.... zukommen lassen (wenn es die Situation verlangt mit den ÄrztInnen zusammenarbeiten zu können),
- die rechtliche Situation nicht außer Acht zu lassen,
- alle medizinischen Parameter wie CTG, Zustand der Gebärenden (Allgemeinzustand, Müdigkeit,...) im Auge behalten können,
- eine gute Mittelsperson zwischen Frau und Arzt zu sein, was bedeutet, die Wünsche und Vorstellungen des Paares an die Ärzte weiterzuleiten und die Konflikte, die sich daraus ergeben beilegen zu können,
- Glück und Freude und Leid teilen und das neue Leben willkommen heißen zu können,
- eigene Grenzen erkennen zu können,
 - z. B. traue ich mir zu, eine Wassergeburt zu machen,
 - wieviel darf ich einer Gebärenden ohne ein Risiko einzugehen erlauben,
 - wo endet mein Kompetenzbereich bzw. ab wann muß ich den Arzt zuziehen

Literaturnachweis:

Der weiblicher Körper als Schicksal von Eduard Shorter, Piper-Verlag München

Zeitschrift „Die Hebamme“, Deutsche Fachzeitschrift für Hebammen, Thieme Verlag

*Der Beruf der Hebamme ist also voller Verantwortung.
Er verlangt Hingabe und Selbstlosigkeit, Wissen
und Können, Umsicht und Vorausschau. Klarheit des
Denkens und Entschlußkraft, ein freundliches Wesen
und den inneren Wunsch, helfen zu können. Für die,
die dies liebt, dürfte der Beruf der Hebamme einer der
schönsten, wenn auch nicht der gewinnbringendste
Frauenberuf sein.“*

Hebammen-Lehrbuch, hg.v.W. Bickenbach, Stuttgart 1962

3D Ultraschall

Ein psycho-,logischer“ Anspruch?

Dr. Barbara Schantl

Mit der Einführung des Ultraschalls in der Pränataldiagnostik wurde es möglich, bisher im Körper Unsichtbares sichtbar zu machen. Der noch im Mutterleib verborgene Fötus kann auf optischem Weg dargestellt werden. Was das für prospektive Eltern bedeuten kann, sei kurz skizziert.

1. Ultraschall und Visualisierung

Der visuelle Sinn prägt die menschliche Wahrnehmung wie kein anderer. Unsere Zivilisation wird von Medien geprägt, wie Fernsehen, Computer... Wahrnehmung selbst ist ein komplexes physisches und psychisches Geschehen. Auch die Wahrnehmung über Ultraschall ist in diesem Kontext zu sehen.

Die visuelle Wahrnehmung des eigenen intrauterinen Kindes stellt für die Mutter/den Vater eine besondere affektive Provokation dar. Die sehr reale bildliche Darstellung (im 3D Schall noch stärker als im 2D Schall) des heranwachsenden Kindes, beeinflusst die Vorstellung vom Kind der Schwangeren, noch bevor die ersten Kindsbewegungen von ihr erlebbar sind. Es werden konkrete kognitive Vorstellungen des Kindes induziert.

Das kognitive Schema von Gloger-Tippelt versucht das nachzuvollziehen:

Zu Beginn der Schwangerschaft ist das mütterliche Schema vom eigenen Kind undifferenziert. Das Kind und die Schwangerschaft bilden eine Einheit, Gloger-Tippelt spricht vom *Kind im Kopf*. Diese Zeit wird dominiert von der Erwünscht/Unerwünschtheit des Kindes und den Ängsten um die Gesundheit des Kindes. Durch die Darstellung des Kindes mittels Ultraschall wird das Kind zu einem visualisiertem, konkretem Wesen, dem Kind im Bauch. Im weiteren Schwangerschaftsverlauf werden ihm psychische Merkmale (durch die Wahrnehmung von Kindsbewegungen) und weitere körperliche Merkmale durch die visuelle Darstellung einzelner Körperteile (Kopf, Rumpf, Arme und Beine) attribuiert. Vor der Geburt wird das Kind dann als individuelle Person wahrgenommen (*Kind im Arm*).

Die Visualisierung des Kindes regt die Schwangere zu Phantasien über ihr Kind an, die Mutter-Kind Beziehung wird intensiviert. Die neuen, (zu) konkreten, realistischen, zu nackten Informationen können bei unvorbereiteten Frauen jedoch Gefühle der Fremdheit, Trennung und Distanzierung hervorrufen.

Die Wahrnehmung des Kindes führt zu konkreteren Vorstellungen über das Kind und wirkt sich auf die Mutter-Kind Beziehung (bonding) aus. Sie beeinflusst positiv das Verhalten der Schwangeren in verschiedene Hinsicht auf gesündere Ernährung, Reduktion des Nikotinabusus, und die Bereitschaft, sich regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen zu unterziehen etc.

2. Ultraschall und Visualisierung - Ansprüche

Gibt es aus der oben geschilderten psychischen „Logik“ heraus Ansprüche an die Ultraschalluntersuchung?

Wer stellt sie, welcher Art sind sie und welche Folgen ergeben sich aus ihnen?

FRAU

Psychischer Ansprüche:

Die Angst um ihr Kind prägt besonders die sogenannte medizinisch definierte Risikoschwangere während des gesamten Schwangerschaftsverlauf. In der Ultraschalluntersuchung wird die Bestätigung eines lebenden Kindes gesucht. Wie in einem Film kann die Schwangere die Bewegungen des Kindes in ihrem Leib beobachten und sich so des Wohlergehens ihres Kindes vergewissern.

Es ist nur allzu verständlich und natürlich, dass Schwangere die Möglichkeit der Ultraschalluntersuchung in Anspruch nehmen, um ihre Ängste zu reduzieren. Vor allem, weil die Methode eine gut etablierte, nicht schmerzhaft, dem Kind keinen Schaden zufügende ist und sie sich mit eigenen Augen vom Zustand des Kindes überzeugen kann, ist sie niederschwellig nutzbar.

Zu hohe Ansprüche? – Das „perfekte“ Kind?

Andererseits wird der Anspruch an den Arzt/die Medizin erhoben, zu wissen, Probleme zu detektieren und Anomalien zu erfassen. In der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen wird ein Glaube suggeriert und bestärkt, dass bereits die Überwachung der Schwangerschaft ein gesundes Kind impliziert. Eva Schindele beschreibt dies so: „Dieser Vorgang hat den Charakter eines Beschwörungsrituals: das Kind wird gesund, weil die Frau zum Arzt geht.“ Der Ultraschall selbst wird als Garant für ein perfektes Kind gesehen. So dient der Slogan „I knew you were perfect“ einer Ultraschallfirma zur Bewerbung ihrer Geräte.

ARZT

Der medizinische Anspruch ist ein detektierend - therapeutischer. Fehlbildungen sollen entdeckt und damit den Eltern und den Ärzten die Möglichkeit eines frühzeitigen Handelns gegeben werden. Im 3D Ultraschall kann nicht nur der Verdacht einer Fehlbildung bestätigt werden. Er gibt zudem plastischere Informationen über das Ausmaß und kann damit eine wesentliche Hilfestellung in der Entscheidung des weiteren Procedere darstellen.

Womit der Arzt/die Ärztin konfrontiert sein kann, hat Häusler beschrieben: und zwar jene Ambivalenz, nach der ein Arzt, der einen positiven Befund erhebt, sich einerseits in seiner Kompetenz bestätigt fühlt. Die Befunderhebung stellt für ihn ein freudiges Erlebnis dar, für die Schwangere aber eigentlich eine Katastrophe, deren er sich andererseits bewusst wird.

KIND

Der Ultraschall personifiziert den Fötus. Damit erhält er den Status einer Person, womit sich auch Fragen rechtlicher Ansprüche ergeben. Hat das Ungeborene ein Recht auf Leben? In der Krise z.B. schwerer sonographisch entdeckter Fehlbildungen, befindet sich der Fötus in Konflikt mit dem Recht der Mutter auf Selbstbestimmung.

3. Ultraschalluntersuchung, Ansprüche und Konsequenzen

Die Wirkung des 2D Ultraschalls auf schwangere Frauen zeigte Marianne Ringler in einer Studie. Die Schwangeren erlebten die Methode als beruhigend, wichtig, bequem, sicher, informativ, erleichternd, interessant, unverzichtbar, „gesundmachend“, Vertrauen erweckend und stärkend. Die Untersuchung kann nur unter der Bedingung als positiv (und damit als Angst reduzierend) empfunden werden, wenn die Frau vor und während der Untersuchung laufend über das Vorgehen und das Ergebnis informiert wird. Nach der Untersuchung war für die Schwangeren die Vorstellung vom Kind klarer, stärker, aktiver, beweglicher, schöner, vertrauter. Ängste konnten so reduziert werden.

Da der 2D Schall sich positiv auf Schwangere auswirkt, so müsste der 3D Ultraschall, der eine wesentlich plastischere und damit realistischere Darstellung des intrauterinen Kindes ermöglicht, erst recht eine positive Auswirkung auf Risikoschwangere zeigen. Da die dreidimensionale Veranschaulichung des Kindes eine höhere Ausdruckskraft als 2D besitzt und damit stärkere Affektionen hervorruft, gerade die Darstellung eines Kindes mit Fehlbildung induziert starke Emotionen und kann bei mangelnder Begleitung, negative Gefühle und Ablehnung des Kindes bewirken. In einer Studie der Landesfrauenklinik in Salzburg wurden die Auswirkungen des 3D Ultraschalls auf Risikoschwangere analysiert. Aspekte wie Akzeptanz/Ablehnung der Schwangerschaft, Verletzungsangst gegenüber dem Kind und Geburtsangst wurden erfasst. Als Ergebnis zeigte sich: die Einstellungen zur Geburt und Schwangerschaft erwiesen sich positiver als man erwartet hatte. Grund dafür dürfte die deutliche kognitive Repräsentation sein, die eine stärkere Bindung an das Kind bewirkt. Die intensivere Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft, die konkrete Wahrnehmung des Kindes im 3D Bild, und die dadurch klareren Vorstellungen der

Schwangeren, tragen zu positiveren Emotionen bei. Irritation durch die Visualisierung trat nicht auf, zwei Frauen allerdings lehnten eine 3D Untersuchung ab.

4. Schlussüberlegung

2D Ultraschall ist eine akzeptierte Screeningmethode in der Schwangerschaftsvorsorge. Zweifelsfrei kann die Methode der Mehrzahl der Eltern Sicherheit geben und wird dadurch selbstverständlich (psycho-logisch) als Technologie eingesetzt, um Ängste zu reduzieren.

Der 3D Schall übt durch seine sehr reale und plastische Darstellung eine grosse Faszination aus. Vor einer kritiklosen Anwendung im Sinne „Kino aus dem Mutterleib“ muss jedoch gewarnt werden. Die dreidimensionale Darstellung des intrauterinen Kindes ist mit starken Emotionen verbunden, die sich nur bei intensiver Begleitung und Aufklärung positiv auf die Mutter-Kind Beziehung und den Schwangerschaftsverlauf auswirken. Auch wenn die Durchführung des 3D Ultraschalls mit psychosozialen Implikationen verbunden ist, die Indikation sollte eine medizinische bleiben.

Literatur:

Schindele E.; Die gläserne Gebärmutter, vorgeburtliche Diagnostik – Fluch oder Segen. Fischer Taschenbuch

Gloger-Tippelt G.; (1988) Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer

Häusler M.; (1989) Die Freude des pränatalen Diagnostikers bei der Entdeckung einer Fehlbildung. Prakt. Arzt 43, Seifen

Springer-Kremser M.; (2001) Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus. Springer 2001

Frauen – Not in Afrika

Dr. Maria Stammler-Safar & Dr. Peter Safar

Die Begegnung mit der afrikanischen, genauer – der malawischen Frau – als Patientin, als Mitarbeiterin, als Kindermädchen, als Nachbarin; ihr leidvolles Leben in einem der ärmsten Länder der Welt, ihre Not aufgrund ihrer biologischen Rolle: Das soll der Hauptinhalt unseres Berichtes sein. Und wie vor dem Hintergrund der afrikanischen Realität scheinbar eindeutige Karten neu gemischt wurden: Wer war für wen „der/die Fremde“? Was war für wen „das Fremde“? Was war das „Richtige“, das „Erträgliche“, das „Gesunde“?

Im Reisegepäck den Auftrag der Entsende-Organisation, unsere soziokulturellen Erfahrungen und unsere persönlichen Wünsche landeten wir in Zomba, Malawi, und trafen dort auf Erwartungen des Krankenhauspersonals, afrikanische Lebenserfahrung, persönliche Wünsche der Menschen, mit denen wir lebten. Und auf viele schwerst kranke, leidenden Patientinnen.

Was waren unsere Erwartungen und unsere Realität – was die Erwartungen und die Realität der afrikanischen Mitarbeiter/innen, Patientinnen, Freunde/innen, Hausangestellten etc.?
Wo trafen sie sich und wo konnten sie sich nicht treffen?

Und wer lernte von wem?

Die Geburtshilfe vor ca. 20 bis 30 Jahren

Tamara Ulamec

Wir wollen über die Geburtshilfe vor ca. 20, 30 Jahren im Vergleich zu Heute reden, wobei wir weniger die medizinischen Errungenschaften, sondern mehr soziale sowie gesellschaftliche Veränderungen im Laufe der Jahre erläutern werden.

Vor ca. 30 - 40 Jahren war das Kinderkriegen speziell im ländlichen Bereich primär in Frauenhänden. **Der Ort der Geburt war häufig das Zuhause, Hilfestellungen sowie Ratschläge kamen von Müttern bzw. Großmüttern.**

Das Erlebnis einer Schwangerschaft war eher sekundär. -Wahrgenommen wurde: das Ausbleiben der Regelblutung, 8 Monate dazu, im Sommer wird's dann schon kommen... Gearbeitet wurde bis zur Geburt. Die Frauen hatten wesentlich weniger Zeit sich mit Schwangerschaft und Geburt auseinanderzusetzen.

Sicherlich hatten die Frauen damals genauso ihre Ängste, die Angst ob ihr Kind gesund sein wird, die Angst vor der Geburt selbst.

Die Ereignisse des Lebens wie Geburt, Schmerz, Krankheit, Tod wurden im familiären Bereich durchlebt, auch schon die Kinder damit konfrontiert. Es war somit etwas, das einfach zum Leben dazugehört und wurde als etwas Natürliches aufgenommen und verarbeitet.

Die Akzeptanz langer Geburtsdauer sowie von Komplikationen mit leichteren, aber auch schwerwiegenden Folgen war wesentlich größer als heute, da in der heutigen Zeit alles von der Norm Abweichende sich nicht mehr im familiären Bereich abspielt, sondern in Institutionen wie Krankenhäuser, Behindertenheime, Altenheimen etc. ausgelagert ist. Krankheit, Schmerz und Tod passen heute einfach nicht mehr in unsere perfekte, als machbar erlebte Welt.

Ab den 60iger und 70iger Jahren fanden die Geburten zunehmend in Krankenhäusern statt. Die damalige Angst vor Infektionen, Blutungen etc. führte zu unsinnigen Regeln, wie nicht aufstehen zu dürfen, nicht zu duschen, die Kinder wurden die ersten Tage oft nicht zur Mutter gebracht etc...

Speziell in den 70iger Jahren, als das CTG und der US eingeführt wurden, bedeutete dies für Hebammen, aber auch für Gynäkologen eine große Veränderung da es anfänglich bei der Auswertung des CTG große Unsicherheiten gab und die Geburt dadurch vermehrt durch Ärzte geleitet werden mußte.

Bei den ersten CTG – Apparaten, die auf dem Markt kamen, war die Technik weniger ausgereift, die Ableitung der kindlichen Herztöne war speziell bei adipösen Frauen sehr schwierig, zudem wurden lückenlose CTG'S verlangt, was für die Hebammen großen Streß bedeutete, die Frauen mußten oft auf den Rücken liegen, man konnte auf die Bedürfnisse der Frau nicht mehr eingehen.

Dazu kam die Meinung, ein Dammschnitt verhindere eine Gebärmuttersenkung, was zur Folge hatte, daß sehr viele Episiotomien durchgeführt wurden.

Positiv ist anzumerken, daß die Säuglingssterblichkeit sowie auch die maternale Morbidität sehr stark zurückgingen.

Ende der 70iger Anfang 80iger Jahre hat sich dann langsam eine Wende in der damals extrem medizinisch orientierten Geburtshilfe abgezeichnet. Zu dieser Zeit die Ära der Väter im Kreissaal begann, wir im LKH waren für diese Bedürfnisse in keinster Weise gerüstet, (5 Betten nebeneinander getrennt nur durch einen Paravant,) was von den Hebammen ziemliche Flexibilität erforderte.

Eine Gegenbewegung aus den Krankenhäusern heraus in die Geburtshäuser, die den Frauen alternative Entbindungsmöglichkeiten anboten, überraschte die Erfolgsmedizin. Es war eine deutliche Absage der Frauen, am Rücken liegend, ans CTG gebunden, mit Episiotomie entbinden zu müssen. Die Frauen wollten die sanfte Geburt im familiärem Hintergrund, sie wollten selbst bestimmen, wie sie ihr Kind bekommen, auch am Gebärstuhl oder Hocker.

Die werdenden Mütter hatten ein wesentlich größeres Vertrauen in sich selbst, sie waren in dieser Zeit viel bereiter, Eigenverantwortung zu übernehmen.

Die Geburt wurde nicht als ein schreckliches Erlebnis erwartet, sondern eher als ein schönes Erlebnis, einem Kind das Leben zu schenken, ein Kind zu gebären, auch wenn dies mit großen Schmerzen verbunden war. Diese unbeschreiblich große Freude beider Elternteile, wenn nach der letzten Preßwehe das Kind da war, war auch für mich als Hebamme ein wunderschönes Gefühl, aus dem ich selbst viel Kraft holen konnte.

Geburtshäuser, wie Entbindungen zu Hause konnten den Frauen zwar ein ungezwungenes familiäres Umfeld bieten, jedoch nicht die größtmögliche Sicherheit für Mutter und Kind. So entwickelte sich nach der ersten Euphorie aufgrund einiger medizinischer Zwischenfälle der Trend langsam wieder in Richtung Klinik, zumal die Botschaft der Frauen von damals sowie der Wechsel der Führungsperson an der Frauenklinik sich sehr zugunsten des Klinikalltags auswirkt.

Im Laufe der letzten Jahre merkt man immer spürbarer, daß trotz (oder vielleicht gerade wegen) einer enormen Informationsflut (Internet, Zeitschriften, Geburtsvorbereitungskurse...) eine zunehmende Unsicherheit und ausgeprägte Ängste bzgl. Geburt und Schwangerschaft auftreten.

Viele werdende Mütter stehen heute, bevor sie ihr erstes Kind erwarten, einige Jahre im Berufsleben, private Sorgen und Gefühle sind in der Berufswelt absolut tabu, sie müssen ihre weiblichen Instinkte ablegen und rational und berechnend handeln und denken.

Das Gefühl für sich selbst, der Ur-Instinkt von Frauen, eigentlich das Normalste ihrer Welt, nämlich ein Kind zur Welt zu bringen, geht zunehmend verloren. Die Frau weiß zwar auf den Tag genau ihre SSW, sie hat aber keine Ahnung, wie man dem Kind die Brust gibt...

Die Neigung der Frau, den sozialen Bedürfnissen ihrer Familie (Ehemann, Kindern und teilweise alternden Eltern) gerecht zu werden, ist nicht mehr so ausgeprägt. So fehlt zunehmend die Bereitschaft, eine Schwangerschaft und Geburt einfach geschehen zu lassen, etwas zu erdulden, etwas geben zu können.

Mit wachsendem Anspruch der Frauen, die perfekte Geburt (kurz und nicht schmerzhaft) und das perfekte Kind haben zu sollen, geht auch die Geburtshilfe zunehmend in Richtung Absicherungsmedizin. Wir sehen uns vor massenhaft unterschriebenen Aufklärungsbögen, primären Sectiones sowie PDAS, vor extrem vielen präpartalen Kontrollen und Laboruntersuchungen.

Die zunehmende Angst der Hebammen und Ärzte vor Klagen hemmt die Ausbildung bzw. Qualifikation der Geburtshelfer in Bereichen wie BEL-Entbindungen, Vacuumextraktionen, Forzepsentbindungen. Das alles muß zu sehr hohen Sectioraten führen.

(Selbst wenn eine Sectiorate bei 80% liegen würde, gibt es uns ja keine Garantie, daß wir nicht doch einmal eine Vacuumextraktion oder eine Focepsentbindung vornehmen müssen. Wer kann das dann noch?)

Angst ist generell ein schlechter Berater, sie engt ein. Das gilt für unsere werdenden Mütter genauso wie für uns.

Wir sollten versuchen, die medizinischen aber auch die sozialen Errungenschaften, die gerade in den letzten Jahrzehnten doch viel Positives bewirkt haben, zu wahren und zu nutzen. Dabei bleibt es aber ebenso wichtig, gegen den Strom der Wunschsectiones oder primären PDAS zu schwimmen.

Normalität der Wunschträume. Anspruch perfekter Körper

Margarete Vobruba

*Leitung : Dr. Anna Vobruba, Psychologin und Psychotherapeutin
Dr. Christa Rivola, Ärztin und Psychotherapeutin*

Ziel der Leiterinnen war, kritische Inputs zu bringen, um die Reflexion der eigenen Werthaltungen anzuregen – in Bezug zum jeweiligen Arbeitszusammenhang der TeilnehmerInnen und den aktuell aufgenommenen Tagungsinhalten.

Zunächst wurde die persönliche Bedeutung der im Titel der Gesamtveranstaltung verwendeten Begriffe >Ansprüche – Wünsche – Wirklichkeiten< reflektiert. Das Wort >Sprechen< im >Anspruch< wurde einerseits im Zusammenhang mit den >Versprechen< von (bio-)medizinischer Seite gesehen, andererseits als Verweis auf die Möglichkeit einer kommunikativen Vermittlung der jeweiligen Ansprüche in der Arztpraxis.

Dann wurde diskutiert, was die Teilnehmer an der Beschreibung dieses Arbeitskreises angesprochen hat und die Erwartungen ausgesprochen und aufgelistet.

Die ausführliche Vorstellungsrunde der (am 2. Tag) neun TeilnehmerInnen

(7 Frauen, 2 Männer) fand in Positionierung zu den vortags angesprochenen Themen statt.

Das spannungsvoll erlebte Auseinanderklaffen der wissenschaftlichen Ansprüche und Versprechen und der Realität der Durchschnittsklientel v.a. in Spitalsambulanzen, wurde ebenso erwähnt wie Gewalterfahrungen, die Frauen zu anspruchsvollen, im Sinne von schwierig anmutenden Patientinnen machen.

Auffallend war, dass sich die Themen, die mit dem >Anspruch perfekter Körper< verbunden wurden, innerhalb der drei Tage veränderten. Waren sie zunächst mehr auf äußerliche Aspekte konzentriert, konnten sie - auch in Zusammenhang mit den Themen der Tagung - in ihrem weiteren gesellschaftlich-kulturellen und medizinhistorischen Kontext behandelt werden. So wurde der Perfektheitsanspruch an den Körper der Frau zunächst mehr vom Blickwinkel auf Schönheit hin diskutiert, dann in vielfacher Weise in Bezug auf seine generative Funktion. Versprechen und Anspruch auf perfekte Machbarkeit und Planbarkeit wurden kritisch angemerkt und der Widerspruch solcher perfekter Körper zur konkreten Lebendigkeit gesehen.

Inhaltlich ging es noch um die (neuzeitliche) Positionierung der Frau auf die Seite von Körper, Natur und Vergänglichkeit – während der Mann im modernen symbolischen Geschlechtersystem auf der Seite von Geist, Kultur und Unsterblichkeit verortet wird – dichotom mit einer impliziten Höherbewertung des männlichen Pols und vice versa einer Abwertung der weiblich konnotierten Seite. Die vom aufklärerischen Ideal verleugneten und vom perfekten Machbarkeitsanspruch abgespalteten Tatsachen der menschlichen Unvollkommenheit, Fehlbarkeit und Endlichkeit finden sich so auf der - auf symbolischer Ebene - weiblich bedeutungszugewiesenen Seite wieder.

Die Wahrhabung unserer - nicht gänzlich aufhebbaren - Unverfügbarkeit über die Welt (draußen und drinnen) wird uns auf diese Weise erspart, aber auf Kosten der Realitätswahrnehmung und somit auch Handlungsfreiheit, wie es bei Abwehrleistungen (im psychoanalytischen Sinne) eben so ist.

Diese kulturelle Verortung wirkt sich aber auch ganz konkret aus, indem der weibliche Körper und seine >Funktionen< im Zentrum bevölkerungspolitischer und medizinischer Bestimmungen und Manipulationen steht.

Die Biologisierung des Sozialen war auch ein Themenblock.

Damit ist gemeint, dass Konflikte und Ungerechtigkeiten auf sozialer Ebene in Fach- und Laienwelt eine biologische Erklärung und somit eine medizinische Behandlung erfahren. Darüber hinaus wird

der politische Aspekt solcher Problematiken aus dem Blickwinkel verloren. Gesellschaftliche Ungerechtigkeiten werden auf diese Weise individualisiert und >natürliche< Rechtfertigungen für soziale Missstände lanciert (wie z.B. die massiv abgewertete und armutsgefährdete Position der alternden Frau in unserer Gesellschaft).

Ansonsten sind von den Themen der Tagungsvorträge v.a. die Fortpflanzungsmedizin mit ihren Implikationen diskutiert worden (wie im jeweiligen Arbeitszusammenhang mit den damit zusammenhängenden Fragestellungen umgegangen wird).

Das Argument der freien Selbstbestimmung der Frau bzw. des Paares im Bereich der Gendiagnostik ist insofern bedenklich, als nach sozialwissenschaftlicher Begleitforschung (Bürgerkonferenz Dresden, 2001)¹ mehr Information der Betroffenen nicht mehr Zustimmung zur Folge bedeutet, sondern im Gegenteil.

Umso wichtiger wiederum, dass sich die informationsgebenden ExpertInnen ihrer eigenen Werthaltungen und Einstellungen bewusst sind, um PatientInnen-gerecht wirken zu können.

Insgesamt war die Gruppenatmosphäre angeregt und offen.

Verwendete und aufgelegte Fachliteratur:

AKASHE - BÖHME Farideh , Hg., (1992) : Reflexionen vor dem Spiegel, Gender Studies, ed. Suhrkamp

AKASHE - BÖHME Farideh , Hg., (1995) : Von der Auffälligkeit des Leibes, Gender Studies, ed. Suhrkamp

BUTLER Judith (2003) : Kritik der ethischen Gewalt, Frankfurt, Suhrkamp Vlg.

BRAUN Christina von(1989) : NICHTICH. Logik, Lüge, Libido. Vlg. neue kritik, Frankf.a.M.

BRAUN Christina von (2001) : Versuch über den Schwindel. Religion, Schrift, Bild, Geschlecht. Zürich, Pendo Vlg.

DUDEN Barbara (1994) : Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben, dtv

FISCHER - HOMBERGER Esther (1979) : Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau. Huber Vlg., Bern-Stuttgart-Wien

GID, Gen-ethischer Informationsdienst, Monatszeitschrift, Informationen und Kritik zu Fortpflanzungs- und Gentechnologie, hrsg. von : Gen-ethisches Netzwerk e.V., Brunneng. 4, D-10119 Berlin (www.gen-ethisches-netzwerk.de)

HOFMANN Heidi (1999) : Die feministischen Diskurse über Reproduktionstechnologien. Positionen und Kontroversen in der BRD und den USA, Frankfurt; New York, Campus Vlg.

KELLER Evelyn Fox (1998) : Das Leben neu denken. Metaphern der Biologie im 20. Jahrhundert, Antje Kunstmann Vlg., München

KUHLMANN Ellen & KOLLEK Regine , Hg., (2002) : Konfiguration des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik, Leske+Budrich Vlg., Opladen

¹ GID, Gen-ethischer Informationsdienst, Monatszeitschrift, Informationen und Kritik zu Fortpflanzungs- und Gentechnologie, hrsg. von : Gen-ethisches Netzwerk e.V., Nr. 152, Juni/ Juli 2002, S. 40

„Die anspruchsvolle Patientin/Klientin und ich“

Dr. Christina Wimmer-Wilhelm

Kritische Analyse einer Befragung der TeilnehmerInnen der Jahrestagung „Die anspruchsvolle Patientin – Wunschräume – Wunschträume – Wirklichkeiten“. Im Folgenden sei auf die Fragen, die häufigsten Antworten und im Anschluß daran auf einige Gedanken dazu eingegangen.

Frage

1:

Welche Ansprüche stellen meine Patientinnen/Klientinnen an mich hinsichtlich:

Organisation:

Kurze Wartezeiten, rasche Terminverfügbarkeit, sofortige Erreichbarkeit bei Akutbeschwerden, Perfektion, freundliches Personal, störungsfreier Praxisablauf, telefonische Erreichbarkeit, Akuttermine, Zeit für ein Gespräch, Organisation soll wie am Schnürchen laufen....

Fachlicher Kompetenz:

Lückenloses Fachwissen intra-und interdisziplinär in hohem Maße, verständliche Sprache (kein Medizinerlatein), Aufklärung, Information, Darstellung von Alternativen, Erkennen eigener fachlicher Grenzen, Hilfe zur Entscheidungsfindung, hellseherische Fähigkeiten in Bezug auf Krankheitsverlauf, Sicherheit, umfangreiche Zusatzausbildung, Heilung möglichst ohne eigenes Zutun, „Wunderheilung“

Arzt/Ärztin – PatientIn bzw. TherapeutIn – KlientIn Beziehung:

Empathie, Geduld, Vertrauen, Verlässlichkeit, Ehrlichkeit, Klarheit, Mensch und Fachkraft sein, Zeit haben, Angstreduktion, offenes Gesprächsklima, keine Antwort (ist auch eine Antwort)

Frage 2:

Welche Ansprüche sind in meinen Augen „gerechtfertigt“, welche nicht?

Gerechtfertigt:

Umfassende Aufklärung über die Krankheit, Empathie, kurze Wartezeiten, fachliche Kompetenz, volle Aufmerksamkeit, gute Organisation, Engagement, psychosomatische Sorgfalt

Nicht gerechtfertigt:

Überbeanspruchung der Kompetenz, Forderung nach bevorzugter Behandlung, ausnahmslose Heilung, grenzenlose Anwesenheit und Erreichbarkeit, persönliche Beziehung, perfekte Geburt, zeitlich unbegrenzte Verfügbarkeit

Frage 3:

Wie gehe ich mit den Ansprüchen meiner Patientinnen/Klientinnen um?

Die meisten Befragten gaben an, zu versuchen die Ansprüche zu verstehen und zu erfüllen, wenn sie sinnvoll erscheinen und/oder zu erklären, warum bestimmte Ansprüche nicht erfüllt werden können.

Frage 4:

Wie gehe ich mit enttäuschten Patientinnen/Klientinnen um?

Fast ausnahmslos wurde angegeben, die Enttäuschung anzusprechen. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, die Diskrepanz zwischen einem „leicht gefallenem“ angekreuzten „ja“, ich spreche die Enttäuschung an und der in der Realität tatsächlich angesprochenen Enttäuschung näher zu betrachten. Denn denken wir doch einmal daran wie schwierig es oft in der Realität ist, eine wahrgenommene Enttäuschung tatsächlich anzusprechen.

Frage 5:

Beschreiben sie die „anspruchsvolle Patientin/ Klientin“:

Positiv:

Informiert, selbstbewußt, kritisch, interessiert, will individuell betreut werden.

Negativ:

Fordernd, respektlos, unrealistisch, geht mir auf die Nerven, beansprucht viel Zeit, bestimmend, arrogant, wissbegierig, spannt alle für sich ein, unsicher, u.v.m.

Was mag ich an „anspruchsvollen Patientinnen/Klientinnen“, was nicht?

Positiv:

Informiert, interessiert, weiß, was sie will, ist eine Herausforderung, nehmen sich und ihre Krankheit selbst in die Hand, Mitarbeit, differenziert, wollen genau wissen, was mit ihnen geschieht

Negativ:

Sind mir lästig, fordernd, endlose Diskussionen, uneinsichtig, geben einem das Gefühl, ihrem Anspruch nicht gerecht zu werden, das Gefühl ausgenutzt zu werden, Arroganz, wenn sie überinformiert sind. grenzüberschreitend, hält den Betrieb auf ...

Auffallend ist, dass in den letzten beiden Fragen jeweils die negativen Zuschreibungen zahlenmäßig deutlich überwogen haben. Betrachten wir diese Tatsache etwas näher. Es ist uns allen wohl bekannt, dass wir, die im Gesundheitswesen tätig sind, in der Rolle des Patienten durchaus nicht als unkompliziert gelten. Ringel stellte unter anderem fest, dass wir Menschen dazu neigen, die eigenen Schwächen im anderen zu bekämpfen. Möglicherweise tragen diese beiden Tatsachen dazu bei, dass viele Ansprüche unserer Patientinnen von uns derart negativ empfunden werden.

Die Bearbeitung der Antworten auf den Fragebogen zeigte Spannungsfelder zwischen dem Anspruch der PatientInnen bzw. KlientInnen, der eigenen Person und der dabei versuchten Abgrenzung auf. Um einer umfassenden Auseinandersetzung mit diesem Thema gerecht zu werden, ist es notwendig, sich die Definition der eigenen Person und deren Grenzen wie auch jene des Begriffes Anspruch bewußt zu machen.

Definition Anspruch:

Das, was sich ein Mensch an notwendigen Bedürfnissen- und Strebungserfüllungen selbst zuspricht und von seiner der Umwelt und Mitwelt fordert.

Grenzen haben verschiedene Auswirkungen auf und in uns. Einerseits geben sie Orientierung, andererseits können sie unser Handeln einschränken, uns kränken, aber auch unsere Kräfte mobilisieren.

Eben diese Grenzen sind vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte, der Lebenssituation und des beruflichen Umfeldes zu sehen. Gleichzeitig ist der Umgang meines Gegenübers mit einer Grenze untrennbar mit dessen/deren persönlichen Lebensgeschichte und Lebenssituation verknüpft.

Zusammenfassung:

Ansprüche sind gut, wichtig und richtig. Grenzen ebenso. Um in einer Balance zwischen Ansprüchen und Grenzen arbeiten zu können, ist es auch notwendig, sich bewußt zu machen, dass der persönliche Anteil Auswirkungen auf mein Denken, Fühlen und Handeln hat und somit auf jede zwischenmenschliche Kommunikation. In diesem Spannungsfeld zwischen Anspruch, eigener Person und deren Grenzen bleibt es aber besonders wichtig, sich seine Berührbarkeit lebendig zu erhalten.

Die Migrantin mit Kinderwunsch

Jadranka Zivanovic, Jutta Fiegl und Peter Kemeter

Institut für Reproduktionsmedizin und Psychosomatik der Sterilität, Wien

Wie aus dem Namen unseres Instituts zu erkennen ist, behandeln wir unsere Patientinnen und Patienten nach einem psychosomatischen Konzept. Neben den organischen Befunden werden auch diejenigen psychosozialen Belastungen bearbeitet, die für die Fruchtbarkeitsstörung relevant sein können, wie Belastungen aus dem Umfeld, der Partnerschaft, der Psychodynamik, der Biographie, u.a.m. (Kemeter und Fiegl 1999). Dabei hat sich herausgestellt, dass Frauen, mit denen wir nur gesprochen haben ohne sie medizinisch zu behandeln, in der Folge zu 25% auf natürlichem Wege schwanger werden (Kemeter et al. 2001). Dies gilt natürlich auch für Migrantinnen, nur kommen bei ihnen zu den erwähnten Belastungen oft noch spezielle, durch die Migration bedingte Belastungen dazu, über welche hier gesondert gesprochen werden soll.

Die Erstautorin ist Assistentin am Institut und steht in Ausbildung zur Psychotherapeutin. Sie ist selbst Migrantin aus dem ehemaligen Jugoslawien, daher laufen so gut wie alle Kontakte der jugoslawisch – sprechenden Patientinnen über sie. Sie übersetzt nicht nur das Erstgespräch, das auch zusammen mit unserer Psychotherapeutin geführt wird, sondern alle Gespräche. Darüber hinaus führt sie psychosomatisch orientierte Gespräche mit den Migrantinnen unter Supervision unserer Psychotherapeutin. Dadurch werden für uns die soziokulturellen Unterschiede oft noch deutlicher („Der Arzt und die Psychologin verstehen mich nicht, die kommen nicht aus meinem Land. Du weißt eh, in unserem Kulturkreis ist man nichts ohne Kind!“).

Migrantinnen haben besonders in der Anfangsphase ihres Lebens im neuen Land gewaltige Aufgaben zu erfüllen. Sie müssen sich neu orientieren und möglichst bald zurechtfinden in der für sie neuen Welt. Zusätzlich zu den Verständigungsschwierigkeiten infolge der für sie fremden Sprache kommt vor allem die Schwierigkeit, die in der alten Heimat erworbenen soziokulturellen Prägungen mit den soziokulturellen Bedingungen in der neuen Heimat in Einklang zu bringen. Solange dies nicht oder nicht ausreichend gelingt, entsteht leicht das Gefühl, nicht dazu zu gehören, nicht integriert zu sein in diese Gesellschaft. Man kann sich daher vorstellen, dass Frauen, deren Selbstwertgefühl von Haus aus nicht besonders robust ist, unter diesen Belastungen leicht aus dem seelischen Gleichgewicht kommen und mit psychosomatischen Symptomen reagieren können.

Am Beispiel einer Migrantin aus Serbien sollen einige für die Migration charakteristische psychosomatische Aspekte ihres bisher unerfüllten Kinderwunsches näher beleuchtet werden: Sie ist Akademikerin, die ihrem Mann vor drei Jahren nach Wien nachfolgte, im Gegensatz zu ihm aber hier keine entsprechende Arbeit fand. Sie richtet seither ihr ganzes Augenmerk inklusive IVF-Behandlungen darauf ein Kind zu bekommen. Drei mal wurde sie auch schwanger, aber leider endeten diese Schwangerschaften zwischen der 9. und 12. Woche jeweils mit einem Abortus. In vielen Gesprächen wurde deutlich, wie sich im Zuge der langsamen Akklimatisation an ihre neue Heimat auch ihre ablehnende Haltung zu allen psychosomatischen Aspekten ihres Kinderwunsches verringerte.

Literatur

Kemeter P, Fiegl J: Das psychosomatisch orientierte Gespräch im Rahmen der Sterilitätsbehandlung - eine Quantifizierung der **Gesprächsschwerpunkte und der therapeutischen Strategien**. **Journal für Fertilität und Reproduktion** 1999; **9 (1): 23-31**

Kemeter P; Fiegl J; Leeb K; Scholl T : Psychosomatik und assistierte Reproduktion. **Journal für Fertilität und Reproduktion** 2001; **11 (5): 34-36**

Die islamische Frau in der Geburtshilfe und Gynäkologie

Dr. Schadia Zyadeh-Jinnie

Um die islamische Frau besser zu verstehen, muß man die Religion des Islam kurz beleuchten : Dem Propheten Muhammad wurde im 7. Jhd nach Chr. von Gott der Koran offenbart, der eine Bestätigung für die vorangegangenen Propheten und eine Vervollkommnung des Glaubens an einen allmächtigen Gott ist. Die Vollkommenheit besteht darin, dass die Lehre alle Ebenen des menschlichen Lebens berücksichtigt, sowohl die materielle als auch die psychische und die geistige, und das in einer Synthese, die keine Fragen oder Bedürfnisse unbefriedigt läßt. Diese Synthese und Untrennbarkeit der materiellen und geistigen Welt zieht sich durch alle Lebensbereiche wie zum Beispiel Essen, Schlafen, Arbeiten, familiäre, gesellschaftliche und geschlechtliche Beziehungen, Gesundheit, Krankheit, eben wie gesagt alle Lebensbereiche. Die Empfehlungen an die Gläubigen sind dabei durchwegs gesundheitsfördernd, als Beispiel möchte ich das Islamische Gebet erwähnen, dessen Vorteile für die Wirbelsäule und die Haltung der Orthopäde Prof. Tilscher einmal in einer Analyse beschrieben hat. Weitere Beispiele sind Reinlichkeit und Hygiene, mäßiges Essen und Fasten, ein Gleichgewicht zwischen Arbeit, Familie und Freizeit und Vieles mehr. Koran und Hadith nehmen auch auf die Bedeutung von Krankheit von Körper und Seele Bezug sowie auf Heilungsmöglichkeiten. Ein Hadith besagt zB, daß es für jede Krankheit ein Heilmittel gibt. In körperlichem Leiden kann auch im spirituellen Sinn viel Gutes liegen. Es gibt sogar Hadithe die aussagen, daß ein(e) Gläubige(r) als Märtyrer(in) stirbt, wenn er/sie an einer Krankheit stirbt oder wenn eine Frau zum Beispiel in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stirbt.

Einige religiöse Pflichten, wie zum Beispiel das Gebet und das Fasten haben für Frauen Ausnahmeregelungen während der Menstruation und im Wochenbett. In dieser Zeit sind sie vom Gebet und vom Fasten entschuldigt, und deswegen ist es für die Frau wichtig, zu wissen, welche Blutungen eine Menstruation darstellen und welche nicht, wie zB Zwischenblutungen, die auch bei den gestagenhaltigen Verhütungsmitteln immer wieder vorkommen. Hier kann der/die Frauen arzt/ärztin der Frau helfen auszurechnen, welchen Blutungen eine Regel sind und erklären, daß zB auch leichte Blutungen mit der Hormonspirale eine Regel sind, während Blutungen nach weniger als 14 Tagen blutungsfreiem Interwall oder länger als 14 Tage dauernde Blutungen keine Regel sind. Manchmal spielen diese Überlegungen auch eine Rolle bei der Wahl des Verhütungsmittels. Bei der Entscheidung für oder gegen eine Tubenligatur hat der Arzt/die Ärztin die Rolle des Experten, der sagt, ob eine nachfolgende Schwangerschaft eine Gefährdung der Frau darstellt oder nicht und damit ob eine endgültige Form der Verhütung gerechtfertigt ist. Bei irreversiblen Formen der Verhütung liegt es im Islam im Ermessen der einzelnen Menschen, diese anzuwenden, obwohl prinzipiell Nachwuchs positiv gesehen wird. Daher wird auch der Schwangerschaftsabbruch aus materiellen Überlegungen abgelehnt, es gibt jedoch zu diesem Thema verschiedene Lehrmeinungen.

Auch der Schwangerschaftsabbruch aus fetaler Indikation, wie zB durch Pränataldiagnostik festgestellte Krankheiten, stellt aus islamischer Sicht keine Indikation dar. Natürlich muß jede Patientin über die Möglichkeiten der Pänataldiagnostik aufgeklärt werden, ihre Entscheidung sollte jedoch von den Ärzten wertfrei angenommen werden. (analog dazu Ablehnung der Sterbehilfe)

Im Krankenhaus wird es immer wieder vorkommen, daß die islamische Frau sich nach der Möglichkeit erkundigt, von einer Ärztin untersucht zu werden. Auch dieser Wunsch ist religiös motiviert, und zwar, um im transzendenten Sinn nicht die Grenzen Gottes zu überschreiten. Zwar handelt es sich bei einer medizinischen Untersuchung nicht um eine unerlaubte Geschlechtsbeziehung, trotzdem findet körperlicher Kontakt statt und die Arzt-Patientin Beziehung hat eine gewisse Intimität und Geschlechtspolarität. Diese Beziehung kann mit einer Ärztin besser aufgebaut werden und auch das natürliche Schamgefühl wird nicht so stark ausgelöst. Die Erhaltung der Gesundheit oder die Hilfestellung bei Krankheit hat jedoch auch im Islam eine höhere Priorität als die Geschlechterfrage und wenn die Betreuung durch eine Ärztin nicht möglich ist, wird ein Arzt ebensogut angenommen.

Im Interesse islamischer Frauen wird es aber immer sein, die Möglichkeiten der Betreuung durch Ärztinnen zu fördern.

Die islamische Frau wird sich darüberhinaus auch bevorzugt an eine islamische Ärztin oder auch einen islamischen Arzt wenden, und der Grund des Vertrauens ist, daß sie davon ausgeht, daß diese Ärztin oder dieser Arzt nicht nur dem Eid des Hippokrates und den jeweiligen Gesetzen verpflichtet ist, sondern auch Gott und den Jüngsten Tag fürchtet. Der Islam fordert von den Gläubigen außerdem die Suche nach Wissen als Pflicht, und hier kommt wieder diese vollkommene Synthese zwischen der materiellen Welt der Wissenschaften und dem transzendenten Glauben an einen Schöpfer klar zur Darstellung.

Die Frau kann sich daher erhoffen, daß die islamische Ärztin sie im wahrsten Sinne nach bestem Wissen und Gewissen betreut.