

Schwangerenversorgung im Interkulturellen Kontext – Welche (Diversity-) Faktoren sollen berücksichtigt werden?

Ulrike Binias

B.A. Public Health

GfG Geburtsvorbereiterin

AFS Stillberaterin

Interkulturelle Öffnung

Definition nach Ingelby

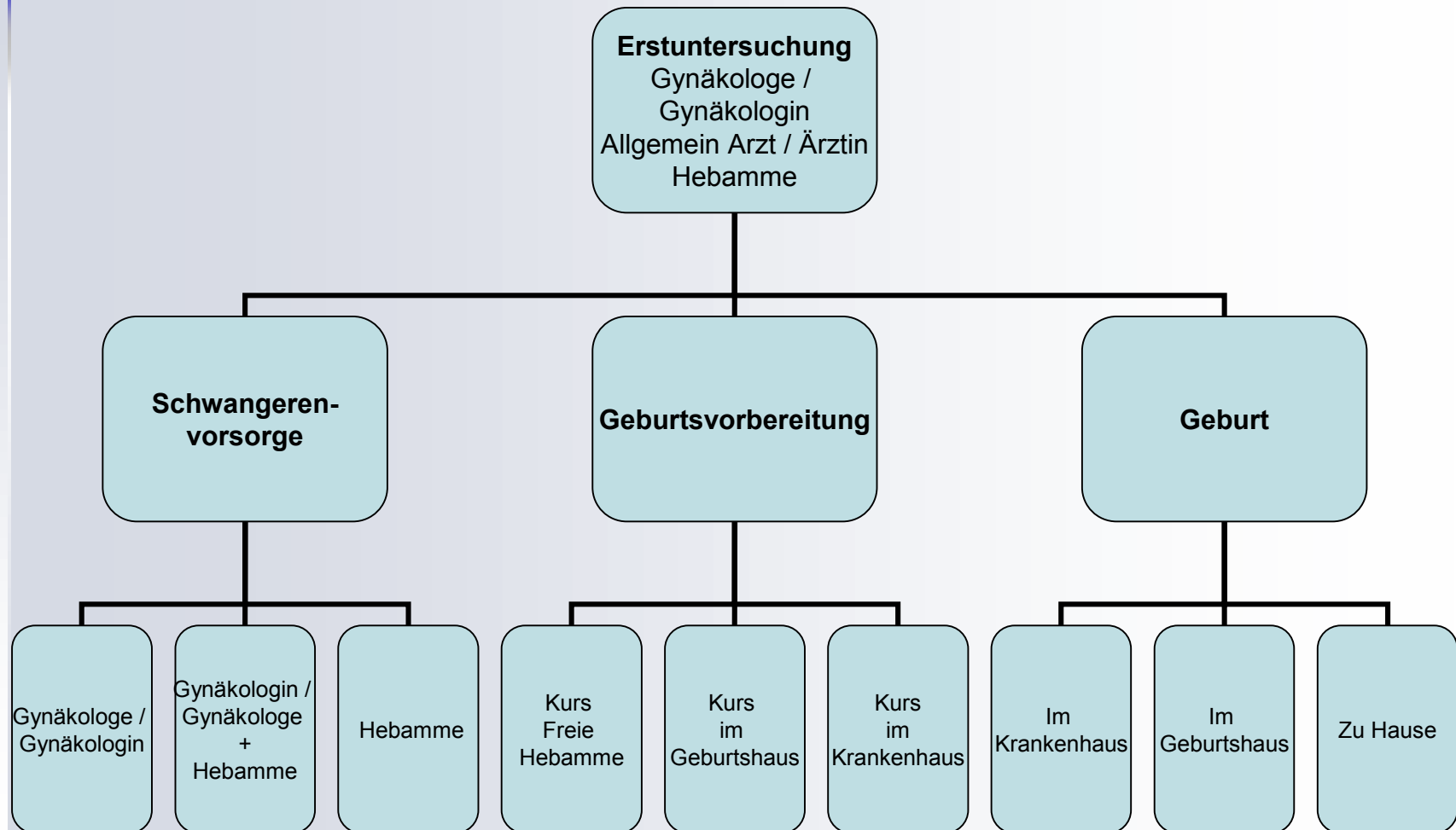
- Übersetzung aus dem Holländischen „Interculturalisatie“
- Solange die Versorgung für alle gleich ist, ist sie für die Menschen, deren Erwartungen und Bedürfnisse sich von denen der Mehrheit unterscheiden, qualitativ minderwertig.
- Im Gesundheitswesen ist damit **„die Bemühung gemeint, seine Dienste für Migranten und ethnische Minderheiten genauso zugänglich und effektiv wie für die kulturelle Mehrheit zu gestalten“**

Kultursensibilität?

Erklärung nach Iljić M., Kavazović M., Schornböck H. (2007):

- „Kultursensibles Verständnis weiß um die Kulturgebundenheit der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Handelns.
- Es weiß um mögliche kulturelle Differenzierungen im Selbstkonzept, Rollenverständnis usw. Kultursensibilität [...], die auf Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht.
- Die Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und für die Folgen des Pflegehandelns.
- Sie ist in einer besonderen Weise biografieorientiert.
- Somit trägt sie auch der Tatsache der Migration als einem wichtigen biografischen Einschnitt im Leben Rechnung.“

Möglichkeiten der Schwangerenversorgung



Migrantinnen im deutschen Gesundheitswesen

- Es gibt Menschen, die in Deutschland geboren wurden und aufgewachsen sind, aber einen anderen kulturellen Hintergrund als Deutsche haben.
- Es gibt Menschen, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber erst in den 90er Jahren nach Deutschland übergesiedelt sind und andere Werte und Normen mitbringen.
- Und es gibt Menschen, die unser Gesundheitssystem aufsuchen, sich aber nicht mit uns verständigen können und keinen Einfluss auf die Art der Behandlung nehmen können.

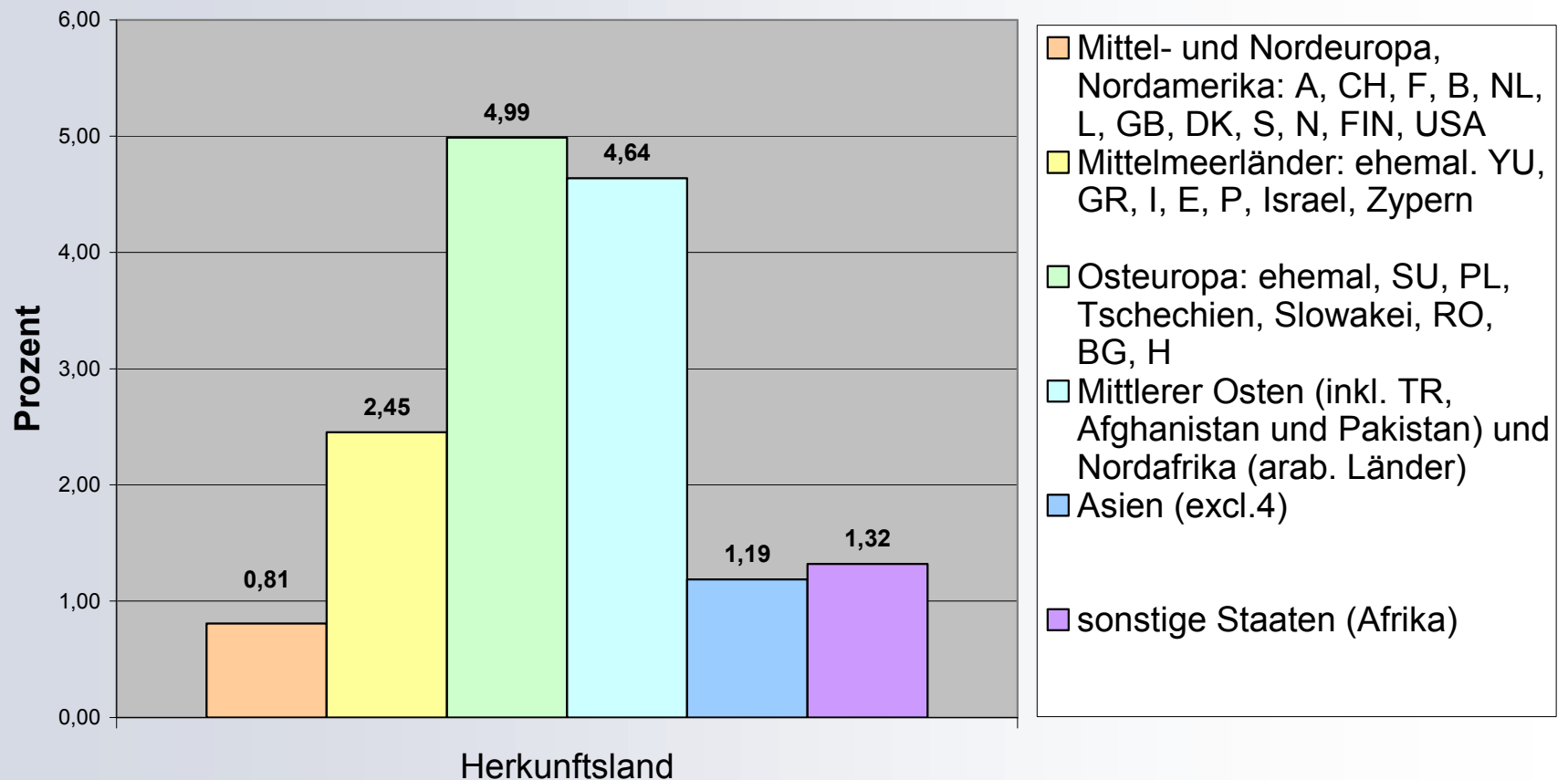
Migrantinnen im deutschen Gesundheitswesen

- Es gibt Flüchtlingen, die unser Gesundheitswesen nur sehr bedingt in Anspruch nehmen können.
- Es gibt papierlose Frauen, die ihr Baby allein und manchmal unter unzumutbaren hygienischen Zuständen gebären, weil sie befürchten, aus Deutschland abgeschoben zu werden, wenn sie in einer Klinik gebären.
- Es gibt Frauen anderen Ethnien, Kulturen oder Glaubensrichtungen, die mit den Eigenarten der deutschen, medizinischen Versorgung nicht umgehen wollen und / oder können.

Geografische Verteilung

Verteilung der Migrantinnen 2004 - 2007,

Quelle: Perinataldaten des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg, eigene Berechnungen



Hürden für Migrantinnen - derzeitige Situation

■ **Kommunikationsprobleme**

- die Sprache an sich (Muttersprache ≠ deutsch)
- Sprachliche Missverständnisse
- Kulturelle Missverständnisse
- Fachsprachliche Missverständnisse
(Medizinersprache, Krankenhausinterna etc.)

Dolmetscher?

- Professionelle Dolmetscher, möglichst mit medizinischen Kenntnissen
- Sprach- und Kulturmittler
- **Überhaupt nicht dolmetschen oder nur in Ausnahmefällen sollten:**
 - Familienangehörige (insbesondere Kinder!), FreundInnen, Bekannte
 - Krankenhauspersonal ohne Ausbildung im Pflegebereich (Reinigungskräfte, Küchenpersonal, ...)
- Nicht optimal: Dolmetscher, die zum Personal aus anderen medizinischen Bereichen gehören

Unterschiedliche Krankheits - / Geburtskonzepte nach Kuntner (2001)

- Wann ist welcher Eingriff notwendig? Sinn des Eingriffs?
- Traditionelles Rollenverhalten
- Frauen- bzw. hebammenorientierter Betreuungsmodus
- Therapie von traditionellen Heilern meistens akzeptiert
- Anwesenheit des eigenen Mannes größtenteils nicht üblich
- Fremde Männer (Ärzte) unerwünscht

Unterschiedliche Krankheits-/ Geburtskonzepte nach Kuntner (2001)

- Verschiedene Verständnisse von Pflege, Ritualen und Besuchen
- Rituale zum Schutz von Mutter und Kind, rund um die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie für den Umgang mit der Plazenta
- Ernährungskonzepte und Essensempfehlungen und – verbote
- Religiöse Vorstellungen
- Konzepte der Unreinheit und der rituellen Reinigung
- Tabus

Hürden für Migrantinnen - derzeitige Situation

■ **Misstrauen**

- wegen eventueller Weitergabe aufenthaltsrechtlich wichtiger Informationen und Ängste vor aufenthaltsrechtlichen Wirkungen (insbesondere bei Frauen, die sich in Gemeinschaftsunterkünften befinden)
- dadurch bedingt werden nicht immer alle wichtigen, medizinischen Informationen an das Krankenhaus weitergegeben

■ **Unkenntnis über das deutsche Versorgungs- und Betreuungssystem**

(in Anlehnung an Gaitanides, 2004)

Geburt in einer fremden Kultur

- **Übergangs- und Neuorientierungsprozesse benötigen**
 - Rituale,
 - Anleitungen,
 - Zeremonien
 - und geschulte Begleiter / Begleiterinnen, damit die Menschen in diesen Phasen „heil“ durch den Prozess der Wandelung geleitet werden können.

Geburt in einer fremden Kultur

- **Migrantinnen sind im Moment des Übergangs, wie dem der Schwangerschaft, häufig in doppelter Hinsicht verunsichert.**
- **Sie sind von der gewohnten Unterstützung anderer Frauen aus ihrem Ursprungsland - die ihnen eine außermedizinische Betreuung und einen seelischen Halt geben können - abgeschnitten.**

(Mackovic-Stegemann, 2005)

Geburt in einer fremden Kultur

- **Sie sind einem medizinischen System ausgesetzt, das nach einer Logik funktioniert, die ihnen oftmals fremd ist.**
- **Ultraschallunter-suchungen können als Übergriffe erlebt werden.**

(Mackovic-Stegemann, 2005)

Hürden bei Mitarbeiter(inne)n - derzeitige Situation

- **(Unbewusste) Befangenheiten gegenüber Migrantinnen**
- **Geburts- und Krankheitsverständnis in anderen Kulturen**
 - Schmerzverständnis?
 - Geburtshabitus?
 - Rituale rund um die Geburt
- **Angst, mit dem eigenen Wissen bei der Beratung oder Versorgung von Migrantinnen an Grenzen zu stoßen;**
- **professionelle Überlastungsgefühle und Autoritätsverlustängste**

Hürden bei Mitarbeiter(inne)n - derzeitige Situation

- **„Sich nicht zuständig Fühlen“ für Migrantinnen, da die Gesamtzahl der Zielgruppe als zu niedrig erachtet wird**
- **Sorge vor Mehrbelastung**
- **wenig Bereitschaft umzulernen, sich neu zu orientieren, die Arbeit umzuorganisieren**
- **Festhalten an standardisierten Philosophien**
- **Angst vor dem Andersartigem**

(in Anlehnung an Gaitanides, 2004)

Diversity

„Behandele nicht alle so, wie du selbst behandelt werden möchtest, sondern so, wie er oder sie es möchte.“

Diversity Management?

- Menschen sind auf vielerlei Arten und Weisen verschieden oder gleich
- Als Grundlage für Diversity dürfte das Antidiskriminierungsgesetz angesehen werden
- Der Diversity Ansatz versucht, möglichst viele dieser Unterschiedlichkeiten zu bedenken und in Konzeptionen zu integrieren.

Einflussfaktoren in der Schwangerenversorgung

- Möglichst viele Faktoren wie z.B.:
 - Herkunft (seit wann lebt die Frau in Deutschland?)
 - Muttersprache(n), Fremdsprachenkenntnisse, Deutschkenntnisse?
 - Aufenthaltsstatus
 - Familienstand
 - Soziales Netzwerk?
 - Kultur
 - Religion
 - Rituale, Tabus
 - Traumatisierung
 - ...
sollten berücksichtigt werden und in der Anamnese der Frau bekannt werden

Strategie

- Case Management
 - Frauen mit den bestehenden Angeboten zur Schwangerenversorgung bekanntmachen (Informationsmaterialien!!!)
- Vorsorge/Nachsorgebedarf ermitteln
 - Gynäkologin und / oder
 - Hebamme (Vorsorge, Nachsorge, Beleghebamme, Familienhebamme)
- Interkulturelle Geburtsvorbereitungskurse
 - Kultursensible Übersetzerinnen dolmetschen simultan
- Nutzerinnenorientierte Betreuung unter der Geburt
 - Doula (Geburtsbegleiterin) aus dem eigenen Kulturkreis
 - Hebamme, Beleghebamme

Wirkungen

- Über den Abbau von Zugangsbarrieren kann eine frühzeitige, frauengezielte Aufnahme in die Schwangerenvorsorge erfolgen
- Abbau von gegenseitigen Vorurteilen Verbesserung de und Stereotypen
- Entlastung des Gesundheitspersonal
- Steigerung der MitarbeiterInnenzufriedenheit
- Integration der Frauen (und Kinder) durch frühzeitige Kontaktaufnahme (Frühe Hilfen)
- Kostenersparnis durch Verringerung der Liegezeiten und/oder Rückfallquoten auf Grund von Sprachbarrieren
- Senkung der Kaiserschnittrate
- Kostenersparnis auf Seiten des Gesundheits- und Wohlfahrtssystems

Literatur

- Binias, U. (2008) Sekundäre Sectiones bei schwangeren, afrikanischen Migrantinnen. Retrospektive Studie und Analyse zur Konzipierung einer zielgruppengenauen Schwangerenversorgung für westafrikanische Frauen. Universität Bremen, BA Thesis
- Gaitanides, S. (2004). Interkulturalität heißt, die Balance halten. In: Neue Caritas, H. 8, S. 18-19
- Iljić M., Kavazović M., Schornböck H. (2007): Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung. Eine sozialwissenschaftliche Studie. Wiener Hilfswerk
- Ingelby, D. (2008). Der niederländische Aktionsplan für eine interkulturelle psychosoziale Gesundheitsversorgung. In: Rommelspacher, B./Kollak, I. (Hrsg.) Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main
- Kuntner, L. (2001). Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext IN: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern, Huber Verlag, S. 361-382
- Mackovic-Stegemann, A. (2005). Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von Migranten – Optimierung über interkulturelle Teamarbeit. Dissertation zur Erlangung des Grades Doktor der Philosophie (Dr. phil.) am Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück.

**Vielen Dank für Ihr
Interesse**