



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Soziokulturelle Aspekte der geburtshilflichen Betreuung
chinesischer Migrantinnen:
Eine ethnografische Datenerhebung in Wien**

Verfasserin

Marion Starch

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl:

A 307

Studienrichtung:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin:

Dr. Christine Binder- Fritz

Danksagung

Vorliegende Arbeit widme ich meinem Mann und meinen Kindern, ohne die ich den Zugang zu dieser Thematik nicht so gut bewältigt hätte. Meine eigenen fünf Schwangerschaften und Geburtserlebnisse ließen mich sensibel werden für dieses großartige Wunder, das die Natur für uns bereithält.

In erster Linie danke ich deshalb meiner Familie, die mich das ganze Studium so wunderbar unterstützt hat, und mir in schwierigen Zeiten wieder Mut gemacht hat. Meinem Mann gilt besonderer Dank für die „technischen“ Dinge wie die Arbeit am Computer, die er selbstverständlich für mich seit Beginn des Studiums regelte, und die mentale Unterstützung. Durch ihn kam ich auch zu meinen ersten InterviewpartnerInnen, die mir wiederum FreundInnen weiterempfohlen.

Dank möchte ich auch meinen Eltern, Schwiegereltern und Geschwistern aussprechen, die mir während des gesamten Studiums als Babysitter zur Verfügung standen, sowie meinem Schwiegervater, der mir die große Last des Kopierens abgenommen hat, und mir die Literatur während der gesamten Studienzeit kopiert hat.

Mein Dank gilt auch den chinesischen InterviewpartnerInnen und der Hebamme, die sich mir für die Interviews zur Verfügung gestellt haben, und mir so Einblick in ihre intimsten Angelegenheiten verschafften.

Bei Frau Dr. Christine Binder-Fritz muss ich mich für die zeitaufwendige Betreuung während der Diplomarbeit im Rahmen ihres FWF- Projektes „Asian Women`s Voices on Gender, Body, Health and Care (V90- G14) ebenfalls bedanken, ohne dieses vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
1.1.Forschungsfrage und spezifische Unterfragen	2
1.2.Zielsetzungen der Arbeit und Einbindung in ein Projekt	3
1.3.Aufbau der Diplomarbeit.....	4
THEORETISCHER TEIL	6
2. Migration und Frauengesundheit.....	6
2.1.Definition von Migration.....	6
2.2.Ursachen für Migration	7
2.3.Probleme durch Migration.....	8
2.4.Frauen und Migration	9
2.5.Statistische Angaben zu chinesischen Migrantinnen	11
2.6.Gesundheit und Migration	12
2.7.Kultursensibilität	13
3. Medical Anthropology, Medizinanthropologie, Ethnomedizin.....	16
3.1.Begriffserklärung.....	16
3.2.Das Gesundheitssystem als kulturelles System	17
4. Kurzer Abriss der chinesischen Medizin.....	21
4.1.Die Anfänge der chinesischen Medizin.....	21
4.2.Wichtige Konzepte der chinesischen Medizin	23
4.3.Anwendung der TCM in der Frauenheilkunde.....	29
5. Kurzer Abriss der ethnologischen Frauenforschung	31
5.1.Frauen in der Forschung – Frauen als „Beforschte“	31
5.2.Körperkonzepte	33
6. Ethnomedizinische Perspektiven auf Schwangerschaft und Geburt	37
6.1.„Childbearing“ als kulturelles System.....	37
6.2.Traditionelle Geburtshilfe	39
6.3.Die Sichtweisen unserer eigenen Kultur	41
6.4. Schwangerschaft und Geburt bei chinesischen Frauen	44
6.5.Übergang zur ersten Mutterschaft	47
7. Interkulturelle Kompetenz.....	48
7.1.Kennen der jeweiligen Systeme	48
7.2.Die Bedeutung der Kommunikation.....	49
8. Methodik.....	51
8.1.Forschungsfrage	51
8.2.Forschungsablauf.....	52
8.3.Forschungsdesign	53
8.4.Zugang zum Feld.....	53
8.5.Setting der Interviews.....	55
8.6.Kurzbeschreibung der Informantinnen	56
8.7.Vertrauensbildung	58
8.8. Ethics of Research	58

9.	Methoden der Datensammlung.....	60
	9.1.Qualitative Methoden – das Interview	60
	9.2.Der Fragebogen	62
	9.3.Alltagsgespräche als Informationsaustausch.....	64
	9.4.Datensammlung mit Hilfe eines Aufnahmegerätes	64
	9.5.Datenanalyse.....	65
	EMPIRISCHER TEIL.....	66
10.	Soziodemographische Angaben und Migrationsgeschichte der neun chinesischen Interviewpartnerinnen.....	66
11.	Das Wissen über Schwangerschaft und Geburt.....	79
	11.1.Über die Vorstellungen und das Verhalten in der Schwangerschaft.....	82
	11.2.Geburtsvorbereitung und Geburt in Österreich	89
12.	Östliche Wege der Heilkunst - Die Rolle der Ernährung und die Geburtsvorbereitung in China	95
	12.1.Die Rolle der asiatischen Küche.....	95
	12.2.Geburtsvorbereitung in China	97
13.	Geschlechterrollen und Körperbilder	103
	13.1.Einfluss von Medien.....	105
	13.2.Körperbilder	108
14.	Persönliche Erfahrungen zum Thema Schwangerschaft und Geburt	111
	14.1.Erfahrungen zum Thema Schwangerschaft.....	111
	14.2.Erfahrungen zum Thema Geburt	114
15.	Zusammenfassung der ausgewerteten Ergebnisse.....	126
16.	Diskussion	134
	Literaturverzeichnis.....	139
	ANHANG.....	155
	Muster der verwendeten Fragebögen	155
	Soziodemografische Angaben	155
	Interview Leitfaden Hebamme	159
	Interview Leitfaden Schwangerschaft / Geburt	161
	Interviewliste	165
	Abstract (Deutsch).....	166
	Abstract (English).....	167
	Curriculum Vitae	168

1. EINLEITUNG

In den ersten Semestern meines Studiums stand für mich schon fest, in welche Richtung ich tendiere. Die ersten Vorlesungen und Seminare über die Medical Anthropology weckten mein Interesse so stark, dass ich wusste, in diesem Bereich schreibe ich meine Abschlussarbeit.

Später, als ich schon einige Gender- Veranstaltungen besucht hatte, fokussierte ich mein Studium in diese Richtung.

Die Thematik Gesundheit oder besser gesagt, die „Gesunderhaltung des Körpers“ war zentraler Bestandteil meiner Arbeiten.

Das FWF – Projekt „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“ (V90 – G14), unter der Leitung von Dr. Christine Binder- Fritz - die ich von einer Lehrveranstaltung her kannte – bot mir Gelegenheit, meine Abschlussarbeit im Rahmen dieses Projektes zu verfassen.

Mein Bereich wurde mit der Thematik Schwangerschaft und Geburt bei chinesischen Migrantinnen abgesteckt. In dieser vielschichtigen Thematik fand ich mich gut zurecht, da ich selbst vier Kinder geboren habe, und zur Zeit des Schreibens der Arbeit mit dem fünften Kind schwanger bin. Das ist auch ein Grund zur Themenwahl. Ich meine, damit könnte ich meine Interviewpartnerinnen besser verstehen und umgekehrt natürlich auch. Der Zugang zu den Frauen ist mir somit um einiges erleichtert worden.

Literatur über Schwangerschaft und Geburt im Kontext mit Migration gibt es viel, jedoch wird man vergeblich nach Literatur im Kontext mit chinesischen Migrantinnen suchen. Dabei machen Chinesinnen in Österreich einen nicht zu vernachlässigenden Teil der Bevölkerung aus. Diesen wird noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da sie, wie einige Chinesinnen in Interviews bemerkten, die „stillen Leidenden“ sind.

Die sich im Laufe der Jahrzehnte immer mehr herauskristallisierte Medikalisierung der Schwangerschaft und Geburt hat das Ihre noch dazu beigetragen. In unserer westlichen Gesellschaft wird nicht immer auf die soziokulturellen Unterschiede und die jeweiligen Bedürfnisse geachtet. Es wird oft gehandelt, ohne die speziellen Bedürfnisse der Menschen zu kennen. Gerade Menschen mit Migrationshintergrund haben es besonders schwer und sollten in ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden.

Durch meine Interviews habe ich einen kleinen Einblick in die Wünsche, Sorgen, Ängste, aber auch in die Freuden chinesischer Migrantinnen bekommen dürfen. So hat mich jede

einzelne Interviewpartnerin der insgesamt neun befragten chinesischen Frauen in ihren Bann gezogen und mich mit ihren Aussagen fasziniert.

Durch private Gespräche mit Pflegepersonen wie Krankenschwestern und einem Arzt im Frauengesundheitsbereich, von diesen ich aber leider keine „Daten“ habe, erfuhr ich, dass in der Weiterbildung keine speziellen Angebote über den Umgang mit Migrantinnen verpflichtend sind, obwohl es viele für wichtig erachten.

Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich bewirken, dass diese, sowie die anderen Arbeiten dieses Projektes, als Unterlagen in diversen Kursen angeboten werden, um die angehenden ÄrztInnen und Pflegepersonen für die Arbeit mit Migrantinnen zu sensibilisieren.

1.1. Forschungsfrage und spezifische Unterfragen

Wenn sich Frauen in ihren wahrscheinlich einschneidendsten Monaten ihres Lebens, der Schwangerschaft und Geburt eines Kindes, gut betreut und verstanden fühlen, so ist das für alle Beteiligten der beste Start für ein gemeinsames Familienleben. Da es aber gerade in der Schwangerschaft und Geburt kulturell und gesellschaftlich festgelegte Verhaltensweisen zu befolgen gilt, sollten damit konfrontierte Pflegepersonen speziell geschult sein.

Trotz der vermehrten Wunsch-Section-Rate heutzutage, ist aber vielen Frauen auf der ganzen Welt gemeinsam, dass sie das Kind mit eigener Kraft gebären wollen. Dazu trägt unser „westlicher Gedanke“ des Kinderkriegens aber nicht viel bei. Durch die medizinische Überwachung wird der Mensch in den Hintergrund gedrängt und das medizinisch technische Wissen ist vordergründig geworden. Die Frauen erfahren dadurch keine persönliche Zuwendung mehr, es wird nur auf das technische Know-How vertraut. Die eigenen Signale des Körpers werden somit nicht mehr wahrgenommen oder falsch interpretiert.

In dieser Arbeit wird untersucht, ob chinesische Migrantinnen mit dem österreichischen Gesundheitssystem im Bereich Schwangerschaft und Geburt zufrieden sind, oder aber, ob sie in ihren spezifischen Bedürfnissen nicht ganz wahr genommen werden aus Unkenntnis der jeweiligen kulturellen Gegebenheiten.

Als zentrale Forschungsfrage ergibt sich somit:

Fühlen sich chinesische Migrantinnen in der geburtshilflichen Betreuung im österreichischen Gesundheitssystem gut betreut? Damit einher geht die Frage, welchen Einfluss die chinesische Geburtsvorbereitung, auch bei Migrantinnen zweiter Generation, noch besitzt.

Dazu wird der Wissensstand chinesischer Migrantinnen über das österreichische Gesundheitssystem mit Augenmerk auf Geburtshilfe, sowie der Vergleich zum chinesischen System, eruiert.

Mittels geschlossener Fragen wird die Migrationsgeschichte der Frauen untersucht und auch hinterfragt, welche Beweggründe sie hatten, nach Österreich zu kommen.

Weiters sollen das Gender- Verhalten und der Wissensstand über die eigene Körperlichkeit behandelt werden.

Mittels halbstandardisiertem Fragebogen und offenen Fragen über die Erlebnisse der eigenen Geburten, lasse ich den Frauen die Möglichkeit, sie nochmals zu durchleben, um anschließend herauszufinden, wie sie sich ein optimales Geburtserlebnis vorstellen.

1.2. Zielsetzungen der Arbeit und Einbindung in ein Projekt

Die vorliegende Arbeit wurde erstellt im Rahmen des FWF- Projektes „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“ (V90 – G14) unter der Leitung von Dr. Christine Binder- Fritz. In diesem Projekt, welches am Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien angesiedelt ist, werden von der Projektleiterin und den Diplomandinnen im Team, Migrantinnen aus Thailand, Kambodscha, Vietnam und China durch Interviews zu Themen aus dem Frauengesundheitsbereich befragt, um herauszufinden, wie sehr die soziokulturelle Prägung das Gesundheitsverhalten bestimmt. In meiner Arbeit werden die Daten mittels qualitativer Methoden und Interviews erhoben, denn so können die befragten Frauen ihre Emotionen, die Wahrnehmung aus ihrer Sicht und ihre individuellen Eindrücke, Sorgen und Wünsche „loswerden“.

Die Daten aller so gesammelten Interviews fließen dann in spätere Lehrveranstaltungen der medizinischen Universität ein, um den angehenden ÄrztInnen und Pflegepersonen den Zugang zu dieser Migrantengruppe zu erleichtern und somit die Hürde für chinesische Frauen im österreichischen Gesundheitssystem zu beseitigen.

Ein bestimmtes Maß an transkultureller Kompetenz sollte jede Person im Gesundheits- und Pflegebereich mitbringen, da wir in einer globalisierten Welt leben und ständig in Kontakt mit MigrantInnen sind. Gerade bei einem so heiklen und intimen Thema ist es wichtig, auf die Frauen wirklich einzugehen, und ihnen so zu verstehen geben, dass sie in ihren Bedürfnissen auch wirklich wahrgenommen werden.

Durch die Interviews und deren Ausarbeitung trage ich das Wissen der Frauen und ihre individuellen Erlebnisse über die Schwangerschaft und Geburt zusammen, um sie so sichtbar

für alle Beteiligten zu machen. Ich versuche aufzuzeigen, wie die jeweilige Kultur und die soziale Organisation das Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten der Menschen beeinflussen. Um die involvierten Pflegepersonen mit diesen Tatsachen zu konfrontieren, wurde diese Arbeit geschrieben. Es soll aufgezeigt werden, dass nicht die Technik vorrangig ist, sondern dass die Frauen mit ihren Wünschen, Sorgen und Freuden wahrgenommen werden und ihnen wieder die Verantwortung für das Gebären übertragen wird.

Durch meine Auseinandersetzung mit dieser komplexen Thematik in Literatur und Empirie werde ich versuchen, durch die Interviews der Einzelnen untermauert, aufzuzeigen, wie wichtig die persönliche Zuwendung in einem so gravierenden Lebensabschnitt ist.

Gender sensibel und transkulturell kompetent können dann ÄrztInnen und Pflegende im Gesundheitsbereich den asiatischen Migrantinnen entgegenreten und ihnen somit den Weg in unser System erleichtern.

1.3. Aufbau der Diplomarbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich folgendermaßen:

Zu Beginn wird das Thema Migration mit den verschiedenen Facetten, die notwendig sind, um mit chinesischen MigrantInnen zu arbeiten, beschrieben. Zuerst wird den Ursachen für Migration auf den Grund gegangen, bevor ich auf die Probleme durch Migration eingehe. Ebenso wichtig für diese Arbeit ist auch das Thema Frauen und Migration, und wie sich die Migration auf die Gesundheit der Frauen auswirkt.

Das nächste große Kapitel befasst sich mit der Schnittstelle zwischen der Anthropologie mit der Medizin in ihren verschiedenen Facetten. Es werden einmal die unterschiedlichen Begriffe erklärt, um anschließend die Sektoren des Gesundheitssystems vorzustellen, die sehr wichtig sind in der Arbeit mit Migrantinnen.

In einem weiteren Kapitel werde ich die östlichen Wege der Heilkunst aufzeigen. Nach dem geschichtlichen Abriss dazu folgt die Vorstellung einiger TCM- Praktiken. Diese Arbeit kann die Thematik keineswegs vollständig darstellen. Ich gehe nur auf einige wenige, mir für die Arbeit wichtig erscheinende Aspekte ein und fokussiere die Anwendung der TCM in der Frauenheilkunde.

Ein kurzer Abriss der ethnologischen Frauenforschung, Medizin-anthropologischer Körperkonzepte und den Frauen in der Schwangerschaft wird ebenfalls Raum gegeben.

Es werden dann die ethnomedizinischen Arbeiten zur Schwangerschaft und Geburt aufgelistet.

Es folgt ein kurzer Überblick über die verwendeten Methoden, die zur Herstellung dieser Arbeit geführt haben, wie die Erklärung der Forschungsfrage, den Zugang zur Feldsituation, über die Interviewsituationen und die Kurzbeschreibung der InformantInnen, sowie die verwendeten Analyseinstrumente, bevor der empirische Teil ausführlich abgehandelt wird.

THEORETISCHER TEIL

2. Migration und Frauengesundheit

Wir leben heute in einer globalisierten Welt, in der viele verschiedene Gesellschaften miteinander in Kontakt stehen. Da in der vorliegenden Arbeit die Erlebnisse chinesischer MigrantInnen zum Thema Schwangerschaft und Geburt untersucht werden, widme ich dem Thema Migration eine größere Aufmerksamkeit. Migration kann für die Frauen eine Chance darstellen oder aber ebenso eine Belastung und somit ein gesundheitliches Risiko sein (vgl. Binder-Fritz 2011: 130).

2.1. Definition von Migration

Das Wort Migration stammt vom lateinischen Wort „migratio“ ab, was so viel wie Wanderung bedeutet. Als Definition in der Wissenschaft gibt es unzählige Varianten. Ich habe die von Albrecht gewählt, wo Migration folgend argumentiert wird *„Ausführung einer räumlichen Bewegung, die einen vorübergehenden oder permanenten Wechsel des Wohnsitzes bedingt, eine Veränderung der Position also im physischen und im sozialen Raum“* (Albrecht 1972:23). Diese Erklärung ist mir besonders wichtig, da Albrecht den Wechsel im sozialen Raum ebenso erwähnt, nicht nur die Veränderung im physischen Raum. Das heißt, die Menschen, die nicht nur ihren Wohnort wechseln, werden auch mit neuen, fremden sozialen Netzwerken konfrontiert. Sie lassen somit alles Schützende, Halt gebende hinter sich, um in einer für sie oft völlig anderen Kultur, mit fremden Menschen und anderer Sprache ein neues Leben zu beginnen. Meist sind es Träume von einem besseren Leben, das die Menschen veranlasst, alles Gewohnte hinter sich zu lassen und eine hürdenvolle Neuorientierung anzustreben. Diese Träume helfen den MigrantInnen in ihrer ersten, oft mit Schwierigkeiten verbundenen Zeit im Migrationsland, stets nach vorne zu blicken. Die Menschen leiden zusätzlich oft noch unter Schuldgefühlen gegenüber den „Daheim Gebliebenen“.

Durch diesen zusätzlichen Stressfaktor ergibt sich, dass Migration und Krankheit in einem Zusammenhang stehen können. Nicht die Belastungen des Migrationsprozesses machen krank, sondern die gesundheitlichen Risiken denen die Menschen im Aufnahmeland ausgesetzt sind (nach David in Binder-Fritz 2011: 126). Diese Risiken sind nach Verwey die

Migration selbst und der Bruch mit früheren sozialen Netzwerken, sowie der unzureichende Zugang zu Gesundheitsdiensten und die vielfache Diskriminierung der MigrantInnen. Weiters sind genannt *„die Einschränkung ihrer Rechte in den Aufnahmeländern, die Gesetzgebung in Bezug auf den Aufenthaltsstatus, der fehlende oder eingeschränkte Zugang zum Arbeitsmarkt, sowie nicht zuletzt durch die allgemeine Einstellung gegenüber Zuwanderern in unserer Gesellschaft“* (nach Verwey 2003 in Binder-Fritz 2011: 126).

2.2. Ursachen für Migration

In dieser Arbeit wird der Fokus auf die Arbeitsmigration gelegt, da die InterviewpartnerInnen aus beruflichen Gründen nach Österreich gekommen sind. Der Begriff Arbeitsmigration bedeutet, dass die MigrantInnen aus ökonomisch weniger entwickelten Gebieten in ökonomisch höher entwickelte Gebiete ziehen, um dort ihren Lebensunterhalt zu verbessern.

Dass Menschen im asiatischen Raum schon immer „gewandert“ sind, um ihr Leben zu verbessern, kann man bei Husa und Wohlschlägl nachlesen, wenn sie meinen: *„Großräumige Wanderungsbewegungen im südost- und ostasiatischen Raum reichen bereits in die Frühphase der Geschichte zurück und auch die Arbeitsmigration hat im pazifischen Asien bereits eine Jahrhunderte alte Tradition aufzuweisen“* (Husa/ Wohlschlägl 2005: 73).

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts stieg die Nachfrage nach Arbeitskräften in den europäischen Kolonialgebieten und in Nord- und Südamerika, was große Überseewanderungen von asiatischen Menschen zur Folge hatte, während in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Überseemigration keine Rolle mehr spielte. Es waren vor allem männliche Kontraktarbeiter, die emigrierten. In den 50er Jahren entwickelte sich die Postkoloniale Migration, wobei BewohnerInnen der ehemaligen Kolonialgebiete Süd- und Südostasiens, Afrikas und der Karibik nach Europa wanderten, um den schlechten Lebensbedingungen und den politischen sowie ethnischen Konflikten in den neu gegründeten Staaten der Dritten Welt zu entkommen. Europa warb dort, um billige Arbeitskräfte anzulocken (vgl. Münz 2000:181). Erst während der 1960er/70er Jahre gewann die internationale Migration aus den nichtkommunistischen Ländern Ostasiens wieder an Bedeutung (vgl. Husa/ Wohlschlägl 2005).

Nun waren es nicht mehr nur männliche Migranten, vermehrt gingen auch Frauen, um eine Verbesserung anzustreben. Bislang wurde die Frage über Gastarbeiterinnen nicht gestellt oder mit dem Hinweis auf den weiblichen Familiennachzug abgehandelt. Als Untersuchungsobjekt diente allein der männliche Migrationspionier. Doch in den Jahren 1960- 1973 stieg der Anteil an der Gesamtzahl der ausländischen ArbeitnehmerInnen von 15 auf über 30%. Diese

Steigerung ist zurückzuführen auf den großen Bedarf bestimmter Wirtschaftszweige an weiblichen Arbeitskräften und die gezielte Anwerbung von Frauen (vgl. Mattes 1999: 285f).

Nach Haug und Pichler gibt es drei Hypothesen für die Entscheidung zu einer Migration: die Ermutigungshypothese, in welcher die emigrierten Geld nach Hause schicken; die Informationshypothese, in welcher Menschen durch positive Erfahrungsberichte bereits emigrierter Leute bekräftigt werden; und schließlich die Erleichterungshypothese, in welcher soziale Netzwerke am Zielort das Leben erleichtern (vgl. Haug/ Pichler 1999).

Ob berufliche Aufstiege für ausländische Arbeitskräfte überhaupt möglich sind, hat Josef Kohlbacher untersucht. Hierzu meint er, dass einerseits der Aufstieg ein gewisses Maß an Integration, Spracherwerb, Kenntnisse der Normen und dazu angepasstes Verhalten voraussetzt. Andererseits aber der berufliche Aufstieg dazu beiträgt, die soziale Marginalisierung abzuschwächen und somit wieder positiv auf die Integration wirkt (vgl. Kohlbacher 2005: 105).

Leider ist es noch immer so, dass Menschen im Aufnahmeland MigrantInnen sozial benachteiligen und dabei aber wesentliche Unterschiede auf Grund der Herkunft machen.

Es wird kaum jemand über MitarbeiterInnen aus dem europäischen Raum schlecht sprechen, aber sobald MigrantInnen am „Äußeren erkennbar“ sind, wie etwa Menschen mit dunkler Hautfarbe, werden sie oft nicht als ebenbürtige arbeitende Mitmenschen angesehen.

2.3. Probleme durch Migration

Probleme treten meist schon im Ursprungsland auf, wenn einzelne Familienmitglieder mit dem Entschluss des Weggehens nicht einverstanden sind. Hier kommt es zur ersten Zerreißprobe. Nur wenn alle Beteiligten positiv dazu eingestellt sind, kann die Migration auch leichter durchgeführt werden. Durch das Verlassen der sozialen und familiären Netzwerke leiden MigrantInnen oft an Einsamkeit. Hierzu gesellt sich meist die Barriere der Sprachunterschiede. Nur wenige Menschen beherrschen die Sprache schon vor der Migration. Abraham meint dazu, dass *„jedes Individuum, das einen internationalen Aufenthalt antritt, in stärkerem oder schwächerem Ausmaß einen Kulturschock erlebt, auch dann, wenn die Unterschiede zur Heimatkultur gering sind“* (Abraham 2005: 136).

Dabei wird auch auf die vier Übergangsphasen nach Marx hingewiesen. So ist in der ersten Phase noch alles neu und aufregend und wird positiv gesehen. Diese Phase endet meist nach ein bis zwei Monaten und mündet direkt in die Phase der Desillusion, in welcher die Alltagsprobleme als solche erkannt werden. Phase drei wird als die kritische genannt, in

welcher sich entscheidet, ob das Tief überwunden werden kann. Wenn diese schwierigste Zeit überwunden wird, beginnen sich die MigrantInnen nach vier bis zehn Monaten in die Kultur einzuleben. Wem dies nicht gelingt, der bleibt in Phase drei stecken und kommt mit dem Umfeld überhaupt nicht zu Recht (vgl. nach Marx in Abraham 2005: 136).

Durch Sprachkurse, die Arbeit und in der Freizeit werden langsam wieder soziale Netzwerke aufgebaut, entweder mit Menschen aus dem Aufnahmeland oder in communities mit Menschen aus demselben Herkunftsland, mit denen auch die Freizeit gestaltet wird. So können auch Traditionen und Werte fremder Kulturen nebeneinander bestehen und tragen so einen wichtigen Beitrag zur positiven Verankerung in der Aufnahmegesellschaft bei.

2.4. Frauen und Migration

Migrationsgeschichte gibt es schon seit Beginn der Menschheit. Wanderungen aus verschiedensten Motiven gab es schon immer. Heute sind diese Wanderungen natürlich viel einfacher geworden. Allein die Entfernungen kann man heute viel leichter überwinden; wozu man früher lange brauchte, kommt man in unserem Jahrhundert mit dem Flugzeug innerhalb kurzer Zeit.

Die Migration war schon seit Langem Thema vieler Untersuchungen und Studien. In diesen wissenschaftlichen Untersuchungen wurden aber lange Zeit Frauen außer Acht gelassen. Noch bis in die 1970er Jahre wurden Frauen in der Migrationsforschung nur in Abhängigkeit ihres Mannes erwähnt, als Nachreisende oder Ehefrauen.

Sylvia Hahn meint dazu, dass Frauen als Eigenständige oder allein Wandernde kaum wahrgenommen wurden, vielleicht weil es auch an Quellen- und Material darüber mangelte (vgl. Hahn 2000: 78). Auch heute noch sind diese Quellen sehr lückenhaft, da in Statistiken nicht immer alle aufscheinen. Es gibt eine hohe Dunkelziffer an Migrantinnen, die in keiner Statistik vorkommen.

Hahn nennt hierzu das Beispiel aus dem Paris des 19. Jahrhunderts, in welcher die Prostitution in Zahlen und Fakten einfach nicht aufscheint, obwohl es ein florierender Erwerbszweig war und noch ist. Da es aber nicht in die Gesellschaft passte, wurde dieser Zweig einfach ausgespart und ausgeblendet (vgl. Hahn 2000:79). Genannt wurde diese Form der Migration „Frauenhandel“.

So wird sichtbar, dass Frauen als passiv gesehen wurden und durch den Begriff „*Frauenhandel*“ nur als *Objekte mit Warencharakter, die ge- und verkauft werden können Spielbälle von Agenten und Geschäftsherren*“ (Aufhauser 2000: 99) waren.

Ernest George Ravenstein kann als Begründer der Frauen- Migrationsforschung gesehen werden. Er verfasste bereits in den 1880er Jahren die „Gesetze der Migration“. Unter anderem sind das Untersuchungen über Frauen mit Migrationshintergrund, die vor allem als Haushälterinnen tätig waren. Bisher war man der Annahme, dass Männer den Großteil der MigrantInnen ausmachen, doch Ravenstein besagte nun erstmals Anderes: *„Woman is a greater migrant than men. This may surprise those who associate women with domestic life, but the figure of the census clearly proves it“* (Ravenstein 1885: 196).

Es muss dazu jedoch bemerkt werden, dass Frauen zwar am Wanderungsgeschehen des 19. Jahrhunderts mehr beteiligt waren, jedoch blieben diese Wanderungen auf den Nahbereich beschränkt, während die Männer bei der Fernwanderung den Großteil ausmachten (vgl. Hahn 2000: 83). Frauen, die sich zu einer Wanderung entschlossen, gingen meist vom Land in die Stadt, wo sie im Haushalt als Dienstboten arbeiteten.

Leider kamen in den nachfolgenden Arbeiten über Migrationsforschung Frauen wieder nur in den untergeordneten Rollen der nachkommenden Ehefrauen vor. Nun wurde wieder *„ganz in Anlehnung an die patriarchalisch geprägten (Familien-) Bilder, der Mann als der für die Nahrung Sorgende definiert, wofür er bereit ist, die Heimat zu verlassen und in die Fremde zu ziehen. Im Gegensatz dazu wird die Frau als das immobile, passive, zu Hause auf den männlichen Familiernährer wartende Individuum beschrieben“* (Hahn 2000:89).

Keineswegs passiv verhalten sich die Frauen aber, wenn es um ihre Entscheidung geht, ihre eigene Migration durchzuführen (vgl. Aufhauser 2000:97). Sie lehnten sich dafür oft gegen ihre eigenen Familien auf. So wird deutlich, dass Frauen sehr wohl am Handlungsgeschehen beteiligt, und somit selbst aktiv waren.

Lange hat es gedauert, aber in den 1980er Jahren wurde den Frauen in der Migrationsforschung Bedeutung geschenkt. Es waren einige wenige Arbeiten, die zeigten, dass Frauen am Migrationsgeschehen beteiligt waren, wie zum Beispiel die Arbeiten von Aufhauser oder Hahn.

In den 1990er Jahren gibt es bereits eine Fülle an Literatur zur Migration von Frauen, jedoch verbessert sich die Datenlage zur Beteiligung der Frauen an den internationalen Migrationsprozessen noch immer nicht.

Wenn Frauen ihr Herkunftsland verlassen, tun sie das meist ohne Rückkehr, was sie zu den männlichen Migranten wieder unterscheidet (vgl. Aufhauser 2000:102- 104).

Abschließend kann man sagen, dass Frauen schon lange die *„unsichtbare Hälfte der MigrantInnen ausmachen“*, und dass sie viele Parallelitäten zur Männermigration aufweisen: sie haben ähnliche Motivgründe zur Migration, sie treffen die Entscheidung zur Migration

auch selbst, es wandern nicht die Ärmsten und sie genießen nach der Migration auch die Befreiung aus sozialer Kontrolle (vgl. Aufhauser 2000: 119).

Wie ich aber noch erläutern werde, ergeben sich aber vor allem für Frauen aus der Migration einige Probleme.

2.5. Statistische Angaben zu chinesischen Migrantinnen

Laut Angaben der Statistik Austria (Stand Mai 2010) leben derzeit 15.673 ChinesInnen in Österreich, davon 9.897 in Wien. Hierzu kommen aber noch die schon in Österreich geborenen ChinesInnen, die ethnischen ChinesInnen mit anderer Staatsbürgerschaft sowie AsylwerberInnen und illegale MigrantInnen. Die ungefähre Gesamtzahl ergibt somit 30.000 Mitglieder der chinesischen Community (vgl. http://www.integrationsfonds.at/publikationen/oeif_dossiers/die_chinesische_community_in_oesterreich/).

Diese Zahlen sind aber nur relative Zahlen, da die Dunkelziffer weit höher liegt. Die Aussagekraft demographischer Daten ist begrenzt, da MigrantInnen aus süd- und südostasiatischen Staaten, Studierende, ForscherInnen und Wirtschaftstreibende sowie die „irregulären“ MigrantInnen, die nach Österreich geschmuggelt werden, nicht erfasst sind (vgl. Binder-Fritz 2011: 124).

Aus der Statistik wird auch ersichtlich, aus welchen Gegenden der Volksrepublik China die MigrantInnen kommen. Es zeigt sich, dass bis vor kurzem der Großteil aus der Provinz Zhejiang gekommen ist. Mittlerweile wandern aber viele ChinesInnen aus den armen Provinzen Fujian und Dongbei aus. Die Interviewpartnerinnen vorliegender Arbeit stammen aus den Provinzen Hunan, Zhejiang, Shandong, Fujian, Beijing, Qinghai, Liaoning, eine Informantin lebte lange mit ihren Eltern in der Provinz Gansu, und die erste Interviewpartnerin kam als ethnische Chinesin aus der Provinz Hongay in Vietnam.

Um die Jahrhundertwende kamen die chinesischen MigrantInnen als Händler und ArbeiterInnen nach Österreich. Erst Ende der 1940er Jahre entstanden die ersten China-Restaurants, wovon es heute eine große Anzahl gibt. Auch einige Informantinnen kommen aus dieser Branche, deren Eltern in Wien ein China- Restaurant führen. Jedoch fehlt mir in dieser Auflistung die Sparte des Sozialberufes. Es gab eine Einwanderungswelle von asiatischen Krankenpflegerinnen. Vielleicht scheinen die in dieser Übersicht nicht auf, da sie im Vergleich zu den philippinischen Krankenschwestern in der Anzahl gering sind. Trotz alldem kamen auch zwei Informantinnen aus diesem Grund nach Österreich.

Auf der Seite des Integrationsfonds findet man auch die Einteilung chinesischer MigrantInnen in vier Gruppen (die neuere Migrantengeneration nach 1978):

- Die „Students-turned-Immigrants“ (AuslandsstudentInnen, die nach dem Abschluss im Ausland bleiben);
- Die „Chain Migrants“ (Kettenmigration, man zieht zu schon im Ausland lebenden Verwandten);
- Die „Emigrating Professionals (Berufstätige, die Wissen und Erfahrung mitbringen);
- Die Illegalen MigrantInnen ohne gültige Papiere (ebd.).

Die Informantinnen meiner Datenerhebung kommen aus den drei erstgenannten Gruppen.

2.6. Gesundheit und Migration

Durch die Migration ergeben sich meist soziale Probleme, die natürlich auf die physische, aber meist auf die psychische Gesundheit wirken können. Sobald das Herkunftsland verlassen wird, werden auch meist die sozialen Netzwerke, in denen die Menschen bis jetzt fest integriert waren, hinter sich gelassen. Auf Grund der Technisierung ist es heute leichter, mit den Angehörigen und FreundInnen weiterhin in Kontakt zu bleiben, als noch vor einigen Jahrzehnten. Doch stärkt das nur mental. In der Realität müssen MigrantInnen sich erst einleben, da sie meist emigrieren, ohne jemanden im Aufnahmeland zu kennen. Wenn die ersten Probleme auftauchen, haben MigrantInnen oft niemanden, der ihnen hilfreich zur Seite steht. Aufhauser meint hierzu, dass *„Migration für Frauen einerseits die Chance birgt, sich aus patriarchalen Fesseln zu befreien. Auf der anderen Seite bedeutet Migration im Regelfall auch, sich einem erhöhten „Verletzungsrisiko“ auszusetzen, da soziale und kulturelle Schutzmechanismen verloren gehen (Aufhauser 2000:109).*

Ich denke, sie sind in dieser Situation einer erhöhten Stress-Situation ausgesetzt und fühlen sich oft in keiner der Kulturen mehr beheimatet. Diese „Entwurzelung“ spielt in der ersten Generation eine große Rolle, was sich in den nächsten Generationen bald relativiert. Sobald die sprachliche Barriere überwunden ist, lernt man auch neue Menschen kennen, die einem oft hilfreich zur Seite stehen. Wenn dann langsam wieder Gewohnheit und Alltag ins Leben kommt, bilden sich neue soziale Netzwerke und dabei spielen auch communities eine tragende Rolle, in denen sich MigrantInnen mit Menschen, die Ähnliches erlebt haben austauschen können und die Freizeit miteinander verbringen können, um die Kultur des Herkunftslandes nicht ganz zu verdrängen.

Bis es jedoch dazu kommt, gehen MigrantInnen nach Fischer durch drei Phasen, in denen sie sehr labil und anfällig für psychische und physische Krankheiten sind. Durch die Trennung entsteht eine Regression ins Infantile, in Angst, Abhängigkeit und Dressur. Mit Beginn der Integration und der teilweisen Übernahme der neuen kulturellen Muster kommt es innerlich zu einem Konflikt. Einerseits will man die eigene Identität als Schutzmechanismus beibehalten, andererseits soll man aber Anpassungsprozesse eingehen. Dabei kommt es oft zu Selbstwert und Persönlichkeitsverlusten. In der dritten Phase kommt es schließlich zur Synthese mit beiden Kulturen, was als Preis die Distanz zu beiden Kulturen nach sich zieht, und somit zur Vereinsamung führt, die sich oft nach Jahrzehnten noch als Depression bemerkbar macht (vgl. Fischer 1994: 78f).

Wenn sich MigrantInnen mit diesen Symptomen überhaupt an ÄrztInnen wenden, erlebt nicht nur die um Rat suchende Person diesen „Kulturschock“, denn dieser ist, wie Fischer meint, *„bei der Konfrontation mit „Fremden“, wechselseitig.*

Der entwurzelte, oft bereits vielfach Gedeemütigte, aller vertrauten Bezüge beraubte verängstigte Patient begegnet einem Arzt, der seine Leiden in sein herkömmliches Erfassungs- und Interpretationsschema nur unzureichend einordnen kann, der keine medizinisch planmäßige Vorgehensweise Hand in Hand mit Akzeptanz und Verständnis des Patienten entwickeln kann (Fischer 1994: 84). So wird der Patient dann oft „weitergereicht“ durch alle möglichen Fachgruppen und Instanzen, was wiederum Angst auslöst (ebd. 84).

Bisher liegen aber noch keine Studien und Forschungsarbeiten zur MigrantInnengesundheit chinesischer oder südostasiatischer MigrantInnen vor (vgl. Binder-Fritz 2011: 130). Mittels dieses FWF-Projekts werden neue Kenntnisse im Migrationskontext des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens von MigrantInnen aus China und Südostasien generiert.

Mögliche Auswege aus diesem Teufelskreis werden im folgenden Kapitel behandelt.

2.7. Kultursensibilität

Vorhoff meint, dass EthnologInnen sich *„in der Regel für Fremdverstehen, Kultursensibilität sowie für das Erkennen der Relativität der eigenen kulturellen und sozialen Bezüge qualifizieren. Sie sollten durch das Studium anderer Kulturen und der Feldarbeit eine gute Beobachtungsgabe haben, mit der sie über eine wichtige Kompetenz für die Mediation, die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Menschen, Positionen und Interessen verfügen* (Vorhoff 2007: 257).

Sie sieht weiters die Arbeit der EthnologInnen in drei Arbeitsbereichen – in der Bildungsarbeit, in Wohlfahrtsverbänden und in der Sozialen Arbeit (ebd.).

Für uns ist die Bildungsarbeit relevant, da wir in diesem Bereich tätig sein können und das Verständnis einer anderen Kultur näher bringen können. Mit der Veröffentlichung von Forschungsarbeiten für Fort- und Weiterbildungen werden Möglichkeiten genutzt, Menschen in Gesundheits- und Pflegeberufen für die Bedürfnisse von MigrantInnen zu sensibilisieren. *„Für diese Fortbildungen werden besondere inhaltliche und methodische Konzepte benötigt. Heute soll oftmals über die Fortbildung von MultiplikatorInnen und deren persönlicher Qualifizierung hinaus einer ganzen Behörde oder gar der ganzen Gesellschaft zu interkultureller Selbstverständlichkeit verholfen werden – ein nicht zu erreichendes Ziel“* (Tuschinsky 2007: 265).

Uzarewicz meint dazu, dass die Ethnologie die Ressource besitzt, da sie sich explizit mit dem „Fremden“ befasst, eine originäre fachspezifische Perspektive zu haben, die für die Gewinnung neuer Erkenntnisse im Gesundheits- und Pflegebereich von großem Wert ist (Uzarewicz 2007: 293).

Da in unserer Gesellschaft Menschen verschiedenster Herkunft, mit verschiedensten sozialen und kulturellen Hintergründen zusammen leben, braucht es spezifisches Fachwissen, um die Gesellschaft dafür sensibler zu machen. Jedoch darf das Bestreben um Transkulturalität nicht nur vom Wissen um Fremdes oder Anderes geleitet sein, sondern es sollen die Individuen als soziokulturelle und historische Knotenpunkte untersucht werden. Hierfür ist die Reflexion der eigenen, der biomedizinischen und der pflegerischen Wissens- und Sinnordnungen, sowie das Erschließen der subjektiven Wissens- und Sinnordnungen der KlientInnen Voraussetzung (Uzarewicz 2007: 298). *Nach Binder- Fritz nehmen transkulturell kompetente Fachpersonen MigrantInnen als individuelle Personen mit ihren Umfeldern und nicht als sogenannte „fremde Kulturen“ wahr. Das „Kulturalisieren“ von MigrantInnen beruht auf der Annahme eines starren Kultur- Konzepts, welches in einer globalisierten Welt mit hoher Mobilität keine Gültigkeit hat, und zudem besteht Diversität auch innerhalb von ethnischen Gruppen* (Binder-Fritz 2011: 138).

Transkulturelle Kompetenz versucht Ähnlichkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten, um Ausgangspunkte für eine gemeinsame Handlungsstrategie zu entwickeln.

So wird ersichtlich, dass nicht die Kultur der MigrantInnen ausschlaggebend ist, sondern dass auf den Menschen selbst, in seinem Denken und Handeln, eingegangen wird. Ihm soll das gesamte Augenmerk geschenkt werden. Kategorisierungen müssen unbedingt vermieden werden. Jedoch kann man diese nicht ganz ausschalten, wie Uzarewicz meint. Man sollte sich

nur hüten vor falschen oder zu abstrakten Kategorisierungen, und diese sehr sparsam verwenden (Uzarewicz 2003:32).

Im Beitrag von Binder- Fritz wird erwähnt, wie Unterrichtsmethoden zur Stärkung der transkulturellen Kompetenz aussehen können. „ *Diese umfassen Vorträge, Fokusgruppen-Diskussionen, themenzentrierte Kleingruppenarbeit und Rollenspiele*“ (Binder- Fritz 2003: 118). Diese Rollenspiele sind von großer Bedeutung, da so die Situationen, die man selbst erlebt hat, greifbar gemacht werden, und man dadurch die Problematik besser erkennt, um es das nächste Mal zu verbessern. Lösungsvorschläge können so gemeinsam gesucht und gefunden werden.

Es kann also gesagt werden, wie es Uzarewicz formuliert, dass die transkulturelle Kompetenz als erweiterte soziale Kompetenz, als Teil des professionellen Handelns gesehen wird (Uzarewicz 2003: 32).

Nicht die Kultur ist wichtig, sondern der Mensch als solcher. Die Ethnomedizin, Medical Anthropology oder Medizinanthropologie, die ich noch näher erläutern werde, beschäftigt sich ausführlich mit transkultureller Kompetenz.

3. Medical Anthropology, Medizinanthropologie, Ethnomedizin

Der Fokus meiner Arbeit und der Arbeiten des gesamten Projektes liegt auf der Frauengesundheit chinesischer und südostasiatischer MigrantInnen. Dazu ist es zwingend notwendig, einen kurzen Überblick über die Medical Anthropology zu geben. Auf Grund der Datenfülle muss ich mich aber auf das Wichtigste beschränken, sonst würde diese Thematik den Rahmen sprengen.

3.1. Begriffserklärung

Medical Anthropology versteht sich als ein interdisziplinäres Wissenschaftsgebiet und liegt zwischen der Kultur- und Sozialanthropologie und der Biomedizin, der sie aber näher steht, da sie den Körper als zentrales Thema hat (vgl. Hadolt 2004: 12).

Sind die Ethnomedizin und die Medizinanthropologie nun dasselbe?

Thomas Lux beschreibt Ethnomedizin als zwischen Medizin und Ethnologie, das man am Wortstamm schon erkennt. Ethnos ist der griechische Ausdruck für das Volk. Dieser Terminus wurde dann mit dem Wort Medizin verbunden. In den Anfängen der Ethnomedizin meinte man damit die Unterschiede zwischen „fremder“ und „eigener“ Medizin. Das hat zum Glück schon längst an Gültigkeit verloren, denn es wurde oft die „eigene“ Medizin als die einzig Wahre dargestellt, von der aus alles andere untersucht wurde (vgl. Lux 2003a: 10).

Heute beschäftigt sich die Ethnomedizin mit alternativen Heilmethoden und Medizinsystemen. Die Daten dazu werden in ethnographischen Feldforschungen in verschiedenen Gesellschaften erfasst und dann miteinander verglichen (vgl. Janzen 2002: 3).

Zentraler Erklärungsansatz der Ethnologie ist demnach die Kulturtheorie, was meint, dass die kulturellen Perspektiven die Phänomene von Gesundheit und Krankheit in anderen Gesellschaften, sowie in unserer eigenen Gesellschaft beleuchten. Hier kommen die soziologischen, die politischen, philosophischen und ökologischen Betrachtungsweisen zum Tragen (vgl. Lux 2003a: 11).

Nach Knipper und Wolf sagt die Medizinethnologie Ähnliches aus: *„dass sie ein zentrales „Untersuchungsobjekt“ fokussiert: den menschlichen Umgang mit „Leiden“ und „Krankheit“ in seinen vielfältigen kulturellen, sozialen und nicht zuletzt auch politischen Dimensionen“* (Knipper/ Wolf 2004: 61).

Thomas Ots meint dazu, dass es ohne die Kenntnis der Vorstellungen der „PatientInnen“ der Sozial- und Kulturgeschichte des Landes, der Schichtzugehörigkeit und der Familienverhältnisse nicht gelingen wird, eine patientenzentrierte Heilkunde der

krankheitszentrierten Medizin entgegenzustellen, in der der Mensch das „Subjekt“ ist (vgl. Ots 1999:113). Die Medizinethnologie beschäftigt sich demnach mit dem Umgang mit Leiden und Krankheit und setzt sich weiters auseinander mit den Wissensbeständen und Institutionen der Biomedizin. Die Methoden der Erforschung müssen auf diese Anforderungen adäquat reagieren (ebd. 63).

Als Methoden kommen in erster Linie die qualitativen Forschungsmethoden wie die Beobachtung und die Befragung in Fall. Das ist auch in der Kultur- und Sozialanthropologie so üblich.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die eigene Betroffenheit. Während der Forschung wäre es ideal, angeleitet durch kompetente KollegInnen methodologische Reflexion zu betreiben, um die Qualität des Forschungsmaterials dadurch zu verbessern (vgl. Knipper/Wolf 2004: 64).

Wie wir nun sehen, sind die Begriffe Medical Anthropology, Ethnomedizin, und Medizinanthropologie schwer voneinander zu trennen. Im angloamerikanischen Sprachgebrauch jedoch wird nur von Medical Anthropology gesprochen, was ich der Einfachheit halber ebenfalls machen werde.

3.2. Das Gesundheitssystem als kulturelles System

Um eine Krankheit heilen zu können, gibt es spezifische kulturelle Medizinsysteme. *„Ein kulturelles Medizinsystem ist effizient, wenn der kulturelle Alltag vom Phänomen Erkrankung möglichst unbeeinträchtigt abläuft, in emotionaler, sozialer wie ökonomischer Hinsicht, auf der Ebene des Individuums, der des Sozialwesens (Familie, Gruppe, Gemeinwesen) und der Ebene der ganzen kulturellen Gemeinschaft. Das kulturelle Medizinsystem enthält die Verhaltensnormen für den Erkrankungsfall (Sich 1995: 19).*

Dazu hat Arthur Kleinman das „Health care system“ dargestellt, in welchem die verschiedenen Traditionen und Formen von Heilkunde als kulturelle Systeme betrachtet werden müssen (vgl. Kleinman zitiert in Ots 1999: 113).

Das health care system beinhaltet die Vorstellungen und Gründe einer Krankheit, die Deutung der Symptome, die Entscheidung für den richtigen Heilweg, die Bedeutung von Krankheit, die Rolle des Kranken selbst und die verschiedenen Heilbereiche mit ihren Institutionen, und deren Bezug zueinander. In diesem System sind die HauptakteurInnen nicht nur die PatientInnen und ihre HeilerInnen selbst, sondern auch die Menschen des sozialen Umfeldes

(Familie, Freunde), die großen Einfluss auf den Heilweg ausüben (vgl. Kleinman zitiert in Ots 1999: 113).

Eine Krankheit kann also nur erkannt und geheilt werden, wenn die gesamte Lebenswelt mit einbezogen, verstanden und akzeptiert wird.

Die Biomedizin allein schafft es nicht, Heilung herzustellen, sie betreibt lediglich „Reparaturtätigkeit“. PatientInnen und ÄrztInnen müssen gemeinsam die Lebenswelt erschließen (vgl. Lux 1994: 149). Der Begriff Lebenswelt umfasst die geschichtlichen, sozialen und individuellen Situationen. Verschiedene Lebenswelten bedeuten auch große Verschiedenheiten der Erfahrungs- Deutungs- und Orientierungsmuster (vgl. Lux 1994:152). In jedem Fall muss man die gesamte Lebenswelt erfassen und analysieren, um hilfreich sein zu können. Lebenswelten in verschiedenen Kulturen führen auf Grund unterschiedlicher Perspektiven in Wahrnehmung und Erleben, Einschätzung und therapeutischer Orientierung nicht nur zu unterschiedlichem „Kranksein“, sondern auch zu unterschiedlichen Krankheiten (ebd. 154).

In seinem Buch „Patients and Healers in the Context of Culture“ erklärt Arthur Kleinman das Gesundheitssystem als kulturelles System, das sich aus drei überlappenden Teilen bildet (vgl. Kleinman 1980). Diese Teile sind:

- **Der professionelle Sektor:**

Hier wird oft die Biomedizin gemeint, also unsere klassische „Schulmedizin“. In dieser wurden früher anerkannte Heilmethoden später illegalisiert oder einfach weggedrängt, da sie zu große Konkurrenz gewesen wären. In diesem Sektor wird viel über die Machtverhältnisse strukturiert.

In letzter Zeit wird dieser professionelle Sektor des Systems nicht mehr unhinterfragt angenommen. Es werden zusehends alternative Methoden gesucht und ausprobiert, wobei der Fokus auf die Ganzheitlichkeit zielt (vgl. Kleinman 1980: 53f.).

Leider arbeiten hierzu noch immer ÄrztInnen und Gesundheitspersonal dagegen, die alternative Methoden als nicht wissenschaftlich auslegen. Stattdessen wird in der Medizin die Technik hervorgehoben – die Medikalisierung des Lebens, wie Illich es ausdrückt (vgl. Illich 1995: 31ff).

- **Der Sektor der Volksheilkunst:**

Dieser Bereich wird als der „mehr oder weniger institutionalisierte, bzw. legalisierte Bereich der alternativen Medizinszene angesehen“ (Ots 1999: 118).

Der Sektor der Volksheilkunst wurde lange als das Gegenteil der modernen, „professionellen“ Medizin angesehen. Man dachte bei Volksheilkunst meist an Schamanismus oder rituelle Praktiken, die mit übernatürlichen Mächten behaftet waren.

Heute sieht das schon anders aus, da auch SchamanInnen und HeilpraktikerInnen eine lange Ausbildung brauchen, um überhaupt darin arbeiten zu dürfen. Anerkennung und Wertschätzung haben heute auch einen höheren Stellenwert, denn HeilpraktikerInnen sowie SchamanInnen werden oft von selbst aufgesucht und kontaktiert.

Diese haben den Vorteil, dass sie bei ihren PatientInnen in die soziale Umwelt integriert sind und so eine bessere Interaktion zwischen „Heiler“ und „Patient“ entsteht. Man fühlt sich besser verstanden, bei jemandem, von dem man sich Hilfe erwartet, der um das eigene soziale Leben Bescheid weiß, als bei einem/r ÄrztIn, die Daten und Fakten der Krankheit aufschreibt und dann Arzneimittel verschreibt.

Heute ist die Medizin so weit, dass diese traditionellen Heilsysteme neben unserer „Schulmedizin“ anerkannt sind. So wird auch die medizinische Versorgung von MigrantInnen gewährleistet.

- **Der Laiensektor:**

Dieser Sektor bezieht sich auf die Eigenmedikation durch den Kranken selbst (Ots 1999: 118). Dieser Bereich ist der Größte. Diese Selbstmedikation ist am häufigsten verbreitet.

Kleinman nennt die Stufen der Erkrankung, wonach zuerst die Krankheitssymptome erkannt werden. Diese Symptome werden mit der Familie oder FreundInnen bewertet. Daraufhin wird entschieden, was zur Anwendung kommen soll, entweder Selbstbehandlung, zu Rate ziehen von weiteren FreundInnen oder den ÄrztInnen-Besuch. Hier gibt es wieder verschiedene Möglichkeiten, wie die Schulmedizin oder Mediziner aus der oben genannten Volksmedizin (vgl. Kleinman 1980: 51).

Die Grenzen dieser Sektoren sind natürlich nicht starr, sondern verlaufen fließend und auch transkulturell unterschiedlich, was man am Beispiel der Akupunktur deutlich erkennen kann.

In den USA zählt die Akupunktur nicht zur ärztlichen Kunst, was in Österreich ganz anders gesehen wird. Hier gibt es ein Ausbildungsvorbehaltgesetz, das besagt, dass nur ÄrztInnen Akupunktur ausüben dürfen. Außerdem gibt es in Österreich ein Diplom für diese Art der Heilung (vgl. Ots 1999: 118).

An Hand dieses Beispiels zeigt sich sehr deutlich, wie unklar diese Grenzen sind. Zählt die Akupunktur nun zum professionellen Sektor oder doch zur Volksheilkunst?

Die Differenzierung von „Krankheit“ und „Kranksein“ wurde von Viktor von Weizsäcker begründet, wurde aber erst durch die Begriffe Disease und Illness von Kleinman populär (vgl. Ots 1999: 123). *„Unter Krankheit versteht die medizinische Wissenschaft den als objektiv erkennbar geglaubten Prozess der Erkrankung, da sie in ihr ein Faktum sieht. Kranksein dagegen beschreibt das subjektive Erleben des betroffenen Individuums hierauf (Ots 1999: 123).*

Ots beschreibt weiters, dass es keine Krankheit ohne ihren Träger gibt, aber trotzdem von den ÄrztInnen nur die Krankheit behandelt wird, weil diese messbar ist. Den PatientInnen wird nicht so recht vertraut, da die eigenen Angaben nur subjektiv sind im Gegensatz zur Krankheit, die ja objektiv gesehen werden kann (ebd.).

Beim Kranksein „fühlt“ sich der Betroffene krank, was mit Beachtung und Aufmerksamkeit seiner Umwelt (Familie, Freunde...) einhergeht. So gesehen gibt es Kranksein immer im sozialen Kontext, da durch das Kranksein die Umwelt aktiv eingebunden wird.

Lock und Nguyen sprechen ebenso über die soziale Konstruktion des Krankseins und der Krankheit, wenn sie meinen *„many families when confronted with, for example, psychiatric illness or biological conditions that result in disability, seek out medical help with the hope of being given a neutral professional label for the condition, thus relieving either the affected individual or their family of responsibility (Lock/ Nguyen 2010: 72).*

Es ist auf jeden Fall die gesamte Umwelt eingebunden in das Kranksein bzw. die Krankheit. Leider fühlt sich der Betroffene oft missverstanden, wenn nur die Krankheit behandelt wird, und seine „subjektiven“ Zeichen nicht wahrgenommen werden. Natürlich kommt es auf die Rolle die der Kranke in seiner Gesellschaft oder Umwelt innehat an, wie damit umgegangen wird.

Ots meint, dass Krankheit in nicht so produktionsbetonten Gesellschaften einen weniger negativen Aspekt hat. In China ist ein kranker Mensch ein krankes Familienmitglied oder ein kranker Freund, währenddessen ein kranker Mensch in den westlichen Industrieländern als ein kranker Arbeitnehmer gesehen wird (vgl. Ots 1999: 127).

Es fehlt die Arbeitskraft, der Mensch trachtet danach, schnellstens wieder gesund zu werden, um in der Arbeit nicht zu fehlen, was wiederum zur Folge hat, dass viele Menschen der westlichen Industrieländer an psychischen Erkrankungen leiden, da sie maßlos überfordert sind, weil sie sich selbst in ihrer Tätigkeit nur als ArbeitnehmerInnen sehen.

Die Familie ist selten am Genesungsprozess aktiv beteiligt, da ein Kranker schnellstens zum Arzt geschickt wird, um die Verantwortung jemandem anderen zu übertragen.

4. Kurzer Abriss der chinesischen Medizin

In diesem Abschnitt werde ich die Grundlagen der östlichen Heilkunde, sowie die Sicht dieser auf Schwangerschaft und Geburt erläutern und eventuelle Parallelen zum westlichen Gesundheitssystem aufzeigen. Denn *„Medizin ist nichts anderes als das Bemühen, die normalen und unnormalen Zustände des Körpers und des X in ihrer Entstehung und Entwicklung zu verstehen, um auf diese Weise das Wissen zu erlangen, welches erforderlich ist, um möglichst die normalen, also gesunden Zustände zu fördern, unnormale, also kranke Zustände zu verhüten und für den Fall, dass ein kranker Zustand erwachsen ist, diesen in seinen Auswirkungen zu mildern oder gar vollends rückgängig zu machen“* (Unschuld 2003: 17).

Die Medizin, ob es nun westliche oder andere Heilmethoden sind, will in jedem Fall dasselbe, nämlich die Wiederherstellung der Gesundheit eines Menschen. Deshalb dürfen die verschiedenen Gesundheitssysteme nicht als Konkurrenz gesehen werden.

4.1. Die Anfänge der chinesischen Medizin

Hippokrates, Paracelsus... kennt ein jeder. Man hört die Namen und ordnet sie in die Geschichte der Medizin ein. Wie sieht es aber mit Bian Que, Sun Simiao, Li Shizhen oder Xu Dachun aus? Wohl kaum jemand wird mit diesen Namen etwas anfangen können. Jedoch sind diese Namen verbunden mit der Geschichte der östlichen Medizin.

Ich werde nur kurz einiges dazu erklären.

Bian Que war im 1. Jahrtausend vor Christi einer der frühesten Heilkundigen Chinas als Wanderarzt unterwegs. Er gab sich, je nach vorherrschender Krankheit als Spezialist in dieser Fachrichtung aus. In diesen Überlieferungen erfahren wir, dass es auch damals schon spezialisierte Fachrichtungen gab. Auch kommt die erste Erwähnung eines Erfolges durch einen Nadelstich in dieser Zeit durch Bian Que: ein anderer Arzt hatte einen Menschen für tot erklärt, was Bian Que aber gleich sah, dass dieser nur bewusstlos war. Durch einen Nadelstich in den oberen Nackenbereich „erweckte“ er ihn wieder zum Leben. Das musste Bian Que dafür mit dem Leben bezahlen, da er vom neidischen Hofarzt umgebracht wurde. Ältere Funde einer Nadeltherapie wurden nicht gefunden. In China ist der Name Bian Que das Synonym des Arztes in der frühen Antike (vgl. Unschuld 2005: 13f.).

Sun Simiao (581 – 682?) ist wahrscheinlich die bedeutendste und eindrucksvollste Arztfigur der gesamten chinesischen Medizingeschichte. Er verfasste die älteste bekannte ärztliche Pflichtenlehre, die dem „Eid des Hippokrates“ sehr ähnlich ist. Er war auch beim Kaiser ein gefragter Arzt und schrieb viele Werke, wovon seine Rezeptbücher auch heute noch! nachgedruckt werden. Er propagierte in der Pflichtenlehre die ärztliche Ethik und die ärztliche Etikette. Die Funktion der Ethik ist von großer Bedeutung, da dadurch Vertrauen zu den Ärzten aufgebaut werden kann. Er legte die Arbeit des Arztes offen, damit die Menschen sehen konnten, dass der Arzt sein Wissen nur zum Wohle der Menschen einsetzt. Damals hegte man oft Misstrauen gegen die Ärzte (vgl. Unschuld 2005: 15f.).

Li Shizhen (1518 -1593) war der bedeutendste Arzt und Autor einer pharmazeutisch-naturkundlichen Enzyklopädie. Durch seine jahrelangen Reisen und vielen Gespräche mit Wissenden konnte er die gesamte Arzneikunde in einem Werk zusammentragen. Leider wurde es erst nach seinem Tod, von seinem Sohn vollendet, gedruckt. Das so genannte *Ben cao gang mu* ist ein gewaltiges Schriftwerk der Arzneikunde von welthistorischer Dimension.

Der „Schatz“ von Mawangdui

Der Ort Mawangdui befindet sich in der chinesischen Provinz Hunan. Dort wurden vor ca. 30 Jahren in einem Grab einer adeligen Familie 14 heilkundliche Texte als Grabbeigaben gefunden. Man nimmt an, dass diese Texte aus dem späten 3. bis frühen 2. Jahrhundert v.Chr. stammen. Es wurden weitere Gräber mit heilkundlichen Texten und anderen literarischen Texten als Grabbeigaben gefunden, was zur Annahme schließen lässt, dass es schon weitläufigen Austausch von Büchern und Schriften gab (vgl. Unschuld 2003: 58f.).

Wir können hier sehen, dass die chinesische Medizin also schon sehr lange existiert, jedoch nicht immer akzeptiert war. Doch im Jahr 1955 begann die Ära des Erhalts und der aktiven Förderung der traditionellen Medizin, wo entschieden wurde, dass mehr Ärzte in traditioneller Medizin ausgebildet werden sollen (vgl. Ots. 1999: 24f.).

Gleichstellung westlicher und traditioneller Medizin

Traditionelle Medizin war lange Zeit nur ambulant und individuell ausgeübt worden. Kliniken in größerem Umfang gab es erst durch die Einführung der westlichen Medizin (vgl. Ots 1999: 25). Es wurden 1955 vier Maßnahmen ergriffen, die die Gleichstellung der traditionellen mit der westlichen Medizin garantieren sollten: Als erstes wurden westliche ÄrztInnen

verpflichtet, sich das Wissen der traditionellen Medizin anzueignen. Als weiteres mussten die westlichen medizinischen Hochschulen Kurse in traditioneller Medizin in die Lehrpläne aufnehmen. Außerdem musste man traditionelle ÄrztInnen in westliche Krankenhäuser einbeziehen. Und als letzter Punkt wurden die traditionellen ÄrztInnen in den chinesischen Ärzteverband aufgenommen (ebd.).

Doch die Realität zeigt sich anders. Die traditionelle Medizin wurde zwar immer gefördert, doch der Ausbau lag doch im Bereich der westlichen Medizin.

Erst in den 80er Jahren gab es eine neue Gesundheitspolitik, die besagt, dass die traditionelle Medizin, die westliche Medizin sowie die Vereinigung der beiden Systeme weiterentwickelt werden müssen, um nebeneinander bestehen zu können (vgl. Ots 1999: 28).

Vereinigung gab es aber bis heute nur selten, da dies nicht funktioniert. Seit den 1980ern ist auch die traditionelle Medizin im Sinken begriffen, da die „Hauptmedizin“ in China die westliche Medizin darstellt. *„Dies kommt darin zum Ausdruck, dass Kliniken der westlichen Medizin einfach als Kliniken bezeichnet werden und keinen Zusatz für „westlich“ tragen, während die Kliniken für chinesische Medizin durch den Zusatz „zhong“ als Kliniken einer speziellen medizinischen Methode gekennzeichnet sind“* (Ots 1999:35).

Um einen kleinen Einblick in die traditionelle Medizin zu bekommen, werde ich kurz einige wichtige Aspekte dieses Medizinsystems erklären.

4.2. Wichtige Konzepte der chinesischen Medizin

Das Konzept von Yin- Yang

Yin- Yang hatte früher eine ganz andere Bedeutung. Yin war symbolisch für die Schattenseite, während Yang die Sonnenseite symbolisierte. Später wurden diese Begriffe als abstrakte Begriffe verschiedenster Polaritäten verwendet (Ebbe – Flut, Tag – Nacht...). Aus diesem Gegensatz von Yang, das bedeutet aktiv und Yin bedeutet passiv, entwickelte sich die heute wichtige Polarität von Yang bedeutet funktionell – dynamisch und Yin das meint materiell – erhaltend (vgl. Ots 1999: 45).

In dieser Entstehungsgeschichte des Yin und Yang finden wir auch westliche Grundlagen, und zwar den Welle- Teilchen- Dualismus der Physik. Dieser Dualismus bedeutet eine andere Umschreibung des Yin und Yang: das Wasser (Yin) verdunstet durch die Sonne (Yang) und wird gasförmig, bis es sich in den Wolken verdichtet, um wieder als Regen (Yin) zu materialisieren (vgl. Römer/ Seybold 2003: 3).

Im „Gelben Kaiser“, dem Grundlagenwerk der chinesischen Medizin ist zu lesen, dass das Äußere des Körpers, sowie der Rücken und die obere Hälfte dem Yang zugeordnet werden, während das Innere, die Vorderseite des Körpers und die untere Hälfte dem Yin angehören (vgl. Maoshing Ni 1995:33).

Yin und Yang gehören zusammen und bedingen sich gegenseitig. Es muss daher immer ein Ausgleich dieser beiden gewährleistet sein, um den Körper gesund zu erhalten. Überwiegt ein Teil, muss er durch den Ausgleich des anderen Teiles wieder ins Lot gebracht werden, um die Gesundheit wieder herzustellen. Ist das Yin und Yang – Verhältnis einmal aus dem Lot geraten, gibt es im Gelben Kaiser die Antworten darauf, dieses Verhältnis wieder ins Gleichgewicht zu bringen, um die Gesundheit zu bewahren. *„Normalerweise haben die Menschen im Alter von vierzig Jahren die Hälfte ihres Yin- Qi bereits aufgebraucht, und ihre Vitalität ist geschwächt. Mit fünfzig ist der Körper schwer, Sehschärfe und Gehör lassen nach. Mit sechzig hat das Yin weiter abgenommen.... Wer das Dao versteht, dessen Körper bleibt kräftig und gesund. Wer das Dao nicht versteht, dessen Körper kann dem Alterungsprozess nicht entkommen. Wer sorglos ist, wird oft einen Mangel fühlen, während ein Wissender über reichlich Energie verfügt... Jene Menschen, die die Prinzipien einer ganzheitlichen Lebensführung verstehen...zwingen sich selbst und anderen nichts auf, sind glücklich und zufrieden, ruhig und still und können sehr lange leben (Maoshing Ni 1995:44).*

So wichtig in der chinesischen Medizin das Yin – Yang – System ist, genau so bedeutend ist die:

Lehre von den fünf Wandlungsphasen

Dieses System wird in der westlichen Literatur oft mit der Theorie der fünf Elemente verglichen. Die fünf Wandlungsphasen sind: Holz (mu), Feuer (huo), Erde (tu), Metall (jin), und Wasser (shui). Es werden diese fünf Phasen im Mikro und Makrokosmos verschiedenen Jahreszeiten, Himmelsrichtungen, Witterungseinflüssen, Farben, Geschmäcker, yin und yang- Organen, Emotionen, Körperöffnungen und Körperstrukturen zugeordnet (vgl. Ots 1999: 48f.). Diesen ewigen Kreislauf Wasser löscht Feuer, Feuer schmilzt Metall, Metall schneidet Holz, Holz durchlöchert die Erde, Erde dämmt das Wasser...gilt es, in Stand zu halten (vgl. Unschuld 2005: 50).

Die chinesische Medizin kennt drei zyklische Vernetzungen dieser Phasen, die unterschiedliche therapeutische Bedeutung haben. Der Entstehungszyklus der Überwindungszyklus und die Überwältigung (vgl. Ots 1999: 45). Auf diese gehe ich aber nicht genauer ein, da es nicht so relevant für die vorgestellte Arbeit ist, und dessen Rahmen sprengen würde.

Das Konzept des qi

Das Konzept beschreibt „sehr komplexe und verschiedenartige Vorgänge menschlichen Lebens, ja Leben insgesamt. Es ist ein ganzheitliches Konzept, das duale Denkmuster von Psyche und Soma transzendiert“ (Ots 1999: 57).

Dieses Qi erfüllt die gesamte Welt, menschliches wie auch tierisches Dasein. In der Entwicklungsgeschichte lässt sich der Begriff des Qi nicht mehr zurückverfolgen.

Es ist aber sicher, dass dieses Konzept im Laufe der Jahre immer weiter entwickelt wurde.

Die heutigen vier wichtigsten Formen von qi in der traditionellen chinesischen Medizin sind:

Yuanqi = das Ursprungs- qi

Zongqi = das Atmungs- qi

Yinqi = das Nahrungs –qi

Weiqi = das Abwehr- qi (vgl. Ots 1999: 58).

Dieses Qi ist einer der zwei Stoffe, der durch das Bewässerungssystem des Menschen fließt. Ein Stoff ist das Blut, das man bei Nasenbluten oder der Menstruation sehen kann, und der zweite Stoff ist eben dieses Qi, das auch als „Speisedämpfe“ übersetzt wird. Es bezeichnet die Luft, die durch Nase, Mund und andere Körperöffnungen ein- und ausfließt und im Körper eigene Kanäle besitzt (vgl. Unschuld 2005: 52).

Außerdem zählt das Qi zu den „drei Schätzen“: ein Schatz ist das „Shen“ (Geist), dessen Sitz im Herzen liegt. Shen kann man gleichsetzen mit unserem „Geist“ (vgl. Römer/ Seybold 2003: 6).

Der dritte „Schatz“ ist die Essenz (Jing), was mit dem Bild unserer „Lebenskerze“ assoziiert werden kann. Jing wird als die Basis des Qi genannt.

Für Qi gibt es kein Wort in der deutschen Übersetzung, es zeigt sich in allem Lebendigem (vgl. Römer/ Seybold 2003: 6).

Natürlich ist auch dieses Konzept in seiner Form noch um einiges erweitert, was aber hier nicht näher erläutert wird.

Konfuzianismus oder Daoismus?

Die chinesische Medizin entstand aus zwei verschiedenen Richtungen. Einerseits war das der Konfuzianismus, der die Harmonie durch gesellschaftliche Maßnahmen zu erreichen suchte. Ziel war es, den gesellschaftlichen Verkehr der Menschen untereinander - durch „richtiges zwischenmenschliches Verhalten“, „Pflichtbewusstsein“, „kindliche Folgsamkeit“ und „Zuverlässigkeit“ – in geordnete, stark hierarchisch gegliederte Bahnen zu lenken (vgl. Ots 1999: 43).

Im Gegensatz dazu stand der Daoismus, der sich gegen alles Lenkende wehrte. Die angestrebte Harmonie sollte hier durch ein ausgeglichenes Verhältnis der Beziehung Mensch (Mikrokosmos) und Natur (Makrokosmos) zu Stande kommen. Als Keim für die Unzufriedenheit auf der Welt nannten sie alles zielgerichtete Denken und Handeln. Stattdessen plädierten sie für nicht zielgerichtetes, eigenmächtiges Vorgehen (vgl. Ots 1999: 43, Unschuld 2005: 53).

Die frühen Daoisten konnten deshalb auch mit den Naturgesetzen von Yin und Yang und den Gesetzen der fünf Phasen nicht viel anfangen, da sie den Körper nicht in Hierarchie seiner Organe gliedern konnten. Sie lehnten auch die Theorien über die den natürlichen Geschehnissen zu Grunde liegenden Gesetze strikt ab. Das sahen sie als Entfremdung der Natur (vgl. Unschuld 2005: 53).

Ots meint, dass die traditionellen medizinischen Vorstellungen beide Richtungen nachhaltig beeinflusst haben – die konfuzianischen Vorstellungen bildeten immer mehr den konzeptuellen theoretischen Rahmen für die gliedernde Systematik der Medizin, während der Daoismus die *„Grundlage für die weitschweifige und in der Welt wohl einmalige empirische Naturbeobachtung der Chinesen werden sollte. Aus dieser leitet sich die Fülle der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der vielfältigen chinesischen heilkundlichen Systeme her“* (Ots 1999: 44).

Die Denkvorstellungen waren nun die, dass eine harmonische, gesunde Gesellschaft nur durch einen normgerechten, moralischen, die Mitte einhaltenden Lebensstil, der frei von allen Ausschweifungen ist, entstehen kann.

Dieses Konzept kann dann natürlich von der Gesellschaft auf das einzelne Individuum umgemünzt werden, was auch die Kernaussage der Harmonie in der traditionellen Medizin ist (vgl. Ots 1999: 44).

Gesundheit durch Nahrung

Schon in prähistorischer Zeit hat sich die Wirkung und therapeutische Fähigkeit mancher Pflanzen erkennen lassen, als die Menschen sahen, welche Wirkung der Verzehr der Pflanze auslöste. Heute sind zwei Traditionslinien in der Gesundung durch Nahrungsmittel wichtig. Dies sind einerseits die Lebensmittel, die der Ernährung dienen, und andererseits die Arzneimittel, die der Therapie von Kranksein dienen. Es gibt aber noch eine Gruppe, die der Lebensmittel, die der Vorbeugung von Krankheit oder der Therapie von Kranksein dienen. Unschuld meint weiter, dass sich folgende Ansätze in China seit der Antike bis heute gehalten haben: *„Gesundes Speisen ist der Verzehr von Lebensmitteln, die sich auf Grund von Eigenschaften, die man in ihnen zu erkennen glaubt, zur Wahrung von Gesundheit eignen*

sollen. Speisen zur Gesundung sind Lebensmittel, denen man im akuten Fall des Krankseins die Fähigkeit zuspricht, die Heilung zu erleichtern oder gar selbst herbeizuführen“ (Unschuld 2005: 44).

Die verschiedenen Lebensmittel sind in eigene Kategorien gefasst. Die wichtigste ist wohl die „Heiß – Kalt- Dichotomie“, wo die Speisen in heiße und kalte Speisen unterteilt werden. Auch sind die Lebensmittel den bestimmten Organen im Körper zugeordnet (vgl. Ots 1999: 209 und Unschuld 2005: 45). Ots sagt weiters, dass die Lebensmittel oft der magischen Sympathie entstammen, was besagt, „Gleiches hilft Gleichem“, so etwa die Walnuss, die dem Gehirn ähnelt, unterstützt die intellektuelle Funktion dessen.

Für vorliegende Arbeit ist die Nahrungsaufnahme in der Schwangerschaft von Bedeutung, worüber Ots ebenfalls spricht, da dieser *außerordentlich schwächenden Lebensperiode besondere diätetische Aufmerksamkeit geschenkt werden muss* (Ots 1999: 209).

Es gibt eine Reihe von Vorschriften, die eine Schwangere einhalten soll: man soll zum Beispiel viele Sehnen essen, damit sich die alte Fuß- und Beinfestigkeit wieder einstellt, die mit dem vermehrt tragenden Gewicht nachlässt. Es gibt auch eine Menge Tabus, Speisen die eine Schwangere auf keinen Fall essen soll, wie zum Beispiel keinen Tintenfisch, da das Kind vielleicht mit Missbildungen an den Extremitäten zur Welt kommen kann. Solche und ähnliche diätetische Verhaltensweisen werden auch heute noch eingehalten.

Diagnosemethoden der chinesischen Medizin

In der traditionellen chinesischen Medizin gibt es vier Verfahren zum Erkennen des Zustandes eines Menschen.

1. Das Betrachten (wang zhen): der Blick sollte auf den gesamten Menschen fokussiert sein, wird aber oft auf die Beschaffenheit der Zunge reduziert. Für diese Art der Diagnose benötigt der Arzt keinerlei Instrumente. Ein chinesischer Arzt erkennt an Hand von Leberflecken, Hautunreinheiten..., welchen Verlauf eine Krankheit nehmen wird (vgl. Unschuld 2005: 64). Bei der Zungendiagnostik wird die Form und Farbe, sowie die Beschaffenheit der Zunge untersucht, was durch den Zusammenhang bestimmter Areale der Zunge mit bestimmten Funktionskreisen, auf eine mögliche Krankheit schließen lässt (vgl. Ots 1999: 66).

Die einzelnen Organe spiegeln ihr Bild im Äußeren wider.

2. Das Hören und Riechen (wen zhen): die chinesische Medizin schließt daraus, dass sich die verschiedenen Krankheiten, verursacht durch z. B. *Hitze*, in unterschiedlichen Gerüchen äußert. Deshalb werden veränderte Körper- und Mundgerüche sehr stark

beachtet. Ebenso ist es mit den verschiedensten Sprachtönungen, die auch Aussagen über den Gesundheitszustand einer Person abgeben (vgl. Unschuld 2005: 66).

3. Das Fragen ist auch sehr wichtig, da man nur so Auskunft über die jeweilige Befindlichkeit erhält. Hier ist von Bedeutung, das richtige Zuhören, was bei westlichen MedizinerInnen oft nicht mehr der Fall ist.
4. Das Tasten: wird hauptsächlich mit der Pulsdiagnose gleichgesetzt. Unschuld schreibt darüber: *„Das übliche Schema der chinesischen Diagnosefindung folgt den vier Schritten „Schauen, Riechen/ Hören, Fragen, Tasten“, wang wen wen qie. Darin kommt durchaus eine Hierarchie der Ansätze zum Ausdruck. Der beste Arzt, so heißt es in der klassischen Literatur, sieht auf Anhieb, welche Krankheit ein Patient mit sich bringt. Der weniger gute muss die Stimme noch hören....“* (Unschuld 2005: 66f.).

Die Pulsdiagnose ist somit in letzter Instanz zu sehen. Jedoch wird das Bild des chinesischen Arztes immer als pulsführender Mensch dargestellt.

Instrumente gibt es in der traditionellen chinesischen Medizin keine. Das Hörrohr hat sich bis heute auch nicht durchgesetzt. Das einzige diagnostische Mittel ist ein Pulskissen, ein einfaches Kissen, wo der Patient sein Handgelenk so drauf legt, dass die Handinnenfläche nach oben zeigt, und der Arzt seine Fingerkuppen auf die Arterie am Handgelenk legen kann, um so besser den Puls zu erfühlen (vgl. Unschuld 2005: 68).

Im Gelben Kaiser werden noch die fünf Fehler eines Arztes, einer Ärztin beschrieben. Der erste Fehler ist schon in der Diagnose, wenn der Arzt/die Ärztin einen Faktor, der den Verlauf der Krankheit beeinflussen kann, übersieht, ist die Korrektheit der Diagnose nicht mehr gewährleistet, wie zum Beispiel die soziale Statusveränderung des Patienten. Der zweite Fehler geschieht dann bei der Behandlung selbst, wenn der Arzt die psychische Verfassung des Patienten außer Acht lässt. Man sollte immer über die Emotionen, den Lebensstil und den psychischen Zustand Bescheid wissen. Der dritte Fehler passiert dann, wenn ein Arzt aus diesen Gesprächen und seiner Diagnose keine richtigen Schlüsse ziehen kann. Der vierte Fehler ist eigentlich ebenso ein westlicher Fehler. Dieser geschieht in der Beratung, wenn sich der Arzt keine Zeit nimmt für ein Gespräch oder keine Aufrichtigkeit zeigen kann. Und schließlich der fünfte Fehler, der durch Sorglosigkeit und Kompetenzlosigkeit des Arztes zur Verschlimmerung der Krankheit führen kann (vgl. Maoshing Ni 1998: 388- 389).

Wir sehen nun, dass es sehr komplexe Dinge zu beachten gibt, um als traditioneller chinesischer Arzt/Ärztin Erfolg zu haben, und den Menschen helfen zu können.

4.3. Anwendung der TCM in der Frauenheilkunde

In diesem Kapitel werde ich mich auf die weibliche Physiologie und Anwendung der TCM in der gynäkologischen Praxis, vor allem in der Schwangerschaft und Geburt beschränken.

Der große Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Physiologie liegt in der Fähigkeit zu Gebären. Durch den ständigen Verlust des Yin durch die Regelblutung machen Blutpathologien den Großteil der gynäkologischen Indikationen aus. Deshalb beschäftigt sich die traditionelle chinesische Medizin in der Gynäkologie sehr viel mit dem Thema der Menstruation. Ich werde dieses Thema aber nur kurz erläutern:

Die erste Blutung aus der Sicht der TCM beginnt mit 2x7 Jahren (14) und endet mit 7x7 Jahren (49). Die Zeit vorher dient der Vorbereitung, die Zeit nachher zur persönlichen Reifung. Als „normaler“ Zyklus gilt ein Zeitrahmen von 26-30 Tagen, wobei die Blutung dann fünf Tage dauert. Die Gebärmutter spielt eine große Rolle und trägt im chinesischen den schönen Namen „Palast des Kindes“. Sie ist mit der Niere über die Uterusleitbahn und mit dem Herzen über das Uterusgefäß verbunden. Das zeigt sich in der Nierenschwäche oder in psychischen Störungen nach einer Gebärmutterentfernung. Für eine regelmäßige Blutung brauchen die jungen Mädchen genug „Jing“ und ausreichend Blut. Zur Blutbildung sind die Milz, die Niere, die Lunge und das Herz von Bedeutung, die Leber lässt das Blut dann gut fließen. Deshalb ist es wichtig, dass die Mädchen genügend Nahrungs-Qi zu sich nehmen, sich nicht zu viel Stress aussetzen, nicht übermäßig Alkohol konsumieren. Dieses Blut und „Nierenenergie“ braucht eine Frau, um schwanger werden zu können (Eizell- und Spermaproduktion sind eine Funktion der Nieren. Aus der Körperseele (die in der Lunge aufbewahrt wird) wird bei der Empfängnis die Körperseele des Fetus gebildet, was zeigt, dass die mütterlichen Energien einen stärkeren Einfluss als die des Vaters haben (vgl. Römer/Seybold 2003: 31- 32).

Die Schwangerschaft wird in Drittel (Trimenon) unterteilt, wovon im ersten Trimenon die Niere das Organ ist, das Kind zu halten, Frühaborte werden einer Nierenschwäche zugeschrieben. Im zweiten Trimenon hat die Milz die Aufgabe des Haltens des Kindes. Bei der Geburt wird dann der Yin- Zustand der Schwangerschaft durch die aktive (Yang) Geburt beendet. Dabei verbrauchen die Frauen sehr viel Qi und Blut (ebd.). Deshalb sind im Wochenbett alle Frauen anfälliger für das Eindringen äußerer pathogener Faktoren. Vor allem Wind und Kälte werden hier genannt. Wichtig ist deswegen, dass sich die Frauen in dieser Phase vor Wind und Kälte schützen, Überanstrengungen meiden und nicht gleich wieder im

Haushalt aktiv sind. Sie sollten nicht sofort wieder andere Kinder tragen (vgl. Römer/ Seybold 2003: 43).

Um diesen Qi- und Blutverlust wieder auszugleichen, nennt die traditionelle chinesische Medizin viel stärkende Nahrung zu sich zu nehmen, wie z. B. Hühnersuppe, Hirse, Getreide, Rote Rüben, Gemüse und bei Bedarf auch eisenhaltige Säfte, die die Regeneration ermöglichen. Essenz wird ebenfalls verbraucht, wenn eine Frau viele Kinder in kurzen Abständen bekommt. Deshalb ist es wichtig, einen Mindestabstand von zwei Jahren einzuhalten, um Blasen- und Gebärmuttervorfall, Haarausfall oder allgemeinem Kraftverlust vorzubeugen (ebd.).

Auch in der Stillzeit ist somit wichtig, Ruhe und ausgewogene Ernährung, denn zur Bildung der Muttermilch benötigt die Frau ebenfalls genug „Blut“ (vgl. Römer/ Seybold 2003: 31).

Bei der Diagnose in der Frauenheilkunde werden in der traditionellen chinesischen Medizin die allgemeinen, oben beschriebenen, Diagnosemethoden herangezogen. Der Puls ist jedoch bei der Frau schwächer zu fühlen als der eines Mannes.

Als Techniken der Behandlung kommen in Frage: die Nadeln, die auf die richtigen Meridiane gesetzt werden und so entweder „Tonisieren“, wobei die Nadel nach dem Stechen in Ruhe gelassen wird, oder „Sedieren“, hier kann die Nadel schnell vibriert werden;

Moxa, das aus Beifußkraut hergestellt wird und in Zigarrenform in geringem Abstand zum gewünschten Punkt bewegt wird. Hierbei ist von Bedeutung, dass die Haut nicht berührt wird. Aber in der Gynäkologie kommt vor allem die Moxibustion zum Tragen. Bei dieser wird ein Moxaröllchen auf den Griff einer Nadel aufgesteckt, um dann an den gewünschten Punkt gesetzt zu werden. Das Röllchen brennt ca. 3-5 Minuten, wobei die Wärme langsam in die Tiefe geleitet wird; Während der Geburt wird oft die Elektroakupunktur angewendet: bei dieser werden Nadeln gesetzt, Kabel angeklemmt und die Gebärende darf meist selbst den Strom hochdrehen. Diese Art dient der Schmerzreduzierung. Abschließend sei noch das Schröpfen genannt, bei dem eine Pinzette mit Alkoholtupfer angezündet werden, diese kurz in das Schröpfungsglas hineingehalten wird, um die Luft zu verdrängen. Das Glas wird dann schnell auf die Haut aufgesetzt, sodass ein Vakuum entsteht. Diese Technik kommt vor allem bei Rückenschmerzen zum Tragen (vgl. Römer/Seybold 2003: 68f.).

5. Kurzer Abriss der ethnologischen Frauenforschung

Dieses Kapitel beinhaltet die Anfänge der ethnologischen Frauenforschung, sowie die heutige Sichtweise der Ethnologie zu diesem Thema. Weiters werden für diese Arbeit relevante Körperkonzepte näher beleuchtet, um einen kleinen Einblick in diese Domäne zu gewähren.

Da die Schwangerschaft und Geburt einschneidende Erlebnisse im Leben einer jeden Frau darstellen, möchte ich auch auf die Übergangsriten Bezug nehmen, die Arnold van Gennep so großartig beschrieben hat.

Zum Schluss dieses Kapitels werde ich dann auf die verschiedenen Sichtweisen auf Schwangerschaft und Geburt eingehen.

5.1. Frauen in der Forschung – Frauen als „Beforschte“

Frauenforschung hat es nicht immer gegeben, doch heute weiß man, dass die „Genderstudies“ viel zur Sozialwissenschaft beitragen, ohne die sie nicht mehr denkbar wäre.

Die Frauenforschung befasst sich nicht, wie viele heute noch annehmen, mit den Unterschieden zwischen „männlich“ und „weiblich“, vielmehr setzt sie sich mit den Machtverhältnissen, aber auch mit Unterdrückung oder Diskriminierung auseinander. Durch die Geschlechterforschung können ganze Gesellschaftssysteme erforscht werden.

In der feministischen Anthropologie entstand in den 1970er, 80er Jahren das Forschungsfeld „anthropology of gender“. Dieses Wissenschaftsgebiet klammerte den Terminus *sex* erstmals aus den Untersuchungen aus, und trennte so *gender* von *sex* (vgl. Strasser 1997: 12). Die Unterscheidung diente dem nützlichen analytischen Zweck. Somit konnte man die biologischen Fakten (*sex*) den kulturellen Fakten (*gender*) gegenüberstellen (vgl. Yanagisako 1997: 36). Aber ist es noch zielführend, diese beiden Begriffe voneinander zu trennen? Bedingen sie nicht einander? Es ist deutlich zu erkennen, dass die Begriffe „männlich“ und „weiblich“, also das biologische Geschlecht, kulturell konstruiert sind. Doch selbst in der Biologie ist oft nicht eindeutig zu erkennen, was männlich oder weiblich ist. Es kommt vor, dass z. B. Frauen im biologischen Sinne den Männern ähnlicher sein können, oder umgekehrt. Frauen wurden in der anthropologischen Forschung nie außer Acht gelassen, da sie einen wesentlichen Beitrag zum sozialen Alltag der Beforschten ausmachen. Da sich die Anthropologie viel mit Verwandtschaftsbeziehungen, Ritual, Arbeitsteilung und Heirat beschäftigt, hatten die Frauen schon immer einen hohen Stellenwert inne. Jedoch war es die

Art, wie die Frauen dargestellt wurden, was die in den frühen 70er Jahren entstehende „Anthropologie der Frauen“ erzürnte.

Bis dahin wurden Frauen oft verzerrt dargestellt, da die Sichtweise der Männer als Forscher natürlich eine ganz andere ist, als die einer weiblichen Forscherin (vgl. Moore 1990: 17f).

Laut Hauser-Schäublin gibt es heute eine unüberschaubare Fülle an Literatur zum Themenkreis von Geschlecht (*sex*) und der kulturellen Konstruktion von Geschlechtern (*gender*). Die Anfänge dieser *gender studies* lagen aber weit zurück in der amerikanischen Ethnologie der ersten Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts. Es gab zwar Frauen in der Wissenschaft, aber die ersten wichtigen Forscherinnen waren anfangs mit ihren Männern auf Feldforschung (vgl. Hauser-Schäublin 1991: 9).

Erste Frauen in der ethnologischen Forschung waren Ruth Benedict (1887- 1948), die sich aber nicht explizit mit der Frauenforschung beschäftigte;

Margaret Mead (1901- 1978) – hat sich mit Frauen- und Erziehungsproblemen beschäftigt;

Eleanor Burke Leacock (1922- 1987) – befasste sich mit feministischen Theorien und

Mary Douglas (1921- 2007) die als Kernthema die Reinheit und Unreinheit hatte (vgl. Douglas 1985: 19ff). Hauser-Schäublin befasste sich aber auch mit den Anfängen der ethnologischen Frauenforschung im deutschsprachigen Raum, wo es viel schwieriger war, den Beginn zeitlich festzulegen, da die ersten Forscherinnen mit ihren Männern reisten und unter diesen auch ihre Forschungsergebnisse publizierten, da sie selbst nicht promoviert waren. Diese Pionierinnen waren unter anderem die Wienerin Ida Pfeiffer, Hilde Thurnwald oder Caecilie Seler-Sachs. Die erste promovierte Völkerkundlerin war Anneliese Eilers (vgl. Hauser-Schäublin 1991: 14f). Diese Frauen forschten zwar allesamt als Anthropologinnen, aber die Frauenforschung war noch immer „männerzentriert“ verzerrt. Ein weiterer Verzerrungsgrund ist der, dass in vielen Gesellschaften die Frauen als den Männern untergeordnet gelten, und diese Tatsache den AnthropologInnen auch so vermittelt wird. Laut Moore gibt es noch einen dritten Grund, der die Sichtweise falsch darstellt. Hier *setzt der Forscher die asymmetrischen Beziehungen zwischen Frau und Mann, die er in anderen kulturellen Gesellschaften erkennt, automatisch mit seiner eigenen kulturellen Erfahrung von ungleichen und hierarchisch geprägten Geschlechterbeziehungen in der westlichen Welt gleich* (Moore 1990: 19).

Als ersten wichtigen Schritt sahen die feministischen AnthropologInnen nun den Abbau dieser drei Verzerrungsgründe. Nun wurden die Frauen nicht mehr so dargestellt, wie sie aus männlicher Sicht beschrieben wurden, sondern wurden selbst in die Forschung einbezogen, in ihren Wahrnehmungen, Sichtweisen und Äußerungen (vgl. Moore 1990: 19).

Es stellt sich aber nun die Frage, ob Frauen über Frauenthemen objektiver berichten können? Moore spricht hier von der Gefahr der Gettoisierung, die Gefahr, dass eine Subdisziplin entsteht. Diese Bedenken kommen daher, dass die „Anthropologie der Frauen“ von Frauen getragen wird, die nur Frauenforschung betreiben und mit ihren Aussagen die Anthropologie zu einer „weiblichen Anthropologie“ machen. Die „Anthropologie der Frauen“ war der Vorläufer der heutigen Feministischen Anthropologie, die aber viel mehr als nur Frauenforschung darstellt. *„Sie beschäftigt sich mit der Erforschung der Geschlechter, mit all den Wechselbeziehungen zwischen Mann und Frau und der Rolle der Geschlechter in der Gestaltung und Geschichte menschlicher Gesellschaften, ihren Ideologien, ökonomischen Systemen und politischen Strukturen“* (Moore 1990: 25).

Man setzte sich nun auch mit der Erforschung des Körpers auseinander und entwickelte so neue Konzepte.

5.2. Körperkonzepte

Mary Douglas` Grundlagen bezüglich Körper sind von großer Bedeutung. Sie befasste sich mit Grenzen und Übergängen, nicht nur in Bezug auf soziale Personen, sondern ebenso mit Körpergrenzen, mit ritueller Reinheit und Unreinheit. Douglas unterscheidet zwei Aspekte von Körper: den physischen Körper, der universell ist, und den sozialen Körper, die kommunikative Dimension, also der kulturspezifische Körper. Diese beiden Arten bedingen einander und sind nicht unabhängig voneinander zu sehen. Douglas meint auch, dass der Körper nur kulturell geformt ist, und dass es keinen „natürlichen“ Körper gibt. In dem Klassiker „Purity and Danger“ beschreibt sie die rituelle Unreinheit mit allen Gefahren und wie die Körpergrenzen überschritten werden dürfen (vgl. Douglas 1985).

Thomas Csordas unterscheidet erstmals body- embodiment. Vor ihm wurde der Körper in Relation zu Kultur erforscht. Csordas meint nun, dass der Körper die existentielle Basis von Kultur ist und somit ein Subjekt der Kultur. In der Ethnologie soll man sich nun nicht mehr nur mit Objekten auseinandersetzen, sondern mit Prozessen, in denen durch die Wahrnehmungen erst Objekte werden (vgl. Csordas 2000).

Csordas lehnt seine Theorien an die Basis des Habituskonzeptes von Pierre Bourdieu.

Habitus beschreibt ein System von leiblichen Dispositionen, von leibgewordener Geschichte durch in Leib und Ding. Der Fokus liegt auf den Praktiken, was so viel bedeutet wie, dass das Feld durchzogen ist von verschiedenen Positionen und Hierarchien, wodurch der Habitus als

Leib „geschichtlich gemacht“ wird. Durch unseren Habitus erfahren wir, warum wir uns in verschiedenen Situationen genau so und nicht anders verhalten.

Der Habitus ist ein Klassenkonzept was bedeutet, dass die Klasse, in welche man hineingeboren wurde, die Menschen unbewusst prägt, wie man mit Kapital umgeht. Hier unterscheidet Bourdieu das Kapital in vier Bereichen:

1. Ökonomisches Kapital
2. Soziales Kapital (das ist der Zugang zu bestimmten Positionen, je nachdem, aus welcher Klasse man kommt)
3. Kulturelles Kapital (das ist das Wissen)
4. Symbolisches Kapital (Ehre, Prestige)

Habitus findet sich in allen Bereichen des Menschen, in der Wahrnehmung, im Sprechen und im Handeln. (vgl. Bourdieu 1976).

Emily Martin befasste sich in ihrem Klassiker „Die Frau im Körper“ mit dem weiblichen Bewusstsein und der Reproduktion des Lebens. Sie forschte in ihrer eigenen Gesellschaft, in den USA, um herauszufinden, inwieweit allgemeine kulturelle Entwicklungen Frauen betreffen. Sie meinte, dass Frauen, auch wenn sie sich nicht kennen, sehr viele wichtige Erfahrungen teilen, wie die *dauerhafte Geschlechtsbestimmung, der in unserer Gesellschaft jeder Mensch zugeordnet wird*;

alle Frauen sind Männern untergeordnet – wenn nicht im Berufsleben, dann in der Familie, und wenn nicht in ihren Familien, so doch im Sinne der herrschenden kulturellen Vorstellungen und dem Inhalt der Sprache nach;

alle Frauen haben einen weiblichen Körper und bestimmte Erfahrungen damit (Menstruation und Gebären);

alle Frauen sind auf irgendeine Weise von medizinischen oder naturwissenschaftlichen Lehrmeinungen über körperliche Vorgänge bei Frauen betroffen (Martin 1989: 19).

Durch viele Interviews mit Frauen, hauptsächlich über das Thema Geburt kam für Martin einiges zu Tage. In diesen Interviews kamen die empirischen Grundlagen aus den Gesprächen mit den Frauen selbst. Die mit Fachpersonen, wie ÄrztInnen etc. waren lang nicht so ergiebig, wie die Aussagen der InformantInnen.

Martin setzt sich auch sehr kritisch mit den weit verbreiteten Anschauungen der gegenwärtigen Medizin auseinander, weil sie meint, dass diese für Frauen erniedrigend sind. Gleichzeitig betont sie aber, dass die MedizinerInnen selbst für diese Auffassungen nicht verantwortlich gemacht werden sollen. Zur Kultur der Medizin gehört nämlich ein wirksames Sozialisationssystem. Sie sieht die Medizin auch als kulturellen Bereich, dessen Ideen und

Praktiken die allgemeine Volkskultur durchdringt, und an dem wir deshalb in einem gewissen Umfang teilhaben (vgl. Martin 1989: 29).

In ihrem Klassiker schreibt sie auch über die zwei Bereiche, in die unser Dasein organisiert ist: einerseits das Privatleben, in dem Frauen am deutlichsten in Erscheinung treten (hier haben die natürlichen Funktionen wie Gebären ihren Platz) und andererseits das öffentliche Leben, in dem vorrangig die Männer den Ton angeben, wo „Kultur“ entsteht, wo die Leistungsfähigkeit des Menschen zählt, nicht aber die Gefühle.

Diese Bereiche hatten schon Gültigkeit seit der Entwicklung des Kapitalismus – und leider hat sich bis heute nicht viel geändert, laut Martin bestimmen sie noch immer die Grundsätze der durchschnittlichen US- AmerikanerInnen (vgl. Martin 1989: 33).

Es hängt zusammen mit der gängigen Vorstellung, dass Frauen auf das Familienleben verwiesen seien, in dem die „natürlichen“, „körperlichen“, und als solche gering geschätzte, Funktionen Platz haben. Hingegen betätigen sich die Männer ihrem Wesen nach intensiv in ihrer Arbeit, bei der „kulturelle“, „geistige“, und deshalb höherrangige, Aufgaben erfüllt werden (vgl. Martin 1989: 34).

Wenn Menschen zur Arbeit gehen, entsteht automatisch eine Entfremdung, die es zu verringern oder gar zu eliminieren gilt. Diese Entfremdung wurde hauptsächlich untersucht bei Männern, aber auch wenige feministische TheoretikerInnen haben sich mit der Entfremdung der Frauen auseinander gesetzt. Entfremdung entsteht zum Beispiel in der Mutterschaft, wenn die Frau weniger als Individuum betrachtet wird, denn als „Rohstoff“, aus dem das „Produkt“, demnach das Kind, gewonnen wird. Diese Produktion des Babys wird nicht der Mutter zugeschrieben, sondern vielmehr dem Arzt. Genau in dieser Weise geht es in der Erziehung weiter, wenn die Mutter als unwissend angesehen wird, und sie Erziehungstipps von ExpertInnen bekommt. Diese sogenannten ExpertInnen sind dann wieder meist Männer (vgl. Martin 1989: 36).

Die Entfremdung schreitet ja in anderen Bereichen auch fort, wie zum Beispiel in der menschlichen Fortpflanzung, wo Eizellen, Sperma und Embryos von einem Körper in einen anderen eingesetzt werden können. Diese Körperteile werden auch den Marktmächten unterworfen, da man sie bestellen, produzieren und verkaufen kann (vgl. Martin 1989: 38).

Hauser-Schäublin meint hierzu, dass der industrielle, technologische Umgang mit der Materie Mensch, vor allem der Frau, die logische Folge der Entwicklungen ist. Dadurch haben sich einige Bereiche in Bezug zur Körperlichkeit grundlegend verändert. Wie zum Beispiel der Austausch unter Frauen über ihre Erfahrungen über ihre Körperlichkeit, der verloren ging, denn nun ist der Ansprechpartner der Frauenarzt mit seinem Fachwissen. Die Geburt findet

nun auch nicht mehr im vertrauten alltäglichen Erfahrungsraum statt, sondern wurde in die Klinik verlegt, wo die Frauen von fremdem Personal betreut werden. Durch die Technisierung der Geburt, wie der künstlichen Einleitung der Wehen bis zu festgelegten Stillzeiten des Kindes, wurden die Frauen von ihrer Körperlichkeit entfremdet und dadurch zur Patientin gemacht. Und als dritte Veränderung sei noch die Umfunktionierung des Busens von einem Ausdruck der Mütterlichkeit zu einem Sexsymbol und dessen Stilisierung genannt, die durch die Massenfabrikation zustande kam. Durch die Herstellung von Ersatzprodukten für die Muttermilch konnten sich die Frauen einen „schönen“ Busen bewahren, außerdem hielt die Pharmaindustrie noch Spritzen bereit, damit die Mutter erst gar nicht mit dem Stillen beginnen musste (vgl. Hauser-Schäublin 1991: 322f).

Wie man nun sehen kann, ist die Vorstellung von „Frau“ und „Frausein“ eine allgemein kulturelle, die sich je nach Kultur mit den gängigen Attributen wie Mutterschaft, Fruchtbarkeit, Natürlichkeit, mütterliche Liebe, Fürsorge, Lebenschenken oder Reproduktion verknüpft (vgl. Moore 1990: 57). Im Laufe der Jahrzehnte ist diese Körperlichkeit aber leider der Technisierung zum Opfer gefallen.

Abschließend eine Aussage von Henrietta Moore wenn sie meint: *„die Kategorie „Frau“ und „Mann“ sind kulturelle Konstrukte, und selbst die scheinbar natürlichste aller Funktionen, die „Mutterschaft“ stellt ein kulturell definiertes Tätigkeitsfeld dar“* (Moore 1990: 65).

6. Ethnomedizinische Perspektiven auf Schwangerschaft und Geburt

In diesem Kapitel werde ich einen kleinen Einblick auf die ethnologischen Sichtweisen und Arbeiten der Ethnologie zum Thema Schwangerschaft und Geburt geben.

„Das Phänomen Geburt ist immer als ein bio- soziales Ereignis zu verstehen. Die biologischen Vorgänge im Kontext der Mutterschaft sind dabei auf komplexe und vielfältige Weise in jene komplexen Systeme eingebettet, die die reale Lebenswelt der Frauen konstituieren“ (Binder- Fritz 2003: 99).

Ethnomedizinische Arbeiten zu diesem Thema die ich vorstellen werde, kommen von Dorothea Sich, Wulf Schiefenhövel, Barbara Duden, Brigitte Jordan, Christine Binder-Fritz, Albrecht- Engel und Liselotte Kuntner sowie Arbeiten über die Geburt von Kitzinger und Leboyer.

6.1. „Childbearing“ als kulturelles System

Childbearing meint den Prozess von der Zeugung über die Schwangerschaft und Geburt bis hinein in die Stillzeit und die Säuglingszeit. Bis heute gibt es keinen adäquaten deutschen Begriff für diese gesamte Zeitspanne. Es wird auch erwähnt, dass Childbearing- Systeme wie Sprache, Religion oder Wirtschaft wichtige kulturelle Systeme zur Bewältigung einer bestimmten kulturellen Aufgabe sind (vgl. Diesfeld/ Sich 1995: 135).

Die Schwangerschaft und Geburt verlaufen demnach kulturell unterschiedlich. Natürlich nicht die biologischen Abläufe, die sind überall dieselben. Doch wie mit den Childbearing- Systemen umgegangen wird, welche Erwartungen und verschiedenen Verhaltensnormen eingehalten werden müssen, das kann sehr unterschiedlich sein. Geburt und Childbearing werden auch als Krisenereignis genannt, da sie mit persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Krisen behaftet sind. Schnell kann dadurch aber noch der Charakter von Krankheit dazukommen (vgl. Diesfeld/ Sich 1995: 136).

In unserer westlichen Gesellschaft ist es schon so weit, dass die Schwangerschaft und Geburt als medizinisches Ereignis gesehen werden. Hier bekommen die Frauen hauptsächlich die Aufmerksamkeit nur während der Schwangerschaft. Jedoch ist die Frau damit auch abhängig vom medizinischen Apparat, und diese Aufmerksamkeit endet mit dem Spitalsaufenthalt bei der Geburt. In anderen Systemen bekommen die Frauen zwar in der Schwangerschaft weniger

Aufmerksamkeit als bei uns, doch werden diese Übergangszeiten strukturell besser aufgebaut, damit die jungen Mütter diese Krisen nicht allein bewältigen müssen. In diesen Gesellschaften bekommen die Mütter vermehrt Aufmerksamkeit und Hilfe in der Bewältigung des ganz neuen Alltags nach der Geburt (ebd.).

Frederick Leboyer meint in seinem Werk *Das Geheimnis der Geburt* (1997) dass, *die Frau, wenn die Geburtsarbeit begonnen hat, ja sogar noch viel früher, in einen Zustand eingetreten ist, den man mangels besserer Worte nur als „andere Bewusstseinssebene“ bezeichnen kann*“ (Leboyer 1997: 112). In dieser anderen Bewusstseinssebene ist es natürlich nur von Vorteil, wenn die Frau diese Veränderungen nicht allein durchmachen muss.

Heute gibt es aber auch die „Verherrlichung“ der natürlichen Geburt, wo man von allen medizinischen Eingriffen, wie etwa Ultraschalluntersuchungen, Abstand nimmt.

Kirchhoff meint dazu, dass durch die technischen Überwachungsmethoden die „Geburtsergebnisse“ sehr verbessert werden konnten. Jedoch entstand in jüngster Zeit eine Gegenbewegung gegen diese so genannte „familienfeindliche Geburtshilfe“. Die beiden extremen Haltungen haben sich zwar schon ein wenig genähert, aber trotzdem gibt es immer noch die zwei unterschiedlichen Anschauungen der Geburtshilfe (vgl. Kirchhoff 1983: 5).

Seit den 1970er Jahren gibt es ethnologische Literatur zu traditionellen Geburtssystemen, die beschreiben, dass diese Systeme effizient sind aber durch die Modernisierung der Geburtsbetreuung beeinträchtigt werden. Es fehlen in den Arbeiten die Kenntnisse über die tatsächlichen Gefahren einer medizinisch unbegleiteten Geburt (vgl. Diesfeld/ Sich 1995: 137). Binder-Fritz verweist im Kontext mit ihrer Forschungs-Arbeit zum traditionellen Geburtssystem der indigenen Maori-Bevölkerung Neuseelands allerdings darauf, dass relevante und gesicherte Daten zur Gesundheitssituation der ethnischen Minderheitsbevölkerung erst seit den 1980er Jahren gesondert in den Statistiken aufscheinen (vgl. Binder-Fritz 1996: 262).

Wenn man, nach Brigitte Jordan, den Geburtsvorgang aus einer anthropologischen Perspektive beobachtet, fällt einem auf, dass die Geburt nirgendwo nur „natürlich“ ist, dass die Geburt von den beteiligten Personen nur als physiologische Angelegenheit gesehen wird. Sie meint weiters, dass die „natürliche Geburt“ nicht notwendigerweise auch eine Rückkehr zu einer natürlicheren Art der Geburt darstellt, sondern *„durch formale Instruktionen gelernt wird, und auf sehr komplizierte Weise mit der sozialen Ordnung und den Ideologien der gesellschaftlichen Gruppen, in denen sie praktiziert wird, zusammen hängt. Aus diesem Grund brauchen wir eine ganzheitliche Sicht dieses Vorgangs, einen Ansatz, der bio- sozial*

ist in dem Sinn, dass er den kulturspezifischen sozialen Prozessen nachgeht, in denen sich die biologischen Prozesse abspielen“ (Jordan 1983: 15).

Man sieht, die Schwangerschaft und Geburt sind so komplexe Systeme, die es gilt, zu kennen, und zu respektieren. In den ethnomedizinischen Beiträgen werden die verschiedenen kulturspezifischen Aspekte und die traditionellen Geburtssysteme sowie die gesellschaftsspezifischen Empfehlungen für die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett dargestellt. Ebenso wichtig ist auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur, mit den eigenen kulturellen Geburtssystemen. Man darf jedoch nicht das Eigene als „Norm“ ansehen und unsere Traditionen aufdrängen.

Das Wissen um die jeweiligen kulturellen Systeme und der respektvolle Umgang mit diesen sind das Um und Auf einer angenehmen Betreuung für alle Betroffenen.

6.2. Traditionelle Geburtshilfe

Die traditionelle Geburtshilfe setzt sich aus den Ratschlägen und Verhaltensregeln erfahrener Menschen zusammen, die ein Schutzsystem, das dem Wohlergehen der Schwangeren und dem Kind dient, darstellen, wie Liselotte Kuntner in ihren zahlreichen ethnologischen Arbeiten zur Geburtshilfe deutlich machte. In bäuerlichen Gesellschaften sind diese erfahrenen Menschen meist Frauen, da die Männer oft über lange Zeit von der Familie getrennt leben. So kommt es, dass auch heute noch diese „Frauenbeziehungen“ ein wichtiger Teil der traditionellen Geburtshilfe sind. Auch der Geburtsort, sowie die Menschen, die die Geburt begleiten und die besonderen Vorkehrungen dazu sind wichtige Bestandteile (vgl. Kuntner 1997: 8f, vgl. auch Binder- Fritz 1996: 98f.).

Diese GeburtsbegleiterInnen nennt man auch traditional birth attendant – TBA. Die Wichtigkeit der „midwives“ betont auch Ann Oakley. Sie verweist auf die qualitative Studie zweier schwedischer Forscher, (Hildingsson und Häggström, 1999), die midwives in verschiedenen Geburtskliniken befragt hatten. Diese Geburtsbegleiterinnen sind nicht nur zur Unterstützung in der Schwangerschaft da, sondern geben den Frauen noch viel mehr: *„the support is not just for the woman herself but involves the midwife`s identification and nurturing of the existing resources which she may have available to her, but does not fully utilise. Examples of these indirect activities include empowering the woman through helping to build up her self-esteem and also by encouraging her to act as her own advocate for herself* (Oakley 2001: 82). Von großer Bedeutung sind demnach die Geburtsbetreuerinnen oder

Hebammen, die im günstigsten Fall die Schwangerschaft bis nach der Geburt begleiten und beratend zur Seite stehen. In anderen Kulturen haben diese „Begleiterinnen“ oft keine Ausbildung in Geburtshilfe. Meist sind diese Personen Verwandte, Bekannte oder Nachbarinnen, die ihr Wissen durch eigene Geburten erworben haben, und dieses auf die Art den Schwangeren weitergeben und dabei unterstützen (vgl. Kuntner 1997: 10).

Liselotte Kuntner spricht auch über die Tujia (Völker in Südchina), *bei denen sich die Frau durch die Geburt ihres ersten Kindes den Status einer Geburtsbetreuerin erwirbt. Voraussetzung ist allerdings, dass sie die Geburt von Anfang bis Ende, sprich bis zum ersten Bad des Kindes, unter Anleitung einer Hebamme selbständig ausgeführt hat. Für die Tujia-Frauen kommt dieses Ereignis einem Initiationsritus gleich* (Kuntner 1997: 10).

Für die Schwangere ist es beruhigend zu wissen, dass ihr erfahrene Frauen beratend zur Seite stehen, vor allem, wenn es sich um die erste Geburt handelt. Binder- Fritz erwähnt in ihrem Werk über die neuseeländischen Maori ebenfalls die Bedeutung der erhöhten Aufmerksamkeit während der ersten Schwangerschaft, da diese ein Zeichen des nahenden Statusübergangs von der Frau zur Mutter darstellt (vgl. Binder- Fritz 1996: 101). Es gibt in allen Gesellschaften viele Ängste, Sorgen und Fragen, mit denen man sich an jemanden wenden kann, der einem bei der Bewältigung hilft. Die wichtigsten „Instruktionen“ zu einer angenehmen Geburt sind die „richtige“ Gebärhaltung sowie das Gebärverhalten. Das Verhalten soll aktiv sein, um so die Schmerzen erträglicher zu machen und die Geburt zu verkürzen. Hierbei kommt der richtigen Gebärstellung eine große Funktion zu, die in traditionellen Gesellschaften nicht im Liegen besteht, sondern in kauender, kniender, stehender oder sitzender Haltung zu einer „angenehmeren“ Geburt beiträgt. Die Frauen haben während der Wehen ein großes Bedürfnis, sich an etwas festzuhalten, wozu Stangen, Balken oder Seilschlingen dienen (vgl. Kuntner 1997: 16, Binder- Fritz 1996: 174ff).

Hinzu kommt noch die verbesserte Atemtätigkeit während der Wehen, wenn die Frauen dabei eine kniende, kauende oder stehende Position einnehmen. Man kann beobachten, wie sich die Atmung bei einer Änderung der Gebärstellung entsprechend der funktionell-anatomischen Gegebenheiten verändert. Kuntner schreibt dazu, dass die horizontale Lage bei normalen Personen hinsichtlich Lungenreserven die schlechteste Position ist und sich dieses Lungenvolumen im Sitzen oder Stehen um 10% erhöht (vgl. Kuntner 1995: 237).

Leider haben heute die Gebärenden in den Kliniken nicht mehr die Möglichkeit, sich die persönlich angenehmste Gebärstellung auszusuchen, sie werden meist liegend entbunden, was die Geburt natürlich verzögert und den Geburtsschmerz verstärkt.

Im Werk „Geburtsvorbereitung“ von Angela Heller wird erwähnt, dass die Gebärende mit den Wehen ganz anders umgehen lernt, wenn sie um die positive Notwendigkeit der Wehen Bescheid weiß. Der Anthropologe Montagu wird folgend zitiert: *„bei der Geburt übt die sich zusammenziehende Gebärmutter auf den Körper des Kindes und auf seine Haut, die das ausgedehnteste Organ des Körpers ist, in regelmäßigen Abständen über eine längere Zeitspanne sich wiederholende Drücke aus. Das sind die Wehen. Sie bedeuten für das Kind eine intermittierende Hautstimulation und sollen den Menschen auf seine Existenz in der nachgeburtlichen Welt vorbereiten (nach Montagu in Heller 1998: 70).*

Wenn man um diese Tatsachen weiß und durch eine speziell geschulte Atemtechnik diese Wehen „verarbeitet“, wird der Geburtsschmerz relativiert und nicht mehr intensiv erlebt, was ich selbst erleben durfte.

6.3. Die Sichtweisen unserer eigenen Kultur

Sobald man feststellt, dass man schwanger ist, geht man zum Gynäkologen und wird als „Patientin“ angesehen. Es folgen eine Reihe Untersuchungen, Blutabnahme, und man bekommt den Mutter- Kind- Pass ausgehändigt, der zu weiteren Untersuchungen verpflichtet. Duden meint dazu: *„Schwangerschaft ist heute das Resultat eines diagnostischen Vorgehens, Ergebnis einer Messung, die beliebige Male mit gleichem Ausgang wiederholt werden kann; ein operationell verifizierter Zustand (Duden 1995: 126).*

Diese „Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe begann mit dem Interesse der männlichen Mediziner an diesem Fachgebiet, wie Albrecht- Engel betont (Albrecht- Engel 1995: 31).

Zusätzlich „bildet“ sich eine Schwangere in unserer Gesellschaft in Sachen Schwangerschaft und Geburt mittels Bücher, Internet und besucht meist regelmäßig Kurse, wo verschiedene Atemtechniken erlernt werden, oder Entspannungskurse.

Wenn es aber zur Geburt geht, begibt sich die Schwangere meist in eine Klinik und muss sich dort in diesem „Ausnahmestand“ fremden Menschen anvertrauen. Sie hat den Mutter- Kind- Pass mit und den Kopf voll mit Wissen über die fachlichen Daten über die Geburt.

Meist ist der Mann dabei, der auch etwas unbeholfen im Weg steht und nicht weiß, wie er am besten helfen kann (vgl. Geibel- Neuberger 1995: 413).

In dieser Situation wird die Frau an technische Geräte angeschlossen, um den Fortgang der Geburt zu überwachen. So werden die Herztöne des Kindes überwacht.

Die meisten Kreißsäle sind ausgestattet mit medizinischem Inventar, falls die Geburt nicht so verläuft, wie sie erwünscht ist, bei dessen Anblick die Schwangere noch unsicherer wird.

Dabei sollte sich die Gebärende auf das Gebären ihres Kindes intensiv vorbereiten, und nicht mit Ängsten zu tun haben. Kuntner meint dazu: *„In westlichen Geburtssystemen ist das Wissen um die aktive Rolle der Frau bei der Geburt und um ein optimales Gebärverhalten fast verloren gegangen... überall auf der Welt können Frauen während der Geburt umhergehen, sitzen, stehen oder kauern. Sie bewegen sich frei, um für die Verarbeitung der Wehen und für die Geburt die bequemste und beste Stellung zu finden. Das trägt dazu bei, dass die Geburt für Mutter und Kind leichter und sicherer wird (Kuntner 1995: 158).*

In unserem System können sich die Frauen während des Geburtsvorganges meist die Stellung nicht aussuchen, wie es ihnen am angenehmsten erscheint, da sich die meisten zur Geburt in Rückenlage befinden und durch die anwesenden Hebammen dabei unterstützt werden.

Dabei gibt es nur Vorteile, die eine Geburt in senkrechter Körperhaltung mit sich bringt, wie Kirchhoff und die Tabelle von Mendez- Bauer zeigen (vgl. Kirchhoff 1995: 233; vgl. Mendez- Bauer 1995: 246).

Beate Schücking äußert sich in ihren Untersuchungen über Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt in verschiedenen europäischen Ländern über Österreich folgend: *„Das erste, was mir in Österreich auffiel, war die hierarchische Struktur der Krankenhäuser – die auch von den Frauen (teilweise bewundernd) wahrgenommene Vorherrschaft des Primarius, des Chefarztes (eine Frau in dieser Position ist mir nicht begegnet.) aber auch unter den Patientinnen gibt es Abstufungen: noch ausgeprägter als in der BRD bestimmt die Krankenversicherung (privat, bzw. welche Klasse von Kasse) über die Art der Behandlung. In Städten haben einzelne Häuser sogar Verträge mit bestimmten Kassen, die zur Selektion der Patientinnen in bestimmten Kliniken führen“ (Schücking 1995: 384).*

Sie untersuchte auch die verschiedenen Arten der Kliniken wie die Universitätsklinik, das Privatsanatorium, das Geburtshaus und große städtische Krankenhäuser, wo sie zu ihrem Erstaunen feststellen musste, dass die meisten operativen Interventionen im Privatsanatorium stattfanden, und die niedrigste Rate im Geburtshaus lag. Sie schreibt weiters über die unterschiedlichen Routineabläufe während der Geburt, wie die Bewegungsfreiheit oder die Gebärhaltungen. Diese Unterschiede waren in den untersuchten Kliniken sehr hoch, da es in manchen Spitälern strikt festgesetzt war, wann die Frauen in den Kreißsaal durften, ob sie einen Einlauf bekamen oder wie die Herztonüberwachung gehandhabt wurde.

Die Frauen waren aber über all diese Dinge vorher nicht informiert worden, schon gar nicht über die jeweiligen Unterschiede zu anderen Geburtshäusern.

Kontinuität in der Betreuung in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett erfahren die Frauen nur im „alternativen“ Geburtshaus oder bei Hausgeburten (vgl. Schücking 1995: 384f).

Michel Odent spricht in diesem Zusammenhang mit einer sogenannten „salle sauvage“, ein Zimmer, dem nichts beigelegt worden ist, schon gar kein medizinisches Inventar und aus dem nichts entfernt worden ist, was man in einem Raum, „in dem man lebt“ vorfindet. Die Wände sind in Brauntöne gehalten, die Vorhänge in Orange und das Licht sehr gedämpft.

Den halben Raum nimmt ein Podest mit weichen Polstern ein, es gibt einen Sessel, der als Gebärstuhl verwendet werden kann, und zusätzlich können sich die werdenden Eltern ihre Musik aussuchen, die sie leise spielen.

In diesen Räumen konnte beobachtet werden, dass die Gebärenden während der Austreibungsphase des Kindes das Bedürfnis hatten, sich hinzuknien oder eine andere Stellung, die ihnen selbst als angenehm schien, einzunehmen. Die Rückenlage kam dabei aber nicht vor. Die Seitenlage mit einem angewinkelten und einem gestreckten Bein erschien den Frauen in dieser Situation besser als die Rückenlage (vgl. Odent 1995: 250f).

Leider haben viele Frauen aber in unserer Gesellschaft auch heute noch das Bedürfnis nach „Sicherheit“ und diese wird in Form von „totaler medizinischer Überwachung“ wahrgenommen. Die Frauen wählen eine Klinik und begeben sich dabei in die Hände von medizinisch ausgebildetem Personal, aber die Frau selbst wird dabei in ihrer Geburtsarbeit mental nicht bestärkt, was zu einer angenehmeren Geburt verhelfen würde.

Hier haben wir aber in den letzten Jahren durch die Untersuchungen in traditionellen Gesellschaften einiges dazu gelernt.

Geibel- Neuberger meint dazu, wie wichtig es ist, einen emotionalen Beistand einer medizinisch unqualifizierten Person zu haben, der viel zur Reduzierung von Geburtskomplikationen beitragen kann, da die Frauen durch diesen Beistand ruhiger und entspannter wurden. Dieser emotionale Beistand muss aber nicht unbedingt der Lebenspartner sein. Wie in traditionellen Gesellschaften fühlen sich Gebärende mit Frauen, die schon Erfahrung mit Geburt hatten wohler und entspannter.

Die Atmosphäre während der Geburt sollte ruhig sein, denn zu viele äußere Beeinflussungen nehmen der Gebärenden das Vertrauen in die biologische Eigensteuerung der Geburt (vgl. Geibel- Neuberger 1995: 413).

Es bedarf einer vertrauensvollen Gemeinschaft, die Geburtserfahrung vertrauensvoll zu erleben und in die Phase der Interaktion von Mutter und Kind in die Familie überzuleiten (Geibel- Neuberger 1995: 413).

6.4. Schwangerschaft und Geburt bei chinesischen Frauen

Die folgenden Tabus und Vorschriften galten im alten China, doch haben viele davon bis heute ihre Gültigkeit, werden aber laut meiner Informantinnen nicht mehr streng befolgt.

Im Vordergrund stand immer das Kind, das auch vor der Geburt schon „erzogen“ und beeinflusst werden muss. Außerdem war eine bestmögliche Vorbereitung auf eine leichte Geburt mit wenig Gefahr für Mutter und Kind beabsichtigt. Hier hatten Göttinnen aus den Tempeln nur eine zusätzliche Funktion – sie wurden in Notfällen gerufen. Wirklich wichtige Rollen bei dieser Vorbereitung spielten das soziale Umfeld der Schwangeren, ihre Ratgeber, die Verpflichtungen in der Familie der Frau in Bezug auf das neue Familienmitglied, sowie die Bemühungen der Schwangeren und ihrer Familie, das Geschlecht des Kindes vorherzusagen (vgl. Leutner 1989: 42).

Als RatgeberInnen fungierten meist Mütter, Schwiegermütter, Tanten oder andere weibliche Familienangehörige oder Nachbarinnen. Es waren immer Frauen, die ihre eigenen Erlebnisse mündlich an ihre schwangeren Nachkommen weitergaben. Auch heute, erzählten mir einige, kommen die Ratschläge aus dem weiblichen Familien- und Bekanntenkreis. *Gegen dieses Wissen und die Erfahrungen der Frauen argumentierten die Ärzte die an die Ehemänner appellierten, ihre Frauen auf der Grundlage ihrer schriftlichen Darlegungen angemessen über die Gesetze von Schwangerschaft und Geburt aufzuklären* (nach Shan Nanshan 1946, in Leutner 1989: 47).

Leutner gibt dazu Einblick in die Gepflogenheiten. In der Stadt sah es etwas anders aus, hier holten sich wohlhabende Familien professionelle Ratgeber ins Haus. Die Hebamme musste vor der Geburt mindestens einmal eingeladen werden, um „die Tür kennen zu lernen“. Sie sollte den Geburtszeitpunkt sowie das Geschlecht des Ungeborenen mittels Pulsdiagnose bestimmen, die Schwangere beruhigen und der Familie ein paar glücksbringende Worte sagen. Das Geschlecht bestimmen war nicht so einfach, aber wichtigstes Thema, wenn noch kein Sohn geboren war. Aus den Essensvorlieben - ein saurer Junge und ein scharfes Mädchen, dem Aussehen der werdenden Mutter - ein dicker gewölbter, schwerer, kugeligter Bauch ließ auf ein Mädchen schließen, und den Bewegungen des ungeborenen Kindes versuchten die Frauen, das Geschlecht zu bestimmen. In der TCM gibt es auch einige Theorien, wie die, dass sich ein männlicher Fetus in der linken Hälfte des Mutterleibes befindet. In ländlichen Gegenden finden sich ganz andere Relikte zur Bestimmung des Geschlechts: man schloss aus dem Dampf eines verbrannten Stückes Alaun, welches

Geschlecht das ungeborene Kind haben würde. War der Dampf in Form eines Menschen, wird es ein Junge; bei Mädchen war der Dampf eher quadratisch (vgl. Leutner 1989: 47- 50). Bei Kinderlosigkeit und demnach Kinderwunsch sowie zur Erlangung des richtigen Geschlechts, natürlich das eines Sohnes, gab es auch einige bestimmte Rituale, die sowohl auf dem Land als auch in der Stadt ihre Gültigkeit hatten. Leutner erwähnt folgende: bevor sich die Frauen an die Götter wandten, versuchten sie es noch mit Dingen, die durch ihre Form und ihr Aussehen die Fruchtbarkeit symbolisierten, wie zum Beispiel tönernen Kindfiguren aus den Tempeln der Göttin der Kinder und Enkel, sowie Kinderschuhe und rote Eier. Diese roten Eier wurden am dritten Tag zur Waschung des Kindes gebraucht und danach einer kinderlosen Frau geschenkt – zur Fruchtbarkeit. Diese Symbole wurden in den Tempeln vor die Figuren der Göttinnen gestellt, und auch öfter von kinderlosen Frauen entwendet, die sie zu Hause vor ihren Götterfiguren aufstellten, um sie regelmäßig anbeten zu können. Auch die Plazenta einer eben Niedergekommenen wurde als Fruchtbarkeit bringend angesehen (vgl. Leutner 1989: 39f.).

„Die Frauen glaubten, am Glück und der Fruchtbarkeit anderer Frauen partizipieren, etwas von diesem Glück und der Fruchtbarkeit auch auf sich ziehen und dadurch den bösen Einflüssen und Dämonen ein positives Element entgegenstellen zu können (Leutner 1989: 41). Wünschte man einen Jungen, musste man Pfeil und Bogen bereitlegen oder ein kräftiges Huhn essen, auch sollte sie männliche Pferde reiten oder männliche Tiger betrachten.

Wünschte man ein Mädchen, musste die Schwangere Haarspangen, Jadeohrringe und Perlen tragen (vgl. Yali Lu 1995: 188).

Schwangerschaft und Geburt waren und sind teilweise auch heute noch eine angstvolle Zeit, in der die Frauen sozial ausgegrenzt waren und streng nach den Vorschriften leben mussten, wenn ihnen das Wohl ihrer selbst und das ihres Ungeborenen wichtig war.

Die Familie und Nachbarn mussten sich vor dem Anblick einer Schwangeren schützen, um so ihrer Macht, da sie nun für „vier Augen“ zu sorgen hat, zu entgehen – Brunnen könnten versiegen, kleine Kinder krank werden, auch Erwachsene, die ihr Schlafzimmer betreten, werden krank und unrein. Die Angst vor der „Vieräugigen“ und noch mehr die Angst vor dem „vieräugigen Mann“ veranlasste alle dazu, sich der Schwangeren nicht zu nähern. Ebenso musste die Schwangere selbst darauf achten, den anderen nicht zu nahe zu kommen und ihre Vorschriften und Tabus einzuhalten (vgl. Leutner 1989: 44).

Diese Zeit der Schwangerschaft war für die Frauen eine Zeit der Scham, wo sie sich immer gesenkten Hauptes bewegten. Die Geburt und das Wochenbett verstärkten diese Scham noch

ein wenig, bevor die Mutter dann langsam Schritt für Schritt wieder in ihren Alltag zurückkehren musste.

Leutner schildert die Geburt ebenfalls sehr anschaulich.

Die Geburt galt als äußerst „unreiner“ Vorgang, weshalb bei einer Geburt alle Männer und unverheirateten Mädchen das Gehöft verlassen mussten. Zur Geburt selbst waren nur alte Frauen mit Erfahrung und Hebammen zugelassen. Die Frauen tätigten dann alle Handgriffe, die von den Hebammen gewünscht wurden, wie heißes Wasser holen und den Spiegel verhängen, damit er nichts Unreines sieht. Durch entsprechende Bewegungen suchte die Schwangere selbst den Geburtsvorgang zu beschleunigen. Dazu musste sie oft Aufkehren, denn das gebückte Hin- und Hergehen beschleunigte den Vorgang. Die Gebärstellung war dann breitbeiniges Hocken auf zwei Ziegelsteinen mit Stroh als Unterlage. Die Hebamme nahm das Kind, noch bevor es das Stroh berührte. Während der Geburt riefen meist die Schwiegermütter die Geburt- befördernde- Göttin (cuisheng niangniang) und die Kinder-schenkende- Göttin (songzi niangniang) durch Weihrauchopfer an. Geburtsfördernde Arzneien gab es für die Unterschicht nicht, für Wohlhabende verwendete man den Sud aus gekochten Artemisiazweigen, oder auch „Cuishengzi“, eine Art Mehlwurm mit weißem Mehl und Teeblättern vermischt, oder den Sud eines abgekochten Schildkrötenpanzers. Zur Stärkung nach der Geburt bekam die Mutter eine „herzstärkende Suppe“.

Abgenabelt wurden die Kinder früher aber schon steril durch das Abbrennen der Nabelschnur, um das Blutfließen des Kindes zu verhindern. Leutner meint dazu: *„In ihrer Gesamtheit zeugen diese Volksmittel von der Entschlossenheit, der Kreissenden zu helfen, gleichzeitig geben sie einen Einblick auch in die Hilflosigkeit der Gebärenden und ihrer Helferinnen* (Leutner 1989: 51- 55).

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts war die Geburt dann nicht mehr nur „Familienangelegenheit“, sondern war auch zum Thema der ÄrztInnen geworden, somit zur Sache des Staates und der Gesellschaft. Es wurde nun versteckte Kritik geübt an den traditionellen Verhaltensweisen und Vorstellungen und diese durch neu propagierte Verhaltensmaximen ersetzt.

Bis heute herrscht daher um Thema Schwangerschaft und Geburt ein Nebeneinanderbestehen traditioneller und moderner Denk- und Heilsysteme (vgl. Leutner 1989: 96f).

6.5. Übergang zur ersten Mutterschaft

Die erste Mutterschaft ist für jede Frau das wohl einschneidendste Erlebnis. Von Beginn der Schwangerschaft ist die werdende Mutter verschiedenen Tabus und bestimmten Vorschriften unterworfen. Vor allem in der ersten Schwangerschaft ist die Frau mit einer Vielfalt an Wünschen, Sorgen und auch Ängsten verbunden, denn die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett stellen nun einmal ein psychosomatisches Ereignis dar (vgl. Stauber/ Freud/ Kästner 1995: 401).

Jede Frau ist aber mit Stolz erfüllt, wenn sie aus einer Partnerschaft plötzlich in eine „Familie“ übertritt. Der Entstehung der Urfamilie widmet sich Lewis Henry Morgan in seinem Werk „Ancient Society“ (vgl. Morgan 1987: 323ff). Jedoch würde die Wiedergabe seines Werkes den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Stattdessen richten wir unser Augenmerk auf die, für diese Arbeit relevantere Thematik der Übergangsriten von Arnold van Gennep.

Er hat diese Übergangsriten recht anschaulich dokumentiert.

Ich werde eine kurze Fassung des Übergangs zur ersten Mutterschaft geben.

Die einzelnen Abschnitte, die eine Frau dabei durchmacht, werden in die Trennungsphase (die Seklusion), danach die Übergangs- bzw. Umwandlungsphase, und schließlich in die Phase der Reintegration gegliedert.

In der Trennungsphase wird die Schwangere oft von den Familienmitgliedern getrennt, weil sie als unrein oder gefährlich gilt. Sie muss sich vielen Tabus und Vorschriften, meist sind diese Ernährungsvorschriften oder Vorschriften der Lebensführung oder der Sexualität, unterziehen. Diese sollen die werdende Mutter sowie ihr ungeborenes Kind vor bösen Mächten oder Unheil schützen (vgl. Van Gennep 1999: 47f).

In der Übergangs- oder Umwandlungsphase muss sich die Schwangere an die Vorschriften und Tabus halten, um sich und ihr Kind bestmöglich auf die Geburt vorzubereiten.

Mit der Geburt ist der vielschichtige Übergang aber noch nicht abgeschlossen. In vielen Kulturen muss die junge Mutter nun schrittweise wieder in ihr „Alltagsleben“ integriert werden. In China wird die Stillende im Wochenbett noch separiert und von den anwesenden Frauen versorgt, um Mutter und Kind zu schützen.

7. Interkulturelle Kompetenz

Man sieht anhand der oben genannten Sichtweisen unserer Kultur wie schwer es für eine Frau hierzulande ist, die Schwangerschaft und Geburt angenehm zu gestalten.

Wie sieht es dann aus, wenn die Gebärende Migrantin ist, in unserem Fall aus China?

Dort herrschen ganz andere Traditionen und Werte, die unser medizinisches Fachpersonal meist nicht kennt. Binder- Fritz erwähnt auch die verschiedenen soziokulturellen Prägungen, wie die unterschiedliche Sozialisation von Männern und Frauen, mit erlerntem geschlechtsspezifischen Rollenverhalten, die in der Kommunikation und in Interaktionssituationen wie ärztliche Untersuchungen, zum Tragen kommen können. Deshalb ist die Anerkennung der sozialen und kulturellen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit besonders wichtig. *„Der Erwerb transkultureller Kompetenz gilt heute als Schlüsselqualifikation für ÄrztInnen und anderes Gesundheitspersonal“* (Binder-Fritz 2011: 119f). Ebenso wichtig wie das Wissen um die Kultur der PatientInnen zählt auch die „Kultur“ der behandelnden ÄrztInnen, denn Ethnizität und Sprache haben einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Dazu ist es notwendig, sich mit der kritischen Eigenreflexion auseinanderzusetzen (vgl. Binder-Fritz 2011: 128f).

Es wäre wünschenswert, wie es am Beispiel Westsamoa und Tonga besteht, neben den westlich ausgebildeten Hebammen auch traditionelle Geburtsbeistände zur Verfügung zu stellen (vgl. Loytved 1995: 155). Natürlich ist das in einem westlichen System nicht einfach, aber zumindest mit der Kultur und den jeweiligen Traditionen sollte man sich auseinandersetzen, damit man den Frauen respektvoller entgegenreten kann.

7.1. Kennen der jeweiligen Systeme

Es genügt nicht, den Frauen wieder „natürliche Art“ zu gebären anzubieten, denn Brigitte Jordan meint: *„Geburt ist nirgendwo nur „natürlich“. Es gibt keinen Ort auf der Welt, es gibt keinen Stamm, wie immer „primitiv“ er auch sein mag, wo die Geburt von den beteiligten Personen als eine ausschließlich physiologische Angelegenheit betrachtet wird* (Jordan 1983: 15). Sie erwähnt ebenso, dass eine aus heutiger Sicht „natürliche Geburt“ und die „psychoprophylaktische Methode“ nicht unbedingt eine Rückkehr zu einer natürlicheren Art der Geburt bedeuten. Diese Methoden werden durch formale Instruktionen erlernt und hängen mit der sozialen Ordnung und den Ideologien der gesellschaftlichen Gruppen, in denen sie

praktiziert werden, zusammen. Deshalb braucht man hierbei eine ganzheitliche Sicht, einen bio- sozialen Ansatz, der den kulturspezifischen sozialen Prozessen nachgeht, in denen sich die biologischen Prozesse abspielen (vgl. ebd.).

Jordan spricht von Geburtssystemen, die man kennen sollte, da es keine allgemein gültigen Regeln für eine „richtige“ Geburt gibt. Diese Regeln, die es zu kennen gilt, *stimmen überein mit der jeweiligen Weltsicht der Menschen, mit ihrer Geschichte, Ökologie, mit ihren sozialen Beziehungen, ihrer technologischen Entwicklung, mit Vorstellungen über das Übernatürliche, den Rollen von Männern und Frauen* (Jordan 1983: 15f.).

Laut Schiefenhövel sind „natürliche“, das heißt von externen Einwirkungen, besonders pharmakologischer und chirurgischer Art freibleibende Geburtsverläufe in unseren Spitälern sehr selten. PerinatologInnen und GeburtshelferInnen sollten durch ethnomedizinische Dokumentationen perinatologischer Vorgänge bei medizinisch nicht akkulturierten Gesellschaften geschult werden, um diesen Fehlbestand zu verringern. Er schreibt weiters, dass die Informationsübermittlung der Ethnomedizin für den Bereich der Geburtsmechanik, vor allem der vertikalen Gebärhaltung so am akzeptabelsten geschieht (vgl. Schiefenhövel 1983: 242). Genannt werden auch andere perinatologisch bedeutende Mechanismen und Verhaltensweisen wie das vertraute Territorium des Geburtsortes, die optimale Betreuung der Gebärenden in liebevoller Zuwendung mit viel Hautkontakt und archaischen Formen der Bekämpfung von Schmerz und Angst und die Mutter kümmert sich selbst um die Versorgung ihres Neugeborenen, das sie stets bei sich hat (vgl. Schiefenhövel 1983: 243).

7.2. Die Bedeutung der Kommunikation

Irene Schlechtleitner schreibt in ihrer Diplomarbeit über die Bedeutung der Kommunikation im Bereich der Geburtshilfe- und Schwangerenbetreuung – die Hebamme als Mittlerin zwischen wissenschaftlich technisch ausgerichteter Medizin und Frau über die positive Bedeutung des Geburtsschmerzes. Ich habe schon erwähnt, dass es wichtig ist, den Frauen sichtbar zu machen, wie wichtig diese Schmerzen sind. Die Hebamme meiner Geburten meint immer, dass jede Wehe die Gebärende einen Schritt näher zu ihrem Neugeborenen bringt. So konnte sich auch ein positives Bild entwickeln, und die Wehen wurden nicht mehr als „böse“ angesehen, sondern notwendig, um die Geburt angenehmer verlaufen zu lassen. In heutiger Zeit aber ist es jedoch so, dass die Gebärenden sich in der Schwangerschaft über alle technischen und medizinischen Daten und Fakten informieren, und so mit Wissen vollgestopft sind. Hier muss man auch ansetzen, um die Frauen aufzuklären, dass die Schmerzen

dazugehören und nicht durch schmerzlindernde Therapien, wie die Periduralanästhesie oder einen eventuellen Kaiserschnitt dem entgehen zu wollen.

Schlechtleitner propagiert die Geburtsvorbereitung im ganzheitlichen Sinn, wo man den Frauen durch die Vermittlung der positiven Seite des Schmerzes zu einem positiveren Geburtserlebnis verhelfen kann. Die spontane Geburt wird hierbei angestrebt, sowie die frühzeitige Bindung zum Kind und das Stillen. Weiters sollte das Bewusstsein darin unterstützt werden, die Geburt als wichtige Erfahrung im Leben anzusehen. (vgl. Schlechtleitner 2002: 58f).

Heute ist nicht mehr die Geburtsvorbereitung wichtig, in der man Wissen vermittelt und in welcher die Frauen dadurch zur Passivität und Anpassung angeleitet werden, sondern vielmehr ist eine grundsätzliche Stärkung der Frauen, Selbsterfahrung sowie Körperarbeit nötig, um den Geburtsverlauf angenehm zu gestalten. In der Arbeit von Schlechtleitner wird in diesem Zusammenhang von „Empowerment“ gesprochen, was wörtlich übersetzt so viel wie Selbstbefähigung oder Ermächtigung bedeutet.

In der Geburtshilfe heißt das aber die *„Stärkung der Frau, im Sinne einer Bewusstseins-schaffung und Förderung ihrer Weiblichkeit, ihrer intuitiven Fähigkeiten und ihres Selbstvertrauens“* (Schlechtleitner 2002: 57).

Diese positive Stärkung muss sich auch während der Geburtsarbeit fortsetzen. Die Hebamme oder zu betreuende Person kann die Gebärende durch ihre Worte aufmuntern oder aber das Gegenteil bewirken. Hierzu habe ich ein Beispiel aus meinen eigenen Geburtserlebnissen:

Bei meiner zweiten Tochter lag ich nachts mit leichten Wehen in einem sogenannten „Familienzimmer“, in dem nur ein Doppelbett stand, leise Musik lief und es keinerlei technische Geräte gab. Die Wehen habe ich zwischen meinen Schlafpausen immer veratmen können. Als morgens die Hebamme kam und „nachschaute“, teilte sie mir mit, dass der Muttermund „schon“ sehr weit offen war, und die Geburt nun bevor steht.

Bei einer Bekannten war dieses Erlebnis negativ behaftet, da die Hebamme meinte, der Muttermund sei „erst“ so weit geöffnet. Hier wurde die bisherige „Leistung“ der Gebärenden nicht beachtet und somit das Erlebnis Geburt negativ belegt.

Man sieht, die Kommunikation und die persönliche Anteilnahme sind besonders wichtig, da die Frauen in diesen Ausnahmesituationen besonderes Augenmerk brauchen, und nicht durch negative Aussagen abgewertet werden sollen.

8. Methodik

8.1. Forschungsfrage

Die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit ergibt sich wie folgt:

Fühlen sich chinesische Migrantinnen in der geburtshilflichen Betreuung im österreichischen Gesundheitssystem gut betreut? Und welchen Einfluss hat die chinesische Geburtsvorbereitung, auch bei Migrantinnen zweiter Generation noch?

Damit zusammen hängen natürlich viele Unterfragen, die durch spezifische Fragen gut herausgearbeitet werden sollen.

Die einzelnen Beweggründe der Migration sind in dieser Arbeit von großer Bedeutung, da es ja um chinesische Migrantinnen geht. Durch gezielte Fragen im soziodemografischen Teil des Fragebogens, der von der Projektleiterin Dr. Binder- Fritz zur Verfügung gestellt wurde, waren einige zentrale Fragen zur Migration gestellt. Es ist ein Unterschied, ob die Informantin Migrantin erster oder zweiter Generation ist, ebenso wie die Beweggründe ganz unterschiedlicher Art sind. Da es sich beim Rahmen gebenden FWF- Projekt um das Thema „Frauengesundheit“ handelt, werden auch das Gender Verhalten sowie der Wissensstand über die eigene Körperlichkeit zum Bestandteil der Forschungsfragen.

Im thematischen Teil des Fragebogens, der von mir entworfen worden und einige Male überarbeitet worden war, werden Fragen über den Wissensstand der Migrantinnen über das österreichische Geburtssystem und über Vorstellungen und das Verhalten in der Schwangerschaft und Geburt gestellt. In diesem Zusammenhang ist der Vergleich mit dem chinesischen System von großer Bedeutung. Es ist wichtig, herauszufinden, welche eventuellen Gemeinsamkeiten oder Unterschiede es in den verschiedenen kulturell geprägten Gesellschaften gibt, die es zu beachten gilt.

Die abschließenden Fragen dienen dem Informationsgewinn aus den eigenen durchlebten Schwangerschafts- und Geburtserlebnissen.

Anhand der Sub-Fragen aus diesen Themenkomplexen sollte es möglich sein, die Forschungsfragen adäquat zu beantworten.

8.2. Forschungsablauf

Nach Peter Atteslander gibt es fünf Phasen des Forschungsablaufes. Diese fünf Phasen gelten für alle Vorhaben der empirischen Sozialforschung. Als erstes nennt er die Problembenennung, bei der wir die *Formulierung sozialer Probleme in Form wissenschaftlicher Fragestellungen* (Atteslander 2000: 22) verstehen.

Es gibt natürlich viele Beweggründe, eine empirische Arbeit zu verfassen, manche schreiben aus Neugier über ein Thema. Aber meist geschieht dies im Auftrag Dritter, die auch die Mittel zur Durchführung bereitstellen, wie in unserem Fall der FWF, da alle MitarbeiterInnen des von Frau Dr. Christine Binder- Fritz geleiteten FWF-Projektes diese neuen Daten über asiatische Migrantinnen in diesem Pool zusammentragen. In diesem Projekt sollen neue Daten generiert werden, die von einigen Mitarbeiterinnen in verschiedenen thematischen Blöcken gesammelt wurden.

Dies führt uns zum Punkt zwei der fünf Phasen, in welchem die *Gegenstandsbenennung* von Wichtigkeit ist. In diesem ist vorrangig, wie lange geforscht werden soll. Es sind ja gewaltige Unterschiede, ob eine Forschung nur Momentaufnahmen behandeln soll, oder ob über Jahre geforscht werden soll. In vorliegender Arbeit wurde über längere Zeit geforscht, das heißt, ich habe mich seit Beginn dieses Projektes intensiv mit dieser Thematik auseinandergesetzt, sei es in der aufwändigen Literaturrecherche oder aber mit den Interviews, die sich ebenfalls über einen längeren Zeitraum erstreckt haben.

Der Gegenstandsbereich selbst muss natürlich auch eingegrenzt werden, was möchte ich eigentlich herausfinden, über welche Menschen? Hier muss man bewusst eingrenzen, denn sonst ufer die Thematik aus und man erhält nur ein loses Konstrukt einer Arbeit. Je besser man die Thematik fixiert, desto einfacher kann man sich innerhalb dieser „bewegen“, desto klarer werden die erforschten Aussagen.

Wenn nun die Problembenennung sowie die Gegenstandsbenennung, die stark miteinander verwoben sind, vorgenommen wurden, geht es erst an die *Durchführung, die Anwendung von Forschungsmethode, um dann zur Analyse zu gelangen*. Zum Abschluss werden die so gesammelten Ergebnisse verwertet und aufgezeigt (vgl. Atteslander 2000: 22ff.). Auf diese letzten Teile gehe ich später noch genauer ein.

8.3. Forschungsdesign

Meine Arbeit basiert auf den Strukturen der ethnographischen Datenerhebung laut Mayring und Atteslander.

Den theoretischen Teil der Arbeit habe ich durch eingehende Literaturrecherchen untermauert. Dafür notwendig waren Primärquellen (vgl. Eco 1993: 63).

Für die Erhebung der empirischen Daten in dieser Arbeit sind die qualitativen Methoden der Feldforschung die vorrangigen. Mit Hilfe der qualitativen Methoden können die Aussagen am besten gesammelt, analysiert und verwertet werden.

Bei der Feldforschung bleibt der beforschte Gegenstand, in unserem Fall chinesische Migrantinnen, im Feld und der Forscher begibt sich in diese natürliche Umgebung – sie „gehen ins Feld“, sie nehmen teil an den alltäglichen Situationen ihrer Untersuchungsobjekte (vgl. Mayring 1999: 39). In diesen Situationen kann man die Forschung am Unverfälschtesten betreiben, man bekommt so die Daten direkt aus erster Hand.

In vorliegender Arbeit waren aber die Interviews die ausschlaggebenden Datenbringer, die laut Mayring die Realität ebenso verändern können und die natürlichen Prozesse verzerren. Er meint, dass die Untersuchungsinstrumentarien wie das Experiment, die Fragebogenuntersuchung und die Interviewstudie die Realität verzerrt darstellen (vgl. Mayring 1999: 40).

Jedoch war es in dieser Studie nicht möglich, mich mitten ins „Feld“ zu begeben, und vor Ort die Situation durch teilnehmende Beobachtung zu erfassen. Ich hätte so eine Zeit lang mit chinesischen Migrantinnen leben müssen, um ihre Denk- und Handlungsmuster verstehen zu lernen. Da dies aber nicht möglich ist, griff ich zu der Methode, die am Zielführendsten schien. Diese war das Interview mittels Fragebogen, um so die Datenfülle eingrenzen zu können.

8.4. Zugang zum Feld

Mayring erwähnt die zwei Hauptschwierigkeiten der Feldforschung, wovon die Erste Schwierigkeit darin besteht, wie ein Außenstehender, als Fremder, Kontakt zum „Feld“ bekommt, wie er akzeptiert werden kann (vgl. Mayring 1999: 40).

Dieses Problem war für mich persönlich auch anfangs ein grobes Problem, da ich nicht recht wusste, wie ich zu Informantinnen kommen könne, und diese davon überzeugen könnte, mit mir als Fremde, ein ganz intimes Interview über Schwangerschaft und Geburt zu führen.

Vorerst bereitete ich mich durch die intensive Literaturrecherche äußerst genau auf die Situationen vor, die mich erwarten würden. Ich versuchte, alle Einzelheiten und Anschauungen chinesischer Migrantinnen punkto Schwangerschaft und Geburt mittels Literatur und Internet zu eruieren.

Die Gruppe chinesischer Migrantinnen war durch die Mitarbeit im FWF- Projekt (V90- G14) „Asian immigrant women in Austria: Gender, Body, Health and Care“, geleitet von Dr. Christine Binder- Fritz, vorgegeben.

Den ersten Kontakt bekam ich durch einen Arbeitskollegen meines Mannes. Dieser war mit einer Chinesin liiert, die fünf Schwestern hat. Zwei dieser Schwestern hatten zu meinem Glück schon Kinder, jedoch war nur eine in „greifbarer“ Nähe, wohnhaft in Wien. Die andere aber lebt mit ihrer Familie in England. Über diesen Arbeitskollegen bekam ich den ersten Kontakt mit der chinesischen Community. Meine erste Informantin kam mit mir über E-Mail Verkehr in Kontakt. Wir mussten uns einige Male schreiben, bevor wir das Interview terminlich fixierten, wobei wir uns aber immer vertrauter wurden. Bei unserem ersten Treffen, bei dem auch das Interview stattfand, war ich dann doch recht nervös. Wie würde meine Informantin sein? Doch diese Ängste waren bei meiner ersten und auch bei all den anderen Interviewpartnerinnen unbegründet, da wir uns durch den E-Mail Verkehr und die vielen Telefongespräche schon recht vertraut waren. Es war fast jedes Mal, als wenn ich eine alte Bekannte treffen würde.

Ich denke, so sollte eine Feldsituation sein, denn durch diese Vertrautheit war es für beide Seiten immer wie ein Gespräch zwischen Bekannten und nicht wie zwischen „fremder Forscherin“ und „Beforschte“. Die Fragen wurden ausnahmslos beantwortet und es ergaben sich anschließend immer Situationen, wo ich von Seiten der Informantin noch zum Gespräch bleiben sollte, sei es als Wanderung im Wald, oder im Restaurant. Bei diesen informellen Gesprächen taten sich mir wieder neue Seiten auf, die für die Arbeit mehr oder weniger von Bedeutung sind.

Einige Informantinnen blieben und bleiben, auch jetzt noch, mit mir in Kontakt, um Neuigkeiten auszutauschen oder Ratschläge einzuholen.

Durch meine erste Interviewpartnerin kam ich zu einer weiteren. Jedoch war dann dieser Strom versiegt. Ein weiterer Arbeitskollege meines Mannes hatte ebenfalls Chinesinnen als

Bekannte, da er in China auf Sprachkurs war und auch in Wien einen Chinesisch- Kurs belegt. So bekam ich hier meine weiteren zwei Informantinnen.

Leider konnte ich nach diesen Interviews meine Arbeit nicht weiterführen, da ich nach einer erlittenen Fehlgeburt psychisch nicht in der Lage war, mit jemandem über Schwangerschaft und Geburt zu sprechen. Erst nach einigen Monaten war es wieder soweit, dass ich die chinesische Ärztin einer Bekannten anrief, und diese mir prompt ein Interview zusagte.

Als nur mehr wenige Informantinnen fehlten, bekam ich zufällig bei einem Gespräch mit einer Bekannten die Adresse ihrer ehemaligen Arbeitskollegin und Freundin, einer Chinesin.

Bei diesen letzten Interviews wurden meine Telefonnummer und meine E-Mail Adresse von einer Chinesin zur Nächsten weitergegeben, was mir eine Fülle an Namen einbrachte, die sich alle von selbst anboten, mir ein Interview geben zu dürfen. Diese Situation war für mich recht angenehm, da die Frauen sich untereinander kannten und über dieses Projekt und meine Diplomarbeit sprachen.

Bei diesem Feldforschungsprozess wurde ich, *„der Forscher, für die Beteiligten – idealtypisch formuliert – vom Eindringling zum Mitglied und schließlich zum Anwalt ihrer Probleme“* (Mayring 1999: 41).

8.5. Setting der Interviews

Dieser Arbeit liegen neun Interviews mit chinesischen Migrantinnen sowie ein Interview mit einer Hebamme, die chinesische Migrantinnen betreut hat, zu Grunde. Das erste Interview führte ich nach längerem E-Mail Kontakt im März 2010. Bis zum Mai ergaben sich weitere drei Interviews. Durch meine persönliche Krise kam ich erst im September wieder zu Interviewpartnerinnen, die aber mit chinesischen Migrantinnen im November abgeschlossen waren. Der Zeitraum des Forschungsprozesses durch Interviews erstreckte sich somit über neun Monate.

Nachdem ich Kontakt mit meinen Informantinnen aufgenommen hatte, erzählte ich ihnen über das Projekt und meine Arbeit in diesem. Für die Interviews ließ ich immer die jeweilige Informantin aussuchen, wo sie das Interview führen möchte. Meist war das bei ihnen zu Hause, was ich auch für gut befand, da sie so wenigstens nicht aus ihrer vertrauten Umgebung mussten, und einer „Fremden“ intime Fragen beantworten mussten. Bei diesen Interviews war die Situation am Entspanntesten und es ergab sich nach dem Interview noch viel Gelegenheit zu plaudern, was oft recht aufschlussreich war, oder für eine Wanderung.

Nur eine Informantin schlug ein Restaurant als Interview- Ort vor, was von den Nebengeräuschen her nicht sehr optimal ist.

Zwei meiner Interviewpartnerinnen machten das Interview in ihrer Arbeitsstelle, und dies geschah auch noch unter Zeitdruck, der aber dann doch nicht eingehalten wurde. Diese Frauen waren auch recht froh, dass sie ihre Erfahrungen „loswerden“ konnten. Es ergab sich mit diesen auch nach den Interviews noch Kontakt über E-Mail.

Vor meinen ersten Interviews war ich sehr nervös, was die Interview- Situation anbelangte, was sich aber zum Glück als unbegründet herausstellte, da die Frauen für mich überraschend offen über ihre intimen Erfahrungen sprachen. Ich sicherte ihnen auch immer wieder Anonymität zu. Diese lockere Atmosphäre spornte mich zu mehr Sicherheit an, die mir das Interviewen von einem zum nächsten Mal leichter machte.

Nach den Interviews ergab sich eigentlich immer eine Gesprächssituation, von der ich natürlich nur Feldnotizen machen konnte, da das Aufnahmegerät ausgeschaltet war.

Bei einigen Frauen merkte ich aber, dass sie nach dem Ausschalten des Gerätes noch viel mehr plaudern wollten, und auch heikle Themen anschnitten.

Man wird durch diese Situationen zum Mitglied, und weiß über Dinge Bescheid, die sonst nur gute Freundinnen erfahren. Das Mitteilungsbedürfnis war in den meisten Fällen sehr groß. Mich interessierten die Lebensgeschichten auch wirklich, was die Informantinnen dann natürlich auch merken, ob die Anteilnahme echt oder gespielt ist.

Ich konnte mich so nach einem Interview wirklich auf das Nächste freuen, und hatte immer mehr Freude an dieser Arbeit.

8.6. Kurzbeschreibung der Informantinnen

Dieser Arbeit liegen Interviews mit neun verschiedenen chinesischen Migrantinnen zu Grunde. Die erste kam zwar aus dem Vietnam, betonte aber immer wieder, sie sei Chinesin, die mit ihren Eltern aus China vertrieben worden war. Ebenso die dritte Interviewpartnerin, die es auch so betonte.

Ich werde zwecks Anonymisierung meinen Informantinnen nur die Anfangsbuchstaben des Alphabets, chronologisch nach dem Interviewdatum, geben.

Interviewpartnerin A, 39 Jahre, 2 Kinder, kam mit ihren Eltern und Geschwistern als Kind aus Hongay, Vietnam nach Österreich. Ihre Familie gilt als „Auslands-Chinesen“ in Vietnam, also zur größten „ethnischen Minderheitengruppe“ Vietnams.

Interviewpartnerin B, 30 Jahre, 1 Kind, lernte ihren heutigen Mann in ihrer Heimat in der Provinz Hunan, am Mittellauf des Jangtsekiang kennen, da er dort auf Montage war. Sie ging mit ihm nach Österreich und lebt heute sehr einsam mit ihrem Sohn im Süden Wiens, da ihr Mann nach wie vor viel auf Montage ist.

Interviewpartnerin C, 40 Jahre, 2 Kinder, kam 1986 mit ihren Eltern aus der südostchinesischen Provinz Zhejiang an der Küste zum Ostchinesischen Meer nach Österreich. Ihre Eltern betrieben ein chinesisches Restaurant, wo auch meine Informantin mitarbeitete.

Interviewpartnerin D, 44 Jahre, 2 Kinder, kam der Arbeit wegen aus der Hafenstadt Qingdao in der ostchinesischen Provinz Shandong, nach Österreich und ließ die ersten zwei Jahre ihren Mann und die Tochter in China. Als die Familie nachgekommen war, bekam sie ihr zweites Kind.

Interviewpartnerin E, 48 Jahre, 2 Kinder, kam als Ärztin aus der Hafenstadt Fuzhou, in der südostchinesischen Provinz Fujian nach Österreich. Ihr Mann ist auch in Wien als Zen-Meister tätig.

Interviewpartnerin F, 40 Jahre, kam wegen des Studiums nach Österreich. Mit ihrem Geburtsort Wuxi verbindet sie nichts, da sie mit ihren Eltern in Lanzhou in der Provinz Gansu im Nordwesten der Volksrepublik China gelebt hat, da diese dort beim Militär arbeiteten.

Sie lebt heute in Wien und ist im Beruf sehr erfolgreich.

Interviewpartnerin G, 42 Jahre, 1 Kind, kam aus Beijing nach Österreich und heiratete einen Österreicher, von dem sie mittlerweile geschieden ist und Streit um den gemeinsamen Sohn hat. Sie hat mich des Öfteren um Tipps gebeten, wie sie ihren Sohn nicht an den Vater verlieren würde, und ihre Beziehung zu ihm aufrecht halten kann.

Interviewpartnerin H, 33 Jahre, 1 Kind, kam mit ihren Eltern als sie noch ein kleines Kind war, aus Du Lan in der Provinz Qinghai nach Österreich, wo ihre Eltern ein chinesisches Restaurant betreiben. Sie heiratete einen Wiener und spricht akzentfreies „Wienerisch“.

Interviewpartnerin I, 47 Jahre, 2 Kinder, kam aus Shenyang, der Hauptstadt der Provinz Liaoning im Nordosten Chinas zum Studieren nach Österreich. Sie arbeitet an der Veterinärmedizinischen Universität in Wien und zieht in Erwägung, in der Pension eventuell nach China zurückzukehren. Diese Informantin hatte auch die größten Sprachprobleme aller meiner Interviewpartnerinnen.

8.7. Vertrauensbildung

Bei den meisten meiner Informantinnen wurde die Vertrauensbildung dadurch geweckt, da ich in meinen ersten formlosen E-Mails mich und mein Vorhaben vorstellte und auch erwähnte, dass ich selbst eine Familie habe. Da es in dieser Arbeit um Schwangerschaft und Geburt geht, ist es nur von Vorteil, diese Thematiken selbst durchlebt zu haben. Meine Informantinnen waren dadurch auch vor dem Interview schon bereit, mit mir über unsere Kinder zu sprechen und fragten mich sozusagen darüber aus. In den Interviews wäre so eine Situation natürlich nicht förderlich, da es ja um Daten der chinesischen Migrantinnen geht. Die Tatsache, dass ich selbst vier Schwangerschaften und Geburten erlebt habe, brachte mir in meinen Interviewsituationen viele Vorteile. So konnte ich wohl wissend über die sachlichen wie auch ganz persönlichen Dinge sprechen und verstand die jeweilige Partnerin in ihren Aussagen. Es ging ja gerade bei der Thematik „Geburt“ um Gefühle und Emotionen, die bei mir angesprochen werden durften. Die erste Informantin meinte, mit ihrem Mann könne sie „so nicht sprechen“, obwohl sie eine sehr gute Ehe führt. Es tat ihr gut, sich mit jemandem auszusprechen, und bestärkt zu werden. Dies merkte ich auch bei anderen Informantinnen, die mich wiederum positiv bestärkten, indem sie mich zu ihren „Ratgebern“ machten, nicht nur in Belangen der Schwangerschaft und Geburt – nein, sie machten mich zu „Lebensberatern“. In solchen Situationen denkt man, wie viel Positives diese Arbeit eigentlich mit sich bringt. Das sind die Erfolge der ethnographischen Feldarbeit.

8.8. Ethics of Research

Da diese Arbeit in das FWF- Projekt eingebettet ist, konnte man auch auf die Informationen anderer Projektmitarbeiterinnen zurückgreifen, die aber ebenso sensibel wie die eigenen Daten gehandhabt werden mussten, da es meist um sehr vertrauliche, intime Fragen ging. Die chinesischen Informantinnen wurden daher immer wieder auf Anonymität und Datenschutz hingewiesen, um sie so vor Missbrauch der Daten durch Andere zu schützen. Auf Grund der Anonymisierung ist es nicht ersichtlich, welche Identität hinter den Aussagen der Informantinnen steht. Über die gewonnenen Daten in Bezug zur Informantin wurde mit niemandem gesprochen, um so nicht die Anonymität zu verletzen. Einzig das Interview mit der Hebamme wurde nicht anonymisiert, da sie nicht darauf bestand.

Von der Projektleiterin bekam ich ein Informationsblatt, das ich jeder Interviewpartnerin vor dem Interview gab, um sie so über die Vorhaben dieses Projekts, und über die Verwendung

ihrer Aussagen, zu informieren. Jedoch war es trotzdem manchmal für die InformantInnen auf Grund der sprachlichen Hindernisse nicht verständlich, worum es ging. Dieses Informationsblatt beinhaltet ebenso die Daten der Projektleiterin Dr. Christine Binder- Fritz, für eventuell auftretende Fragen.

Es war mir während der gesamten Datenerhebung immer sehr wichtig, mich an diese ethischen Vorgaben zu halten, damit ich den InformantInnen die Privatsphäre bewahre.

9. Methoden der Datensammlung

Wie oben erwähnt, verwendete ich in dieser Arbeit die Methode des Interviews und natürlich die teilnehmende Beobachtung, die sich aber auf die Gespräche vor und nach den Interviews reduzierte. Es waren aber auch Situationen, in denen ich durch die Interaktion der Informantin mit ihrem Kind oder ihrem Partner einiges beobachten konnte.

Atteslander nennt auch Alltagsgespräche, von denen ich sehr viele mit meinen Informantinnen führte, als „Austausch von Informationen“. Für mich waren viele aufschlussreiche Gespräche darunter, die ich auf der Heimfahrt gleich protokollierte und so ebenso in die Arbeit einbringen konnte (vgl. Atteslander 2000: 115).

9.1. Qualitative Methoden – das Interview

Wie schon beschrieben, wählte ich die Methoden der qualitativen Sozialforschung, da man diese Daten am Besten in einer empirischen Studie einbringen kann.

Ebenfalls erwähnt habe ich schon, dass man mittels Interview die Fragen gezielt stellen kann, und so nur die notwendigen Daten erhält, im Gegensatz zum narrativen Interview, das hier nicht so angebracht schien, da doch verschiedene Themenfelder gefragt wurden. Ein narratives Interview wäre vielleicht in eine Richtung abgezielt und hätte eventuell zu viele nicht verwertbare Daten eingebracht.

Atteslander meint, dass jede Art der Befragung eine soziale Situation darstellt, nicht nur die Menschen, die darin agieren, sondern auch die jeweilige Umgebung, selbst wenn jemand auf einen schriftlichen Fragebogen hin antworten schreibt. Er meint weiters, dass bei der Befragung dieselben Probleme auftauchen, wie bei der Beobachtung, nämlich die, dass man die Umgebung nie total und vollständig beobachten kann (vgl. Atteslander 2000: 117). Genauso ist es bei der Befragung, es sind immer Teilaspekte, die man damit erfährt.

Außerdem kann man als InterviewerIn oft die Antwort- Situation der Befragten beeinflussen. Bei früheren Interviews in der Studienzeit hatte ich oft das Gefühl, dass die Befragten das sagten, was sie dachten, das ich hören wollte.

Das ist nun nicht Sinn der Sache. Deshalb ist es gerade bei so heiklen und intimen Themen in diesem Projekt, wo es ja um „Frauengesundheit“ geht, von Wichtigkeit, Nähe zu den Befragten aufzubauen – ihnen die Scheu zu nehmen.

Die Schwierigkeit liegt dabei darin, dass man einer völlig fremden Frau gegenübersteht, von der man aber schließlich erreichen will, dass sie über ihre privatesten Angelegenheiten offen spricht. Wie soll man das in kurzer Zeit bewerkstelligen?

Mein Ziel war deshalb, schon vorab der Interviews mit den Frauen so viel wie möglich, meist über E-Mails, manchmal auch telefonisch, in Kontakt zu kommen, und auch private Dinge auszutauschen. Dies kam bei allen gut an, und wir hatten beidseitig nicht mehr so viel Hemmungen wie anfangs erwartet.

Nun zum Interview:

Nach Mayring ist der verbale Zugang, also das Gespräch, die tragende Säule der qualitativen Forschung. *„Subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten. Man muss hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen; sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte“* (Mayring 1999: 49).

Um den Frauen in unserem Projekt eine Stimme zu geben, und sie „selbst zur Sprache kommen lassen“, wurde das strukturierte, mündliche Einzelinterview gewählt.

Strukturiert heißt es deshalb, weil es nach Atteslander kein Gespräch gibt, das nicht in irgendeiner Weise strukturiert ist (vgl. Atteslander 2000: 140).

Es ist die Intensität der Strukturierung, die die Art der Befragung ausmacht.

Beim wenig strukturierten Interview arbeitet der Forscher ohne Fragebogen und die „Last der Kontrolle“ wird dem Interviewer übertragen.

Die Fragen werden gezielt gestellt, und der Interviewer hat die Aufgabe des Zuhörers übernommen. Aus dem Gespräch heraus ergeben sich die weiteren Fragen, sie sind nicht vorgefertigt und nach einem Schema abzufragen.

Der Interviewer hat die Aufgabe, den Redefluss der Befragten nicht zu unterbrechen und ihn in Gang zu halten. Er sollte die Fragen kurz und einfach stellen und diese immer als Frage an die letzte Aussage hängen, um so die Sinnzusammenhänge in ihren Strukturen deutlich werden zu lassen (vgl. Atteslander 2000: 141).

Zu dieser wenig standardisierten Form der Befragung zählt das narrative Interview, dessen Grundgedanken jene sind: *Das narrative Interview will durch freies Erzählen lassen von Geschichten zu subjektiven Bedeutungsstrukturen gelangen, die sich einem systematischen Abfragen versperren würden. Die Strukturierung des Gesprächs geschieht durch den universellen Ablaufplan von Erzählungen, die der Interviewer unterstützt* (Mayring 1999:55).

Diese Art des Interviews wird in vorliegender Arbeit aber nicht angewandt, da ich schon erwähnt habe, dass die Daten in dieser Fülle bestimmt nicht gekommen wären, da verschiedene Themenbereiche angesprochen werden.

Eine andere, aber ähnliche Form ist die des problemzentrierten Interviews, in dem der Interviewer schon vorher die Problemstellung analysiert hat und auf Grund dessen einen Interviewleitfaden entworfen hat (vgl. Mayring 1999: 50).

Dieser Leitfaden ist hilfreich dabei, zu wissen, welche Fragen im Gesprächsverlauf noch angesprochen werden sollten. Das Gespräch kann also keine Wende in eine falsche Richtung nehmen. Der Interviewer hält sich an die vorgefertigten Fragen, damit auch alles zu Erforschende zu Tage kommt.

Bei dieser teilstrukturierten Art der Befragung liegt meist ein Fragebogen zu Grunde, an dessen Reihenfolge sich der Interviewer aber nicht halten muss. Es entscheidet der Befragte durch seine Antworten. Der Interviewer hat den Fragenkatalog vor sich, um keine relevante Frage unbeantwortet zu lassen.

Durch diese Methode soll eine Vertrauenssituation zwischen dem Interviewer und dem Befragten entstehen, die die beste Voraussetzung für ein gelungenes Interview darstellt.

Die Kommunikationsart in dieser Arbeit war immer mündlich mit Hilfe schriftlicher Unterlagen, da die Frauen so ihr gesamtes Bild abgeben konnten, was bei einem schriftlichen Fragebogen nicht möglich gewesen wäre.

Im Gespräch ergibt sich dann vielleicht wieder eine andere Frage, wovon man aber nicht zu viele stellen sollte, da man sonst Probleme bei der Analyse bekommt, da man diese Einzeldaten nicht auswerten kann, weil man keine Vergleichsdaten hat.

9.2. Der Fragebogen

Nach Atteslander ist *Der Fragebogen ist die schriftlich fixierte Strategie einer strukturierten Befragung* (Atteslander 2000: 171). Bei der Erarbeitung des Fragebogens gilt es einige Kriterien einzuhalten. Er soll logisch aufgebaut sein, und Fragen des gleichen Themas hintereinander stellen, um die Sinnhaftigkeit zu gewährleisten. In vorliegender Arbeit wurden zuerst von der Projektleiterin die Fragen des soziodemographischen Teiles erstellt und an alle Projektmitarbeiterinnen als fixer erster Teil des Fragebogens ausgeteilt. Diese statistischen Daten fließen in das Projekt mit ein und dienen der Auswertung über die Thematiken der Migration, der Religion, der Berufstätigkeit und des sozialen Lebens.

So wird schon der erste Kontakt zum Befragten hergestellt und die Interviewsituation wird immer vertrauter. Auch wenn anfangs die Situation erst anlaufen muss, kann man nach diesem Teil schon heiklere Fragen stellen, da eine vertraute Phase beginnt.

Der Fragebogen dieser Arbeit setzt sich aus zwei Teilen zusammen, eben aus dem schon erwähnten soziodemographischen Teil und dem zweiten Teil, der speziell auf das Thema dieser Arbeit hinzielt, nämlich die Schwangerschaft und Geburt.

Die Fragen für diesen zweiten Teil wurden von Dr. Christine Binder- Fritz vor entworfen und an die Projektmitarbeiterinnen mit ihren speziellen Thematiken versandt.

Wir hatten nun die Aufgabe, aus diesen Fragen einen Fragenkatalog zu erstellen.

Atteslander teilt die Entwicklung eines Fragebogens in fünf Phasen ein, nach denen ich mich auch richtete: als erstes wird die Präzisierung, die Einengung des Themas und die Aufstellung der Hypothesen genannt.

Weiters sollen die Fragen zu den gewünschten Bereichen oder Hypothesen erstellt werden. Man sollte versuchen, offene und geschlossene Fragen zu mischen, um den Fragebogen lebendiger zu gestalten.

Als nächster Schritt sei die Ordnung der Fragen in eine Reihenfolge genannt, wobei in unserem Falle zuerst die soziodemographischen Fragen gestellt werden, die als „Aufwärmfragen“ gelten. Erst später können auch heikle und intime Fragen gestellt werden. Atteslander nennt als vierten Punkt die Überprüfung des Fragebogens an ca. 20 Befragten, was in meinem Fall nicht gemacht wurde. Ich testete den gesamten Fragekatalog alleine und war gespannt auf die Reaktion der Informantinnen. Da die erste Interviewpartnerin so positiv auf mich zukam, und es keinerlei Probleme mit der Fragestellung gab, musste ich auch nicht viel adaptieren. Als letzten Punkt nennt Atteslander die Vorbereitung der Hauptuntersuchung (vgl. Atteslander 2000: 175).

Die so entstandenen Vorschläge schickten wir an die Projektleitung und diskutierten gemeinsam in unseren monatlichen Projekttreffen darüber. Gemeinsam korrigierten wir die Fragebögen und versuchten so, unsere Fragebögen durch die Begutachtung der Anderen zu vervollständigen. Für das eigene Thema ist man ja durch die ständige Beschäftigung damit „blind“. So entstanden mit der Zeit all unsere Fragebögen mit den verschiedensten Thematiken. Mein Fragebogen beinhaltet im zweiten Teil spezielle Fragen über die Schwangerschaft, über die Geburtsvorbereitung, über den Vergleich zum chinesischen Geburtssystem, bevor es dann zu den Fragen über die persönlichen Ansichten und Erfahrungen mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt geht. Ich ließ als Abschluss den Frauen ihre eigenen Erlebnisse ihrer Geburten schildern. Hier musste ich immer wieder

feststellen, dass alle Informantinnen sich noch genau an die Geburtsabläufe erinnern konnten und wie bereitwillig sie darüber sprachen (so, als wären sie froh, mit jemandem darüber sprechen zu können).

Es wurde noch ein zweiter in derselben Weise erstellt zur Durchführung mit einer Hebamme, die mit chinesischen Migrantinnen gearbeitet hat. Dieses Interview wird als Expertinnen-Interview gewertet.

Die beiden Fragebögen sind im Anhang angefügt.

9.3. Alltagsgespräche als Informationsaustausch

Auch Gespräche, die nicht aufgenommen werden, sich aber meist vor und nach dem Interview ergeben, werden als Informationsgewinn betrachtet, da sie meist viele relevante Aussagen enthalten, wie dies Atteslander erwähnt: *„Es gibt kaum Gespräche im Alltag, die nicht in irgendeiner Weise durch Fragen und Antworten und Gegenfragen geprägt sind. Wenn zwei oder mehrere Menschen miteinander in Beziehung treten und ein Gespräch über Begebenheiten in ihrer Umwelt, wie das Wetter oder die Fußballergebnisse, beginnen, so ist Inhalt dieser sozialen Beziehung auch Austausch von gegenseitigen Mitteilungen. Neben diesen verbalen Aspekten der Kommunikation beeinflussen oft auch nichtverbale Äußerungen, wie Erscheinung oder Mimik des Gesprächspartners, das Verhalten der Menschen“* (Atteslander 2000: 115).

Dadurch, dass ich bei einigen Interviews meine jüngste Tochter mit hatte, brachte den Vorteil mit sich, dass sich viele solcher informeller Gespräche von selbst bildeten, da die Interviewpartnerinnen genauso Mutter sind wie ich selbst als Forscherin. Es ging in diesen Gesprächen um viele private Dinge, die mir meine Informantinnen sicher sonst nicht anvertraut hätten.

Diese Alltagsgespräche waren sehr viel lockerer und entspannter, als die Interviewsituation selbst.

9.4. Datensammlung mit Hilfe eines Aufnahmegerätes

Die so gewonnenen Daten wurden mit einem Aufnahmegerät festgehalten und zu Hause transkribiert. Anfangs gab es eine Panne mit dem Aufnehmen, und ein zweites Interview

wurde teilweise vom Sohn der Interviewpartnerin gelöscht (diese Daten waren aber nur vom soziodemographischen Teil, den die Informantin ohnehin auf dem Fragebogen ausgefüllt hat). Den Rest der Informationen schrieb ich in Form von Protokollen sofort mit (während des Interviews in Stichworten) und die Alltagsgespräche ließ ich zu Hause Revue passieren und schrieb sie dann sofort nieder.

So kam eine Fülle an Daten zu Stande, die als Informationsgewinn dienen.

Vor den Interviews erklärte ich meinen Informantinnen nochmals das Projekt und gab ihnen das Informationsblatt dazu. Es wurde auch immer wieder darauf hingewiesen, dass diese Aufnahmen niemand hören würde und alles absolut anonym sei (nur eine Informantin hatte ein wenig Scheu vor dem Aufnahmegerät, sie sprach bei ihr unangenehmen Themen leiser und deutete immer wieder auf das Gerät, so als ob das sonst niemand erfahren dürfe).

9.5 Datenanalyse

Das gesamte Datenmaterial, die zehn von mir durchgeführten Interviews mit neun chinesischen Migrantinnen und einer Hebamme, wurden mit dem Aufnahmegerät festgehalten, zu Hause aufbereitet und danach geordnet. Die Aufbereitung erfolgte mittels kommentierter Transkription, in welcher auch die nonverbalen Aussagen wie „lachen“ und dergleichen festgehalten werden müssen, was natürlich die Lesbarkeit dieser Transkripte ein wenig einschränkt. Diese Transkripte wurden dann ausgedruckt und waren sofort ideal zum Beschreiben. Vorerst kodierte ich die Daten von Hand auf den Transkript- Ausdrucken und verwendete dabei die qualitative Analyse nach Mayring, bei der man die einzelnen Paraphrasen in eine Spalte schreibt und diese dann generalisiert. Die so gewonnenen Informationen werden dann nur noch als Reduktion zusammengefügt. So werden ähnliche oder zusammenhängende Bedeutungseinheiten gebündelt und dadurch die Datenfülle auf das brauchbare reduziert (vgl. Mayring 1999: 74). Die durch diese Methode schon sehr gut vorbereitete Analyse wurde dann nur noch in das Computer- Programm atlas.ti eingegeben, um jederzeit die Kategorien, die ich gerade bearbeitete, abzufragen. Die Kategorien wurden hauptsächlich nach dem Fragebogen erstellt, um sie so besser in der Empirie dem theoretischen Komplex gegenüberstellen zu können.

EMPIRISCHER TEIL

10. Soziodemographische Angaben und Migrationsgeschichte der neun chinesischen Interviewpartnerinnen

Um die Anonymität zu wahren, werde ich meine Interviewpartnerinnen nicht mit Namen nennen, und ihnen der Einfachheit halber die Abkürzung IP (Interviewpartnerin) und daran den Buchstaben chronologisch nach dem Datum der Aufnahme geben. So wird zum Beispiel die erste Interviewpartnerin mit IP A angeführt, und so weiter.

In den soziodemographischen Teil kommen die Angaben über die Herkunft, die Religion, die Schulbildung, den Familienstand sowie die Migrationsgeschichte der Chinesinnen.

Zur besseren Übersicht habe ich hier die Profile der Interviewpartnerinnen zusammengestellt. Das Alter der Frauen bezieht sich auf das Datum der Aufnahme, das man in der im Anhang angeführten Liste ablesen kann.

IP A:

IP A war zum Zeitpunkt des Interviews 39 Jahre alt. Sie wurde als 3. von 6 Mädchen in Hongay (Vietnam) geboren. Immer wieder betont sie aber, sie sei Chinesin (eine der vielen „Auslandschinesen“ in Vietnam), die mit ihren Eltern geflüchtet ist:

I: Wann und warum seid ihr nach Österreich gekommen?

IP: Ah, wann das war, 1978, ahm, das war so, so ein Aufstand der Vietnamesen gegen Chinesen. Ahh, ja, die haben gemeint, die die Chinesen stören. Weil wir waren immer viel tüchtiger als sie, ... (IP A: 90-92).

...sie wollten uns irgendwie in einer Siedlung, wahrscheinlich unterbringen. Und mein Vater hat sich natürlich gewehrt. Und er sieht eigentlich auch keine Zukunft für seine Kinder in Vietnam, und, ja und in einer wie gesagt, Nacht- Nebel- Aktion sind wir dann geflüchtet (IP A: 97-100).

Ursprünglich wollte die Familie nach Amerika, da man laut der Aussage meiner Interviewpartnerin in Vietnam nur Amerika kennt. Aber durch eine interne Empfehlung hin, kamen sie dann nach Österreich mit fünf Kindern, der Großmutter und zwei Brüdern des

Vaters. Die Brüder gingen aber dann weiter nach Kanada, wo sie noch heute leben. Bezug zum Herkunftsland besteht bei IP A so gut wie keiner, und sie betont auch immer wieder, dass sie keinen Bedarf hat, je hin zu reisen. Ihre Eltern besuchen noch gelegentlich die Halbschwester des Vaters in China.

Die Religion spielt in ihrem Leben keine Rolle, da sie ohne Bekenntnis ist, aber im gleichen Atemzug wird erwähnt, dass sie an Zeremonien und Feiern teilnimmt, und diese zum Treffen Gleichgesinnter sehr wichtig genommen werden. Ihre Kinder gehen auch in diesen „Tempel“, wo sie Chinesisch lernen sollen, da ihnen IP A nicht gut helfen kann, da sie das Schreiben selbst nicht so beherrscht. Ihre Mutter unterstützt sie dabei, da sie im Herkunftsland Lehrerin gewesen ist. Auch zwei ihrer Schwestern haben in Wien Sinologie studiert und IP A meint, dass die beiden sehr gut chinesisch sprechen können und dadurch „weit kommen können“ (vgl IP A: 226).

IP A kam also mit sieben Jahren schon nach Österreich, wo sie dann auch gleich in Niederösterreich die Volksschule und Hauptschule besuchte und danach in die Modeschule in Krems weiterging. Sie arbeitete später in diversen PR- Agenturen und macht zurzeit einen Kurs, um in eine andere Richtung zu gehen.

Sie wohnt mit ihrem Mann, der auch, wie sie selbst mit 8 Jahren aus Vietnam als Auslandschinese nach Österreich kam, und mit ihren gemeinsamen beiden Töchtern (2002 und 2003 geboren) in einer Mietwohnung in Wien.

IP B:

IP B war zum Zeitpunkt des Interviews 30 Jahre alt. Sie stammt, wie ihre Eltern auch aus China, der Provinz Hunan und hat als Muttersprache Mandarin. Sie wurde als Dritte nach zwei älteren Brüdern geboren und lebt heute in Breitenfurt bei Wien.

Sie betonte auch, dass sie dem Buddhismus angehöre, aber nicht an religiösen Feiern oder Zeremonien teilnimmt. Vielleicht liegt das auch daran, dass sie mit einem Österreicher verheiratet ist, den sie in China, in ihrer Provinz kennen gelernt hatte, nachdem er dort auf Montage gewesen ist. Er war dort zwei Jahre auf Montage und meine Interviewpartnerin kam gleich mit ihm nach Österreich, wo sie auch blieb (auch heute ist ihr Mann noch sehr viel auf Montage, auch als ich mit ihr das Interview führte, wodurch sie sehr einsam ist und, da ohne Führerschein, auch sehr hilflos ist).

Die Schulbildung erfolgte demnach noch in ihrer Provinz in China. Sie besuchte dort die Grundschule und das Gymnasium und absolvierte dann die HAK (aus den mitgeschriebenen Unterlagen entnehme ich, dass sie in Wien dann ein College besucht hat, kann ich aber nicht

mehr genau sagen, da ihr Sohn auf das Aufnahmegerät gedrückt hat, und mir somit den ersten Teil des Interviews gelöscht hat).

Ihre Berufsausbildung hat sie demnach in China abgeschlossen, war in Österreich aber, wie viele andere auch, als Pflegehelferin tätig, da sie mit ihrer Ausbildung keine Arbeit gefunden hatte, und so nur die kurze Ausbildung zur Pflegehelferin machte.

Sie erklärte mir auch, anfangs sei sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln öfter nach Wien Floridsdorf zur Volkshochschule gefahren, was aber mit ihrem Sohn nicht mehr so einfach ist, da die Anreise doch ziemlich zeitaufwendig ist.

IP B lebt mit ihrem Mann und ihrem Sohn (2004 geboren) in einem Einfamilienhaus in Breitenfurt bei Wien). Sie besucht aber regelmäßig ihre Familie in China, wo sie auch im Oktober 2009 das letzte Mal war.

Am Anfang sei ihr die Sprache und die Mentalität der Österreicher sehr fremd gewesen, wo ihr aber ihr Mann und ihre Schwiegermutter, die im Nachbarhaus, aber im selben Garten, mit ihnen wohnt, sehr geholfen. Auch bei der Erziehung ihres Sohnes war die Schwiegermutter sehr bedeutend. IP B bedauert sehr, dass sie kürzlich an Brustkrebs verstorben ist, da dadurch eine große Hilfe (und ich denke auch – Vertrauensperson) fehle.

Ihrer eigenen Mutter war es nicht recht, dass IP B nach Österreich geht, da es in China üblich ist, für die Eltern, wenn sie älter werden, da zu sein. Aber nach langen Debatten, hat ihre Mutter gemerkt, dass es keinen Sinn hat, gegen ihre eigene Tochter anzukämpfen (vgl. IP B: 4ff.).

IP C:

Die nächste Interviewpartnerin kam 1971 in China, in der Provinz Zhejiang als Zweite von drei Kindern (zwei weiblich, einer männlich) zur Welt.

Ihr Vater kam 1986 nach Wien und holte die gesamte Familie dann nach, wo sie ein China-Restaurant führten (ihre Eltern sind mittlerweile in Pension und wieder nach China zurückgegangen, da China für sie „mehr ist, es ist die Heimat“: vgl. IP C: 155).

Sie ging noch in China zur Grundschule und in die Hauptschule. Ein Jahr ist sie aber noch in Österreich in die Hauptschule gegangen. Ihren Erzählungen nach hat sie keine Berufsausbildung gemacht (nur ein Jahr Berufsschule), da sie im Restaurant ihrer Eltern gearbeitet hat. Ihr jetziger Mann besitzt ein Geschäft, wo sie auch geringfügig arbeitet. Aber ihren Traum, Designerin oder „etwas mit Mode“ wird sie sich nicht mehr erfüllen, da sie immer wieder betonte, schon zu alt zu sein (auch auf Anraten von mir und meiner ersten

Interviewpartnerin IP A, durch die ich zu ihr gekommen bin, wollte sie von nochmals lernen, nichts wissen).

Jetzt lebt sie mit ihrem Mann und ihren zwei Söhnen (2000 geboren und stammt von einem anderen Mann; 2004 geboren, von ihrem jetzigen Ehemann) in einer Mietwohnung in Wien.

Ihre zwei Geschwister leben heute auch noch in Wien, nur die Eltern sind wieder nach China gegangen.

IP C nennt immer wieder die Sprache als größte Schwierigkeiten, als sie nach Österreich gekommen sind. Sie meinte, sie hätte in der Schule nur als einziges Problem die Sprache Deutsch, wo ihr aber der Lehrer auch eine 3 „schenkte“, damit sie eine Ausbildung weitermachen könne, was sie aber nicht tat, da sie zu Hause im Restaurant gebraucht wurde.

Mit China fühlt sie sich noch sehr verbunden, da China „ihre Heimat“ ist. Sie besucht das Land auch alle paar Jahre und war das letzte Mal 2008 dort (Verwandtenbesuche und auch auf Urlaub).

Auch in Wien lebt sie die Zeremonien und Feiern der asiatischen Kultur, indem sie in den buddhistischen Tempel geht und dort auch asiatische Leute zum Beten Plaudern und Kochen trifft.

IP D:

Meine nächste Interviewpartnerin kam im Jahr 1966 in Qingdao, in der Provinz Shandong in China als Dritte von 5 Kindern zur Welt (2 männlich, 3 weiblich). Aus ihrer Familie kam sie allein nach Österreich, alle anderen leben noch in China. Sie kam aus beruflichen Gründen 1994 nach Wien, da sie in China die Ausbildung zur Krankenschwester nach der Grund und Mittelschule absolviert hat, und man ihr angeboten hat, in Österreich zu arbeiten, da dort Krankenhauspersonal fehlt. Sie hat noch in China einen Deutsch- Kurs besuchen müssen und ist dann mit einer ganzen Gruppe von chinesischen Krankenschwestern nach Wien gekommen. Dieser Vertrag galt eigentlich nur für zwei Jahre. Da IP D aber in Österreich mehr Chancen sah, entschied sie, zu bleiben und stellte ihren Mann vor die Wahl, ebenfalls zu kommen, oder in China zu bleiben. Zu der Zeit war ihre gemeinsame Tochter schon 4 Jahre alt. Der Mann entschied sich fürs nachkommen und machte hier eine ganz andere Ausbildung, da er als Maschinenbau- Ingenieur keine Chance auf Arbeit hatte (er hatte in China sogar das Maschinenbau Studium abgeschlossen!). Seine, wie auch ihre Nostrifikation wurden nicht anerkannt, was sie zu einer anderen Ausbildung zwang. IP D machte die Stunden für die Krankenschwestern- Ausbildung nach, und ihr Mann sattelte gleich auf eine andere Branche um, und machte die einjährige Ausbildung zum Pflegehelfer.

IP D meint, dass das Schwierigste nach der Ankunft in Österreich für sie die Arbeitssituation gewesen sei und natürlich auch die Sprache. Geholfen dabei hat ihr die Gruppe, mit denen sie gekommen ist, da sie alle dieselben Probleme gehabt hatten.

Sie hat mit ihrem Mann zwei Kinder (Tochter ist 1990 in China geboren, wo sie dann auch mit ihrem Vater lebte, als IP D schon in Österreich war, und der Sohn ist 2001 in Österreich geboren, als niemand mehr damit gerechnet hat).

Mit China verbindet sie noch sehr viel, da die Familie dort wohnt. Früher, als sie allein in Wien war, und ihr Mann mit der Tochter noch in China war, reiste sie oft zweimal im Jahr nach China. Heute besuchen sie das Land alle zwei bis drei Jahre (letztes Jahr, als ihre Tochter maturiert hatte, sind sie alle gemeinsam nach China geflogen).

Sie wohnen in einem Reihen- Eigentums- haus am Rande von Wien, hält aber noch sehr viel auf die chinesische Kultur. Deshalb trifft sie sich auch öfter bei dem buddhistischen Tempel, um den Sohn auch auf die Kultur ein bisschen zu schulen und um sich mit anderen Asiatinnen auszutauschen.

IP E:

IP E ist vor 48 Jahren in der Stadt Fuzhou in der Provinz Fujian in China geboren. In dieser Stadt leben auch ihre Eltern, die ebenfalls beide aus der Stadt stammen. Muttersprache ist Mandarin. Sie hat zwei jüngere Schwestern, die beide noch in dieser Provinz leben.

Die Religion, der Buddhismus, nimmt eine zentrale Stelle in ihrem Leben ein. Deshalb nimmt sie auch regelmäßig an Zeremonien und Feiern teil.

Die Schulbildung absolvierte sie in China, Grundschule, Gymnasium dann Studium der Medizin. Die gesamte Familie (auch schon ihr Großvater) waren allesamt Ärzte in China. Sie lehrten an der Universität und ihr Vater war als Oberarzt an einer Kinderklinik tätig.

Auch ihr Ehemann war in China als Arzt tätig und betreibt hier in Wien eine eigene Tai Chi Schule, wo meine Interviewpartnerin als Angestellte arbeitet. Aber sie hat auch ein eigenes Büro, wo sie als TCM- Ärztin tätig ist.

Mit ihrem Mann hat sie zwei Söhne (1988 und 1993 geboren), wovon der Erste noch in China geboren worden ist. Die Familie wohnt noch vollständig in einem eigenen Haus.

Die Familie kam nach Wien durch einen Wiener Arzt, der in China an der Universität, in der IP E und ihr Mann arbeiteten, die Ausbildung zur Chinesischen Medizin (TCM) absolvierte. Er lud ihren Mann einige Male nach Wien ein und der beschloss dann, hier zu bleiben. Seine Frau kam ein Jahr später mit ihrem damals einjährigen Sohn nach (das dürfte dann 1989 gewesen sein).

Weil die restliche Familie in China lebt, besteht eine enge Bindung zu diesem Land. IP E reist jedes Jahr mit der gesamten Familie nach China, um dort die Verwandten zu besuchen. Ihre Eltern waren zwar auch schon da, aber noch nicht so oft.

Schwierigkeiten gab es kurz nach der Migration einige, da IP E kein Wort Deutsch sprach und sich auch mit der Kultur erst vertraut machen musste. Sie meinte, sie wurde oft bei Kleinigkeiten nicht verstanden, wie zum Beispiel die Sache mit der Briefmarke:

...eine kleine Sache erzähl ich auch wegen einer Brief schreiben war ich damals noch, noch, gab noch nicht so viele telefonieren. Kann man, kann nicht leisten. Und ich hab Brief geschrieben und der Briefmark ich hab gefragt, wie viel er kostet der Briefmarke nach China schicken. Und das, die Leute haben mir keine informiert. Hatten nur einfach mir gegeben. Und nach dieser Brief hab keine Luftpost geschrieben, sondern eine Monat gedauert bis China. Also, hat so, so kleine Sache, ja, also viele so was, so was, solche Sache bekommen... (IP E: 230-236).

Solche Dinge sind ihr leider viele passiert. Hilfe hat sie mit ihrer Familie bei der bekannten Arztfamilie, bei der sie auch gewohnt haben und öfter zu Hause eingeladen waren, und sich dadurch mit ihnen befreundet hatten, bekommen.

Ihr Freundeskreis besteht demnach auch nur aus Österreichern. Die Asiaten, meint sie selbst, trifft sie in China bei ihren Verwandtenbesuchen. In ihrer Nähe in Wien leben keine ChinesInnen.

IP F:

Meine nächste Interviewpartnerin war zur Zeit des Interviews 40 Jahre alt. Sie wurde in China in der Stadt Wuxi, in der Provinz Jiangsu geboren und hat als Muttersprache Mandarin. Daneben spricht sie auch noch Kantonesisch, Englisch und Deutsch.

Nach dem Interview erzählte IP F ganz stolz, dass ihre Familie aus ganz China stammt, und sie immer schon „reisefreudig“ waren. Mit ihrem Geburtsort verbindet sie nichts, da das nur der Ort der Geburt sei, und sie nie dort gelebt hat.

Ihre Mutter stammt auch aus Wuxi. Ihr Vater, der eigentlich aus dem Süden kam (Guangzhou in der Provinz Guangdong) reiste nach Wuxi und lernte dort ihre Mutter kennen. Die beiden haben beim Militär gearbeitet und sind auch deshalb mit der gesamten Familie (mit ihren drei Kindern, wovon IP F die Zweite ist) nach Lanzhou in der Provinz Gansu, in den Bergen, gegangen, um dort zu arbeiten und zu leben.

Auch ihre Großeltern waren schon aus verschiedensten Himmelsrichtungen gekommen: der Großvater aus Guangzhou machte Urlaub in Harbin (in der nördlichsten Provinz Heilongjiang) und lernte dort ihre Großmutter kennen.

Ihre beiden Geschwister leben heute in Hongkong und Korea. Auch ihre Eltern leben noch in China.

Sie gehört keiner Religion an und nimmt auch nicht an Zeremonien religiöser Art teil.

Die Schule absolvierte IP F in China (Grundschule und Gymnasium), und das Studium an der WU in Wien. Danach bekam sie gleich den Arbeitsplatz, den sie bis heute nicht gewechselt hat. Auch ihr Mann, der auch aus China stammt, arbeitet heute in Wien (bei einer chinesischen Firma). Ihre Eltern sind heute in Pension, waren aber selbständige Unternehmer, die in Hongkong gearbeitet haben.

IP F ist verheiratet und die beiden leben mit ihrem Sohn (1990 in Wien geboren) in einer Genossenschaftswohnung in Wien.

Sie ist mit 17 oder 18 Jahren mit ihrer Cousine nach Wien zum Studieren gekommen, und hat hier erst ihren Mann kennen gelernt. Die ganze Familie hat noch viel Bezug zum Herkunftsland, da nur sie allein weggegangen ist. Sie reist ungefähr alle drei Jahre mit Mann und Kind auf Urlaub nach China, um die Familie und Freunde zu besuchen.

Obwohl sie nach der Migration kein Wort Deutsch gesprochen hat, gab sie an, sie hatte keine Schwierigkeiten gehabt am Anfang. Ihr Onkel, der bei der Botschaft war, hat ihr mit den Dokumenten viel geholfen, aber Deutsch lernen musste sie selber. Sie meinte, sie habe nie richtig Deutsch gelernt, nur durchs Sprechen, deshalb beherrsche sie auch die Grammatik überhaupt nicht.

Nach Österreich kam sie nur wegen des Studierens, sie sagte:

Es gibt nicht so eine, gabs nicht so ein Drang, ins Ausland zu gehen. Aber damals gabs die Wahl USA oder Europa? Und ich hab nur gedacht, Österreich ist cool (lacht)ein cooler Ort muss sein, und damit das ja nicht immer die gleiche macht was die Andere (IP F: 195- 201).

Die Kontakte in ihrem Freundeskreis bestehen hauptsächlich aus ÖsterreicherInnen. Mit chinesischen Freunden treffen sie sich zum Neujahrsfest oder höchstens zweimal im Jahr, um gemeinsam zu essen und zu feiern. Aber sonst haben sie schon den westlichen Kalender übernommen.

Probleme durch die Migration haben sich keine ergeben, da die Eltern sie gefragt haben, ob sie nicht ins Ausland zum Studieren gehen wolle.

Auch ihre beiden Geschwister sind in die USA gegangen, sind aber mittlerweile wieder zurück (der Bruder lebt in Hongkong und die Schwester hat in den USA einen Koreaner kennen gelernt, mit dem sie dann nach Korea zurückging).

IP G:

IP G ist eine Arbeitskollegin von IP F. Sie ist 1968 in Beijing in China geboren (als Zweite, sie hat einen älteren Bruder). Ihre Muttersprache ist Mandarin, spricht aber noch Englisch und Deutsch.

Ihre Eltern (heute 73 und 76 Jahre alt) kommen aus Tientsin (Mutter) und Fu Jian (Vater). Die beiden haben mit den Kindern in Peking gelebt und leben heute, wie auch ihr Bruder, in Kanada.

Religion gehört sie keiner an, nimmt aber an kulturellen Feiern, wie das chinesische Neujahrsfest teil. Da sie aber in einer Weingegend lebt, nimmt sie natürlich auch an vielen österreichischen Feiern teil.

IP G hat nach der Grundschule, die High School und danach das College besucht, welches sie aber nicht abgeschlossen hat. Nach Österreich ist sie 1989 mit einem Freund zum Studieren gekommen. In China hat sie demnach noch nicht gearbeitet. Ihre Eltern haben auch durch die Migration eine andere berufliche Laufbahn eingeschlagen. Ihre Mutter war in China Pathologin und der Vater Editor. Jedoch in Kanada lebt er für die Musik. Dort leitet er in einem evangelischen Verein den Chor und spielt auch Klavier.

IP G war mit einem Österreicher verheiratet, mit dem sie auch den Sohn (1997 im AKH geboren) bekommen hat. Mittlerweile ist sie aber vom Vater ihres Kindes geschieden und lebt seit sechs Jahren in einer Beziehung. Sie leben zu dritt in einem Haus.

Bezug zu China besteht noch, da die restliche Familie noch dort lebt (auch ihre Eltern sind erst vor kurzem nach Kanada ausgewandert). Sie versucht, einmal im Jahr nach China zu reisen, um dort Urlaub zu machen oder Verwandtenbesuche abzustatten.

Schwierigkeiten nach der Migration gab es ihrer Meinung nach keine, da sie gleich ihren ersten Mann kennen gelernt hatte, der sie auch zu sich nach Hause einlud und ihr viel half in der ersten Zeit. Sie meinte, das sei der größte Unterschied zwischen China und Österreich gewesen – die Gastfreundlichkeit. In China wird man auch von nicht bekannten Leuten zu sich nach Hause eingeladen, was ihr in Österreich nur mit ihrem ersten Mann passierte. Zuerst

dachte sie, in Österreich seien auch alle so gastfreundlich, bis sie draufkam, ihr Mann ist der Einzige, der ihr geholfen hat.

Ihre chinesischen Freunde vermisst sie sehr. Dafür achtet sie darauf, dass sie sich mindestens einmal in der Woche mit chinesischen Freunden zum gemeinsamen Essen trifft, wo dann auch Chinesisch gesprochen wird (worauf sie sehr viel wert legt). Auch an diversen kulturellen Feiern nimmt sie regelmäßig teil (chinesisches Neujahrsfest).

Eigentlich dachte sie, dass sie nach dem Studium wieder nach China zurückgehen werde, aber es kam dann doch anders. Das Studium ist ja noch nicht fertig. Und da sie einen 40- Stunden-Job hat, hat sie auch keine Zeit mehr, weiter zu studieren (was ihr aber sehr leid tut, da sie das Studium sehr gern abgeschlossen hätte).

IP H:

Mit 33 Jahren ist sie meine jüngste Interviewpartnerin. Sie wurde als Zweite (ein älterer Bruder) in Du Lan in der Provinz Qinghai geboren (der Kreis Dulan ist ein Kreis des autonomen Bezirks Haixi der Mongolen und Tibeter im Zentrum der chinesischen Provinz Qinghai: <http://de.wikipedia.org/wiki/Dulan>).

Ihre Eltern (Mutter 1953 geboren und Vater 1949 geboren) stammen aus den Provinzen Sichuan und Zhe Jiang, was auch wieder eine große Distanz bedeutet. Aber IP H meint, sie haben sie folgend kennen gelernt:

IP: Naja, das war, ah, während der Kul, tur, Kulturrevolution sind die jungen Leute ja vom Mao da quasi irgendwohin geschickt worden. Meistens auf Land oder so (IP H: 103, 104).

Heute lebt die gesamte Familie in Wien, wo ihre Eltern ein China- Restaurant führen.

Sie gehört zwar keiner Religion an, nimmt aber trotzdem an den chinesischen Neujahrsfeiern und an anderen kulturellen Feiern teil. Es „spielt sich in Wien aber eigentlich wenig ab, nicht so wie in anderen großen Städten, wo es halt Chinatown gibt (vgl. IP H: 151ff.).

Die Schulbildung absolvierte sie fast gänzlich in Wien, da sie in China nur bis in die zweite Klasse Volksschule ging, und dann mit den Eltern nach Wien kam. Hier ging sie nochmals in die zweite Klasse Volksschule. Nach der Volksschule absolvierte sie das Gymnasium und studierte danach sofort (mit Abschluss).

Ihre Eltern waren im Herkunftsland Buchhalterin (Mutter) und Tischler (Vater). Heute führen sie ein China- Restaurant in Wien.

IP H ist mit einem Wiener verheiratet und hat am 10.10.2010 ihre gemeinsame Tochter geboren. Die junge Familie wohnt in einer Eigentumswohnung am Rande von Wien.

Zur Migrationsgeschichte: ihre Familie hatte immer schon einen „Bezug zum Ausland“ (vgl. IP H: 213). Ihr Großvater wanderte nach Italien aus, um dort zu arbeiten. Einige der sieben Geschwister ihres Vaters sind sogar in Italien geboren. Aus dieser Familie sind etliche nach Europa ausgewandert, viele sind in Schweden, in Italien, in Spanien und ihre Kernfamilie in Österreich. Nur ihr Großvater ist später wieder nach China zurückgegangen.

Als ihr Vater vor 28 Jahren nach Österreich kam, lebte und arbeitete er für die ersten drei Jahre allein hier, bevor er die Familie nachholte.

IP H hat heute keinen Bezug mehr zu ihrem Herkunftsland, da sie auch das letzte Mal vor zehn Jahren dort war, als ihr einziger Großvater noch lebte, der damals verstarb. Heute sieht sie keine Notwendigkeit mehr, nach China zu reisen. Ihre Eltern dafür reisen jährlich nach China und bleiben auch gleich für ein paar Monate dort.

Die Umstellung von China (sie lebten im Hochgebirge) nach Österreich war sehr groß für sie, da sie meinte, „alles war anders“. Sie kannte keine Supermärkte, „wo man einfach von den Regalen nimmt“, sondern nur „wie in der Apotheke, wo man dich bedient“ (vgl. IP H: 291-303).

Da sie als Kind schon gekommen ist, hatte sie keine Probleme durch die Migration. In der Schule ging es ihr sehr gut, da sie eine einzige Lehrerin für sich hatte, die nur ihr Deutsch beibringen konnte.

In der Freizeit trifft sie sich hauptsächlich mit ÖsterreicherInnen, und geht zu keinen Treffen mit Asiatinnen in Vereinen. Einmal in der Woche trifft sie sich mit ihrer Familie.

Die chinesischen Traditionen sind ihr aber trotzdem sehr wichtig, obwohl sie das nicht direkt sagte. Doch nach dem Interview sprachen wir noch so einiges, unter anderem über die Ausstattung ihrer Wohnung, die sehr „chinesisch“ eingerichtet ist (mit Wandteppichen mit chinesischen Motiven...). Auch der Name ihrer Tochter weist darauf hin, dass ihr die Kultur noch wichtig ist. Sie hat einen westlichen Namen, doch ihr zweiter Vorname ist Mei, das chinesische Zeichen für Schönheit. Auch bei der Hochzeit hat sie sich an die chinesischen Riten gehalten, und kein weißes Kleid angezogen (das trägt man zum Begräbnis), sondern ein rotes.

Sie betonte sonst aber immer, eine „richtige Wienerin“ zu sein, und nicht viel von der chinesischen Kultur zu kennen, doch sie trifft sich einmal in der Woche mit ihren Eltern, die der Tradition sehr verhaftet sind, und hält dann auch die Ratschläge ihrer Mutter meist ein (sie hielt auch den Monat „absitzen“ nach der Geburt ein, wo ihre Mutter sie mit Essen versorgte

und sich um sie kümmerte (zu diesem Monat = Yuezi, meinte sie, könne ihre Mutter ganz viel erzählen).

IP I:

Zur Zeit des Interviews war meine nächste Interviewpartnerin 43 Jahre alt. Sie stammt aus Shenyang, in der Provinz Liaoning, in China. Neben ihrer Muttersprache Mandarin spricht sie noch Deutsch und Englisch.

Sie ist die mittlere von drei Kindern (zwei Töchter, ein Sohn). Alle anderen leben noch in Shenyang, Eltern, sowie die Geschwister.

IP I gehört zwar auch keiner Religion an, nimmt aber an traditionellen Festen, wie dem Mondfest oder dem Frühlingsfest teil.

Die Schulbildung schloss sie in China mit dem Studium der Umwelt- Technik ab. In Österreich studierte sie Technische Chemie und arbeitet heute in der Veterinärmedizinischen Universität in Wien in der Chemie- Analyse.

Auch ihre Eltern arbeiten an der Universität. Der Vater (geboren 1937) als Professor für „Automatisierung, ökologischen“ (vgl. IP I: 160f.), und die Mutter (geboren 1939) „macht Analyse im Institut für Kohle- Gas (vgl. IP I: 168f.).

Der Ehemann hat in China in der Universität bei ihrem Vater als Dozent gearbeitet und ist hier in der Wärmetechnik tätig.

Die beiden haben zwei Söhne miteinander. Der Ältere ist 1988 in China geboren, und der Zweite 1997 in Graz.

Jetzt leben sie mit beiden Söhnen in einem Eigentumshaus (der ältere Sohn studiert noch Maschinenbau).

Zur Migration: Ihr Mann entschied in China, nach Österreich zu gehen und dort das Doktoratsstudium zu machen. Sie bekamen 1988 den Sohn, und der Vater ging nach Österreich. Ein Jahr später folgte ihm IP I, und ließ den Sohn noch bei ihren Eltern in China. Erst nach zwei oder drei Jahren wurde der Sohn nach Österreich geholt.

Die gesamte restliche Familie lebt aber nach wie vor in China. Deshalb besteht noch ein Bezug zu China. Es wird viel nach China telefoniert oder E-Mails geschrieben, und alle zwei Jahre dorthin gereist.

Schwierigkeiten nach der Migration gab es viele, da beide ein abgeschlossenes Studium hatten, aber keine Arbeitserlaubnis bekamen. Ihr blieb nichts anderes übrig, als wieder zu studieren (vgl. IP I: 263 ff.).

Nachdem der Ehemann in Wien fertig studiert hatte, bekam er in Graz eine Arbeit, wo sie dann auch lebten (bis „in achte Jahr, wieder zurück nach Wien“ vgl. IP I: 303).

IP I meint, die Lebensqualität in Wien sei schon viel besser als in China, aber sie überlegt schon, ob sie in der Pension wieder nach China gehen soll.

Dem Land China ist sie noch sehr verhaftet. Ihr Freundeskreis besteht auch mehr aus Menschen aus China als aus Österreich. Sie trifft sich sehr oft mit Leuten selber Herkunft, schon allein in der chinesischen Schule. Sie meint, viele Österreicher verstehen sie nicht, nicht wegen der Sprache, sondern wegen der unterschiedlichen Kultur. Deshalb geht sie auch sehr gerne in diese chinesische Schule, wo noch kulturelle Traditionen aus China vermittelt werden, wie Tai- Chi oder Kunstschreiben oder verschiedene Seminare für Gesundheit oder eben Sprach- Kurse wie Deutsch oder Englisch.

Ihr älterer Sohn hat einen chinesischen Namen bekommen. In Österreich aber, wo er zur Schule ging, konnte diesen Namen aber keiner aussprechen, sodass er sich selber Markus nannte. Zu Hause erzählte er oft von Markus, und die Eltern wussten beide nicht, dass es sich um ihren eigenen Sohn handelte. So gaben sie ihm bei der Erlangung der österreichischen Staatsbürgerschaft gleich den westlichen Namen Markus. Der zweite Sohn, der in Österreich geboren wurde, bekam gleich bei der Geburt den westlichen Namen Lukas und einen chinesischen Vornamen, damit er nicht auch dieselben Probleme wie sein älterer Bruder bekomme. Heute nennen IP I und ihr Mann die beiden Söhne oft auch zu Hause bei ihren westlichen Namen Markus und Lukas.

IP K:

Dieses Interview wird als Expertinnen – Interview gehandhabt, da es mit der Hebamme Kreuzinger Martina geführt wurde.

Sie absolvierte die Hebammenschule in Mistelbach, wo sie 1998 diplomierte. Bis auf zwei einjährige Pausen (Karenzzeiten ihrer beiden Söhne) war sie in diesem Beruf tätig. Nach der Schule war sie im Goldenen Kreuz tätig und sammelte auch Erfahrungen in London, wo sie eineinhalb Jahre als Community Midwife für ein Spital arbeitete.

Ausbildung in traditionellen chinesischen Praktiken hat sie keine, da sie meint, das seien nur so halbherzige Kurse, und sie sei Hebamme mit Leib und Seele, und überlasse die Akupunktur und andere asiatische Praktiken lieber Fachleuten.

In London hat sie auch mehr Erfahrungen mit Chinesinnen gesammelt, und in Österreich die Diplomantinnen im Goldenen Kreuz. Ihrer Meinung nach muss man sich anders vorbereiten, als zum Beispiel auf eine Dame aus dem EU- Raum. Damit meint sie aber nicht das Befassen

mit der Kultur, sondern „die normale Aufmerksamkeit, grad, die man sowieso an den Tag legen sollte (IP K: 115f).

In London sei ihr auch eingebläut worden, dass man den Chinesinnen immer den Glukosetoleranztest machen lassen müsse, da sie unsere Diät nicht so vertragen und deshalb zu Entwicklungs- und Gestationsdiabetes neigen. Bei uns macht man diesen Test nur, wenn die Blutzuckerwerte erhöht sind. Aber die Hebamme meinte auch, dass dieser Test in Österreich auch bald ein Muss sein wird.

Sie hat auch die Erfahrung gemacht, dass Chinesinnen ganz unglücklich sind, wenn sie keine Freundinnen, Mütter oder Verwandte in der Nähe haben. Sie suchen ganz stark die Nähe zu vertrauten Personen (vgl. IP K: 124ff).

Die Hebamme sagt auch, dass die Asiatinnen die „pflegeleichter“ Personen sind, da sie nicht auf ihre Rechte pochen:

IP: ...wenn sie sich das Krankenhaus anschauen kommen, ahm, sehr höflich, sehr, sehr ruhig ebenso diese typischen ahm, pflegeleichten Patientinnen, wenn man das so sagen darf (IP K: 162). Und Lächeln und sind immer freundlich und, und hängen an ihren Männern, so ein bisschen, die aber halt auch ziemlich verloren in einem Kreißsaal stehen (IP K: 171f).

Sie meint auch, dass die Mütter oder Schwestern, wenn sie es sich leisten können, eingeflogen werden, um die Schwangere zu betreuen. Das tut ihnen sehr gut, denn sie brauchen die Nähe und nehmen die Hebammen als Ersatz nur bedingt an.

11. Das Wissen über Schwangerschaft und Geburt

Im Theorieteil dieser Arbeit wurde schon erklärt, dass das jeweilige Gesundheitssystem kulturell geprägt ist.

Nun möchte ich die verschiedenen Erfahrungsberichte über die Aneignung des Wissens über Schwangerschaft und Geburt, an Hand von Interviewpassagen wiedergeben.

Die Informationen und das Wissen über die Schwangerschaft und Geburt hatten die neun Interviewpartnerinnen aus verschiedenen Quellen. Manche meinten, sie hätten mit ihrer Mutter oder Schwiegermutter über so peinliche Dinge nicht sprechen können und auch nicht wollen, wie zum Beispiel IP A:

IP: Durch die Schule, ah, die ganzen, wie hatten die ganzen Zeitschriften geheißen: Bravo, Mädchen (beide lachen).

I: Girl.

IP: Girl (beide lachen). Ja, so in dieser Richtung. Von, von den Eltern, sicher nicht....Nein, es war, glaub ich, so, tabu, peinlich (IP A: 324- 331).

Auch IP H berichtet Ähnliches:

IP: Also eigentlich über Freundinnen, die auch ahm, schon Mütter sind, und Bücher. Also, ich hab viele Bücher gelesen, ja.

I: Mhm. Das heißt, Mutter oder so hat dich nicht da informiert?

IP: Mmm (verneinend).....

.... Ja, ich weiß nicht, das liegt vielleicht doch jetzt an meiner Beziehung zu der Mutter dass man halt nicht so über Details redet, ja. (IP H: 465- 474).

Für IP B waren die Mutter und die Schwiegermutter die Personen, die sie aufgeklärt hatten, denn sie war sehr unerfahren und hatte keine Ahnung (wie sie selbst meint).

IP: ... weil als ich schwanger war, der erste (...), ich habe, mm, muss immer brochen.

I: Mhm.

IP: Und der erste Teil, da kann ich nix essen, am, am Anfang hab ich nicht gewusst, dass ich schwanger war, ich habe gedacht, ich bin krank. Ich hab so, mein Mann war

damals in Slowenien arbeiten. Ich habe zu ihr gesagt, er, ich habe zu ihm gesagt, er soll so schnell wie möglich nach Hause kommen. Er hat gesagt, wieso. Ich glaub, ich werd sterben.

I: Oh (lacht). So schlimm?

IP: Ja, und ich hab nicht gewusst, dass ich schwanger war, weil ich war so war eh. Und, da hat er mit seiner Mutter telefoniert. Seine Mutter hat gesagt, sie glaubt, dass ich schwanger bin, aber sie ist nicht sicher. Und ich hab mich so geniert (IP B: 70-80).

IP C äußerte sich darüber, dass die erste Schwangerschaft die Unerwartetste gewesen sei, und dass sie überhaupt nichts gewusst hätte. Als sie erfuhr, dass sie schwanger sei, hätte sie nur mehr eine Woche zu entscheiden gehabt, das Kind nicht zu bekommen.

Sie entschied sich aber dafür, obwohl es ein ungewolltes Kind sei, und sprach in ihrem gesamten Interview immer davon, dieses Kind nicht bekommen haben zu sollen. Denn auch die Schwangerschaft verlief für sie nicht ohne Komplikationen, denn sie musste bis zum fünften Monat immer erbrechen, sobald sie etwas aß oder trank, oder einen ihr nicht wohl riechenden Geruch wahrnahm (vgl. IP C: 657- 675).

Ich denke, dass in unserer westlichen Gesellschaft eher mit den Eltern diese Aufklärungsarbeit geschieht. Man wird von den Eltern schon in jungen Jahren auf die Sexualität vorbereitet. Diese Thematik ist in unserer Gesellschaft nicht mit so vielen Tabus behaftet, wie zum Beispiel in der asiatischen Kultur. Wenige Informantinnen gaben mir an, mit den Eltern darüber gesprochen zu haben. Diese waren dann auch aus den Städten und hatten eine fundierte Ausbildung in dieser Hinsicht. Wie zum Beispiel IP E, die aus einer Ärzte- Familie stammt, wo dieses Thema nicht tabuisiert wurde, sondern offen angesprochen wurde.

Alle Interviewpartnerinnen wohnen derzeit in Österreich und sind selbst sozialversichert. Mit unserem Gesundheitssystem sind sie sehr zufrieden, wobei aber IP D meinte, das System sei zu sozial, dass es dadurch viele Leute ausgenützt haben (vgl. IP D: 579- 591).

In Österreich gibt es seit 1974 den Mutter- Kind- Pass, in welchem Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes empfohlen werden. Diese Untersuchungen dienen zur Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und der Kontrolle des Entwicklungsstandes des Kindes. Ursprünglich lag der Fokus auf der Verringerung der Säuglingssterblichkeit.

Die Untersuchungen sind alle freiwillig (vgl.: <http://de.wikipedia.org/wiki/Mutter-Kind-Pass>). Trotzdem haben in den Interviews alle Interviewpartnerinnen erklärt, sie hätten von diesen Untersuchungen des Mutter- Kind- Passes durch ihren Arzt erfahren, und deshalb auch alle Untersuchungen durchgeführt.

Die Aussagen der Hebamme decken genau diese Meinungen der asiatischen Frauen ab, die besagt, sie machen alles, was man ihnen sagt (auch wenn es gar nicht ihre eigene Meinung ist).

In folgenden Beispielen geht es um die Einhaltung der Untersuchungen vor der Geburt.

IP A: Ich hab alle eingehalten. Genau. Brav, ich bin (...). (IP A: 343)

IP C: Oh natürlich, ja. (IP C: 684)

IP D: Mhm, genau, hab ich alle. Das hab ich auch sehr wichtig gefunden. (IP D: 597f)

Die Informationen über den Mutter- Kind- Pass bekamen die meisten von ihren Hausärztinnen oder Frauenärztinnen. Sie hielten alle Untersuchungen ein, obwohl es in China nicht üblich ist, so oft Untersuchungen zu machen, weder vaginal, noch so viele Ultraschall- Untersuchungen.

Die Hebamme meint dazu, dass die Frauen die Untersuchungen einhalten, nicht um sicher zu gehen, dass das Kind ganz gesund ist, sondern einfach deshalb, „weil man das halt so macht“ (vgl. IP K: 423ff).

Für Frauen, die nicht Deutsch sprechen, wie das auch in unseren Situationen der Fall war, meint die Hebamme, dass das überhaupt kein Problem sei, da der *Kreißsaal seine eigenen Gesetze hat. Man muss von der Information her ja nicht so ins Detail gehen* (vgl. IP K: 224). Es wird sowieso nicht sehr viel gesprochen im Kreißsaal und die Arbeit einer Hebamme ist ja was unterstützend Praktisches. Es reicht oft, wenn die chinesischen Frauen eine Hand zum Drücken angeboten bekommen, oder jemanden zum Anlehnen. Aber sie meint auch, dass sie vielleicht deshalb ein bisschen unterbetreut sind, da sie ihre Schmerzlast nicht so nach außen tragen wie andere Frauen, weil sie sehr kontrolliert sind (vgl. IP K: 247ff).

11.1. Über die Vorstellungen und das Verhalten in der Schwangerschaft

Die Meinungen in dieser Hinsicht decken sich im Grunde bei fast allen Interviewpartnerinnen. Denn auf die Frage, wie man sich in der Schwangerschaft verhalten soll, kam des Öfteren die Sprache auf die richtige Ernährung.

IP A: Na ja, ich denk mal, wenn man sich die Kinder wünscht, dann sollte man auch, ja, sich so ernähren, dass man den Kindern nicht schadet, nicht? (IP A: 352 f)

IP D meint dazu, dass man auf die Ernährung aufpassen sollte, und auf das Psychische, also ganz locker und entspannt. Sie ist viel spazieren gegangen und hat viel Bewegung gemacht, weil sie meint, das sei gut auch für die Geburt (vgl. IP D: 618 f).

Die TCM- Ärztin IP E äußerte sich dazu sehr ausführlich:

IP E: Ja, für mich ist, ich hab wenn die Leute zu mir kommen, oder, oder Freundschaft, ich hab immer gesagt, dass es schon sehr wichtig, diese neun Monate, aber auch nicht so ernst nehmen...

dass man keine, keine Medikamente nehmen soll versuchen natürlich...

...Ja, darf auch nichts Kaltes, na das ist, ähm, viel, viel gekochte Sache...

...Und man ist bei chinesische Sache immer so regelmäßig essen, warme Sache essen, ja. Das wird kompliziert, aber is so, muss man so immer so was machen, ja.

...wir rauchen nicht, und die scharfe Sache nicht wirklich so viel nehmen, na.

...oder von die, von die irgendwas, so sagt man, bestimmt für die, für die Nerven drinnen nicht so gut bei den Krimi, wie sagt man, diese von die Film, manchmal von die (IP E: 475ff).

Über dieses warme Essen sprach auch IP G, wie sie meinte:

IP: Ja, warm, immer Warmes und so.

I: Warm essen?

IP: Ja. Warm essen, warm trinken und so.

...nicht rauchen, nicht trinken

...Und einmal schön warm duschen, warm waschen, Hände waschen, ja, mhm
(IP G: 438ff).

Weitere Ratschläge punkto Ernährung kamen von der Mutter, die meint, sie soll viele Suppen trinken und Nüsse essen.

Gute Laune ist für IP F das Wichtigste. Punkto essen meinte sie, habe sie alles normal gegessen, und nicht speziell auf irgendetwas aufgepasst. Sogar ein Gläschen getrunken hat sie manchmal in der Schwangerschaft (vgl. IP F: 429ff).

Die jüngste Interviewpartnerin, die als Kind nach Wien kam, hat auch diese westlichen Gedanken schon ganz übernommen, obwohl ihre Eltern, die auch in Wien leben, noch sehr der Tradition verhaftet sind. Sie bekam zwar Ernährungsvorschläge ihrer Mutter, achtete aber nicht darauf, sondern ernährte sich genauso, wie sonst auch. Sie achtete aber, wie auch in unserer Gesellschaft verbreitet darauf, nichts Rohes zu sich zu nehmen und keinen Schimmelkäse zu essen, sowie nicht zu rauchen oder Alkohol zu trinken. Ihre Eltern rieten ihr auch, in der Schwangerschaft nicht Fahrrad zu fahren (die Begründung dafür wusste sie aber nicht). Doch IP H, die immer viel Sport gemacht hat, machte diesen auch in der Schwangerschaft weiter, natürlich mit der körperlichen Einschränkung, dass es einfach langsamer gehen muss.

Ausgewogene Ernährung war während der Schwangerschaft auch sehr wichtig für IP I. Sie beachtete auch keine speziellen chinesischen Ernährungsvorschriften, sondern achtete lediglich auf die Ausgewogenheit, dass sie von *„jeder Nahrung, Protein, Eiweiß, und, und so alles, ah, oder ah Vitamine oder Kohlenhydrate ah, ja.* (IP I: 481ff) zu sich nahm.

Wie man an diesen Beispielen erkennen kann, sind die Frauen auf sich selbst gestellt und gehen, wenn es sein muss (z.B. für den Mutter- Kind- Pass) zum Arzt. Aber ihre Erfahrungen haben sie nicht von den Ärzten, und sprechen auch nicht über ihre Wünsche und Sorgen mit diesen, sondern gehen eher zu Bekannten oder ihre Familie, um Rat einzuholen.

Kulturell geprägt ist auch die Sicht über bestimmte Tabus in der Schwangerschaft oder die Ratschläge der noch sehr der chinesischen Tradition verhafteten Eltern meiner Interviewpartnerinnen.

Meiner ersten Interviewpartnerin, die schon als kleines Mädchen mit ihren Eltern und den 5 Schwestern nach Österreich kam, wurde gesagt, dass sie während der Schwangerschaft nicht die Arme hochhalten darf, damit sie das Kind nicht verliert. Auch durfte sie keine Wassermelone essen, da diese zu frisch sei, und sie dadurch auch das Kind verlieren würde.

Ihre eigene Mutter, die auch heute noch in Wien lebt, riet ihr, sie solle doch in der Schwangerschaft Kleider anziehen, nicht diese engen Hosen, damit sie das Kind nicht so einschnürt (vgl. IP A: 376ff).

IP B meinte zu den Tabus, dass man keine schweren Sachen heben darf und eine Freundin gab ihr den Ratschlag, nicht kalt zu duschen. Dadurch aber, dass IP B allein in Österreich lebt und mit einem Österreicher verheiratet ist, bekommt sie von der Seite keine Ratschläge. Ihre Mutter riet ihr, Hühnersuppe zu essen. Aber in China bereitet diese Suppe die Mutter oder die Schwiegermutter für die Schwangere zu. Da IP B aber im Nachbarhaus mit ihrer jetzt schon verstorbenen Schwiegermutter (Österreicherin) lebt, bekam sie diese Hühnersuppe eben nicht. IP B meinte, nicht einmal sie selbst kann sie so zubereiten, wie sie wirklich von Chinesinnen zubereitet wird (obwohl sie selbst „sehr chinesisch“ kocht).

Auch IP C und D bekamen Ratschläge punkto Ernährung. Sie sollten viel Obst essen (was dem Interview von IP A mit der Wassermelone ganz widerspricht, da Obst ja zu frisch ist).

Auch sollten sie warme Speisen essen, was ja direkt aus der traditionellen chinesischen Medizin kommt. IP D sollte ihrer Mutter nach für zwei essen, da sie ja mehr brauchen würde. Diese Theorie kommt in unserer Gesellschaft aber auch zum Tragen, da ich es selbst in meinen Schwangerschaften des Öfteren gehört habe. Auch wenn es heute scherzhaft gesagt wird, liegt wohl noch einiges daran, da meine eigene Großmutter mir diesen Satz sehr oft geraten hat.

Ich denke aber, dass es in der heutigen Zeit nicht mehr so oft vorkommt, dass man diese Phrasen verwendet, vielleicht noch eher in den ländlichen Gegenden.

Aber auch in China ist natürlich ein großer Unterschied zwischen dem Leben und den Traditionen in einer Großstadt oder abgeschieden in einem Dorf auf dem Land.

Im Gespräch nach dem Interview mit IP I meinte diese, dass man die Aussagen aus den verschiedensten Interviews eigentlich nicht pauschalisieren kann, da es ja einen großen Unterschied macht, wo die Informantinnen sozialisiert wurden. Man kann das Leben auf dem Land nicht vergleichen mit dem Leben in einer pulsierenden Großstadt.

Meine Informantinnen kommen aber wirklich aus den verschiedensten Gegenden in ganz China.

Die Ratschläge für das Verhalten in der Schwangerschaft beziehen sich hauptsächlich auf die Ernährung, und dass man weniger Sport machen sollte, wie IP H erwähnt. Ihre Eltern, die auch in Wien leben, sagten ihr, sie solle nicht mehr Rad fahren. Aber IP H glaubt, das sei nichts „speziell Chinesisches“, sondern einfach nur die Sorge um die Gefahr für ihre Tochter und deren Baby, im Falle eines Sturzes (vgl. IP H: 528).

Leider gab es keine der Interviewpartnerinnen, die über den Ausdruck „Fetalerziehung“ (taijiao) schon etwas gehört hatte. Dies sind bestimmte Verhaltensvorschriften und Tabus in den verschiedensten Bereichen wie Nahrung, sexuelle Bedürfnisse oder Vorsichtsmaßnahmen, die es galt, einzuhalten (vgl. Leutner 1989:45).

Sie wussten aber allesamt um die Bedeutung der „Erziehung im Mutterleib“ Bescheid. Einige erwähnten, dass sie das Kind Musik hören ließen. IP D meinte dazu:

IP: Ja, das hab ich schon gehört, ja. Und sogar, ich hab immer gehört, dass mmm, bei meiner Große schon gehört, das ist, spielt eine große Rolle, was die mi, diese ah, alles mitkriegt. Dass man, obwohl, des eigentlich in der Bauch ist, noch nicht heraus ist, das alles, kriegt alles mit. Darum, das in China sagt immer, sehr viel Musik hören, sehr viel und sehr viel lesen in dieser Richtung, und des Kind wird klug (IP D: 678ff).

Auch IP E hatte darüber sehr viel zu berichten, da ihr Vater Kinderarzt sei und sie sagte, dass er diese Forschung mache:

*IP: ...dass innerlich muss man selber von Mutter her, muss unbedingt ruhig und auch öfter Musik hören, und auch wieder so sagt man, nicht so viel Stress haben, und so weiter und dann ist man ganz, man muss aufpassen, dass immer auch eine Untersuchung gehen, ob das richtig so Große ist, und auch diese, ja...
...und messen auch ja, also hier auch von, von. Damals oft, wir haben nicht viele (...) von Ultraschall. Aber wir haben bei der Hör auch nicht immer mit Gerät, sondern mit eine Bambus, einfach so, einfach am Bauch hören (IP E: 552ff).*

Die anderen Interviewpartnerinnen brachten das Wort „Fetalerziehung“ ebenfalls mit dem Einfluss der Musik in Verbindung.

Die Sexualität in der Schwangerschaft als Tabu wurde von keiner Informantin erwähnt. Nur IP B meinte, dass sie schon gewollt hätte, ihr Mann aber Angst davor gehabt hat:

IP: So, wie ander Männer sagt, sagt ihm, das Kind mein an. Er sagt, das Kinder weiß, dass er (...), er will nicht (lacht). (IP B: 142f)

Alle sahen in der Sexualität während der Schwangerschaft kein Problem und kein Tabu.

Auch über die Entwicklung des Embryos wussten meine Informantinnen Bescheid, einerseits durch Literatur lesen, andererseits durch die Ausbildung (Krankenschwestern oder Ärztinnen).

Das große chinesische Thema ist ja das Wunschgeschlecht des Kindes. Durch die Ein-Kind-Politik wurde der Wunsch nach dem Stammhalter natürlich sehr groß.

Meine Informantinnen sahen aber in ihrem Wunschgeschlecht nicht immer einen Sohn, wie IP A erklärte. Sie wünschte sich beim ersten Kind ein Mädchen, da die viel vernünftiger seien als Buben, und fürs zweite Kind einen Buben, damit sie ihren Eltern endlich einen Buben schenken könnte (vgl. IP A: 403ff). Ihre Eltern haben 6 Mädchen und sie selbst bekam auch wieder 2 Mädchen.

IP B, die von ihrer Familie allein in der Nähe von Wien lebt und mit einem Österreicher verheiratet ist, wünschte sich einen Sohn (bekam auch einen), weil *„bei uns in der Tradition eine Bub ist sehr wichtig. Ahm, für mich auch, weil meine Mutter hat alle ihre Sohn, Söhne verloren. Deswegen wollt ich eigentlich ein Bub haben. Auch für mich, dass er mich schützen kann (lacht) (IP B: 156ff).*

Ihr österreichischer Mann wollte eine Tochter haben.

Bei asiatischen Männern hingegen ist es wieder wichtig, einen Sohn zu bekommen. Auch wenn diese Männer schon lange in westlichen Gesellschaften leben, ist es immer noch wichtig, einen Sohn zu bekommen, wie mir IP C mitteilte: *„für Asiaten ist das wichtig, Buben in der Familie zu haben“ (IP C: 813).*

Die Männer wissen aber gar nicht, wie sehr sie die Frau damit unter Druck setzen, denn diese äußern sich nicht darüber, wie das Beispiel weiter zeigt:

IP: Und da hab ich direkt bei mir natürlich ein bisschen Druck, äh, weil wenn ein Mädchen kommt, da denk ich mir, mir is eigentlich egal, Bub oder Mädchen, gö? Hauptsache sie ist gesund, nicht?

Aber, wenn der eine schon so Erwartung, ja, so mit groß Erwartung, da hab ich schon indirekt ein bisschen Druck gehabt. Wenn es nicht einen Buben wäre.

(IP C: 825)

Diesen Druck spürte IP D besonders stark, denn ihr Mann ist der einzige männliche in ihrer Schwiegerfamilie. Deshalb hatten die Schwiegereltern besonders und auch ihr Mann, den starken Wunsch, einen Sohn zu bekommen. Das erste Kind wurde in China geboren – und

war ein Mädchen! IP D und ihre Familie waren sehr enttäuscht. Dazu kam noch, dass sie ein weiteres Kind ausschlossen, da es nicht mehr „funktionierte“. Erst als sie schon länger in Österreich waren, und mit dem Thema Familienplanung längst abgeschlossen hatten, wurde IP D noch einmal schwanger. Sie war zu diesem Zeitpunkt schon 35 Jahre alt, deshalb rechnete niemand mit einer Schwangerschaft.

Umso größer wurde aber der Druck auf sie ausgeübt, diesmal einen Sohn zu bekommen. Natürlich kann man das aber auch heute noch nicht steuern.

Aber glücklicherweise bekamen sie auch einen Sohn. Die Freude darüber war bei der gesamten Familie überaus groß, wie die folgenden Ausschnitte aus dem Interview zeigen:

IP: Also, bei der Kevin eigentlich wir haben in China, das war schon sehr gewünscht, eine Bub. In China ist auf dem Land immer noch ein Bub, also (...).

Wenn die Familie, meine, mein Mann ist einziger Bub, ist, und darum so gewünscht ein Bub. Also, dann ist ein Mädchen gekommen, und etwas, ich glaube, die Schwiegereltern etwas sehr enttäuscht und der Papa, also für mich ist nicht so, also fehlt der Papa, jetzt ist sie enttäuscht, ja. (IP D: 762ff)

IP: Männliche ist das Wuzel (meint Wurzel) der Familie, Mädchen nicht. Ja, das bei de, bei die Chinesin woa, auf dem Land besonders stark, ja. Und diese Wuzel (Wurzel) ist immer die männliche von der Familie weiter. Also, Mädchen, wenn das verheiratet ist, von der Familie weg und gehört zu dieser Familie nicht mehr die Wuzerl.

(IP D: 775ff)

Auch die TCM- Ärztin wollte unbedingt als erstes Kind einen Sohn (sie bekam auch zwei Söhne). Sie argumentierte damit, dass in China nur ein Kind erlaubt sei, und es wichtig ist, einen Sohn zu haben. Bei den Untersuchungen konnte man das Geschlecht aber nicht feststellen. Auch beim zweiten Sohn nicht (sie meinte, er hat es versteckt).

Wichtig ist aber, dass sie meinte, es ist verboten, in China das Geschlecht zu sagen, da es gefährlich sei (die Begründung dafür kam nicht). (IP E: 566ff)

IP F sah es als ihre „Aufgabe“ an, einen Sohn zu bekommen. Sie sagte, wenn ihr Sohn eine Tochter gewesen wäre, hätte sie wohl noch ein Kind bekommen müssen. Weiters erwähnte sie noch, dass es vor allem für die Männer wichtig sei, dass das erste Kind ein Sohn ist. Aber sie gab auch zu, dass es ihr auch lieber ist, einen Sohn zu erziehen, als ein Mädchen. Sie begründete es damit, dass Söhne leichter zu erziehen sind, da sie nicht so sensibel sind, und

sie im Teenager- Alter nicht so schlimm sind („was ist, wenn meine Tochter schwanger wird, oder so? (IP F: 481ff).

Wenn sie eine Tochter bekommen hätte, meinte sie, müsste und wollte sie diese verwöhnen, aber „ein Sohn ist wirklich selbständig und muss ah, draus ein Mann werden. Und das ist auch viel leichter, ja“ ((IP F: 487f).

Die nächste Interviewpartnerin sah in der Aufgabe, eine Tochter zu erziehen, die Schwierigkeiten, da sie nicht wüsste, wie sie ein typisches Mädchen „mädchenhaft rosa mit Haarschleife“ erziehen sollte, da sie das selbst nie gehabt hatte.

Sie hat einen Sohn. Aber ihr wurde im Nachhinein immer wieder gesagt, dass es auch nicht schlecht sei, eine Tochter zu haben, da die Bindung zu Mädchen später stärker zu ihren Eltern wird, als die Bindung der Söhne (sie merkte es an ihr selbst, sie meinte, heute hätte sie eine total starke Bindung zu ihren Eltern). (IP G: 482ff)

Auch IP H, die zur Zeit des Interviews eine wenige Wochen alte Tochter hatte, erklärte mir, sie hätte sich einen Buben gewünscht. Aber nicht mehr aus dieser Tradition der chinesischen Kultur, sondern einfach deshalb, da ihr Mann lange keine Kinder wollte (die beiden sind aber noch jung und in Wien aufgewachsen – ihr Mann ist ein „echter“ Wiener). Als er sich entschloss, mit ihr ein Kind zu bekommen, gab es in ihrem Bekanntenkreis schon einige Kinder. Ihr Mann hatte einen wunderbaren Umgang mit den Buben. Aus diesen Beobachtungen heraus, meinte sie, es wäre besser, einen Sohn zu haben.

Aber nach der Geburt der Tochter machte diese alles wieder wett, und sie sagt, ihr Mann wächst in die Vaterrolle wunderbar hinein.

Die Interviewpartnerin meines letzten Interviews hatte für ihr erstes Kind kein Wunschgeschlecht. Sie bekam einen Sohn. Doch für ihr zweites Kind wollte sie ein Mädchen, da sie schon einen Sohn hatte (bekam aber noch einen Sohn).

Sie war die Einzige, die nicht nach diesen alten Traditionen ging, obwohl sie ihren ersten Sohn noch in China geboren hatte, und dort der Druck durch die Familie noch stärker ist, als wenn die Frauen im Ausland leben.

In diesen Interviews macht sich deutlich die „männerbevorzugende“ Sicht der chinesischen Kultur bemerkbar. Heute gibt es in China schon durch die illegalen Abtreibungen weiblicher Föten einen deutlichen Männer- Überschuss. Deshalb boomt auch der Frauenhandel, denn um wieder Kinder zu bekommen, braucht „Mann“ halt doch eine Frau.

Wie wird China aus dieser Krise einen Ausweg finden, wenn diese Traditionen in den Köpfen der jungen Menschen noch immer so tief sitzen?

11.2. Geburtsvorbereitung und Geburt in Österreich

Da die Interviewpartnerinnen allesamt aus einem uns komplett anderen kulturellen Umfeld kommen, ist es sehr interessant zu sehen, wie sie mit den hier gegebenen kulturellen Anschauungen, gerade in einem so heiklen Gebiet wie der Schwangerschaft und Geburt, zurechtkommen.

Im Interview mit der Hebamme meinte diese, *„sie machen brav alles, was ihnen die Hebamme sagt“*.

Für die Frauen, die hier vielleicht niemanden kennen und der Mann arbeiten ist, ist die Schwangerschaft natürlich eine große Chance, jemanden in Geburtsvorbereitungskursen, Schwangerenturnen... kennen zu lernen, und neue Kontakte zu knüpfen.

Gerade jetzt ist es wichtig, nicht allein dazustehen, da die Schwangerschaft ein hormoneller Ausnahmezustand ist. Aber es ist natürlich nicht leicht, auf Grund der zurückhaltenden Mentalität der chinesischen Migrantinnen, von sich aus auf jemanden zuzugehen, und Kontakte zu knüpfen.

In meinem Fragebogen gab es auch einen Teil, der Fragen über das psycho- soziale Netzwerk abdeckte, wie sich die Frauen auf die Geburt vorbereiteten. Dazu einige wichtige Ausschnitte. Der Großteil der Befragten hatte keinen Kontakt zu anderen Schwangeren während ihrer eigenen Schwangerschaften. IP A absolvierte aber einen Geburtsvorbereitungskurs, einen Paarkurs und ging Schwangerenturnen. Sie erzählte, dass sie auch regelmäßig schwimmen ging, wo auch ihr Schwiegervater immer zufällig war, und sie dann nach Hause schickte, da er meinte, Schwangere sollten nicht schwimmen gehen:

IP: Und er konnte einfach nicht ertragen, dass ich als Schwangere geschwommen habe. Jedes Mal, wenn wir uns getroffen haben, hab ich, hab ich dann heimgehen müssen.

I: Wieso?

IP: Er hat gemeint, „Meine Güte, was ist, wenn jemand dir in den Bauch tritt oder, Meine Güte, wenn du ausrutschst, und, ha (lacht) (IP A: 414ff)

Unterstützung bekam IP A nur im Wochenbett nach der Geburt von ihren Eltern, die sie umsorgt haben, da es in China sehr wichtig ist, den Monat nach der Geburt sich wieder zu erholen. Von dieser Seite kamen auch die Ratschläge, wie sie wieder zu Kräften käme. Sie

sollte den Monat nicht rausgehen und auch sonst nichts machen. Auch strikte Ernährungsvorschriften für diese Zeit nach der Geburt gibt es, wie IP A erzählte. Sie durfte zum Beispiel kein dunkles Fleisch essen, weil dadurch die Narbe nicht verheilen würde und braun bleiben würde (sie meinte aber, Bitte, welche Verletzungen?). man darf auch nicht baden in dieser Zeit, sondern nur kurz duschen, und sich die Haare einen Monat nicht waschen, da das Kopfschmerzen fördert. Das Interessante daran ist, dass IP A erzählte, dass sie diese Ansichten genauso an ihre Kinder weitergeben würde, und sie im Wochenbett auch so unterstützen wolle, da sie selbst noch mehr der asiatischen Tradition verhaftet sei. Ihr Mann war ihr keine große Hilfe, da sie meinte, nur wenn sie ihn um etwas gebeten hatte, machte er das brav, aber sonst war er selbst nicht aktiv (vgl. IP A: 441ff).

Auch IP B, die ja sowieso sehr einsam lebt, hatte in der Schwangerschaft keinen Kontakt zu anderen Schwangeren und besuchte keine Kurse. Sie ging viel spazieren und auch ein paar Mal schwimmen, jedoch wieder allein. Sie erzählte, dass der Mann immer für sie da war, aber er ist ja ziemlich viel auf Montage, wo sie wieder allein war.

Die Fürsorge ihrer Eltern wie bei IP A fiel bei ihr natürlich auch weg, da sie allein nach Österreich gegangen ist, und nur die Schwiegereltern nebenan wohnten, die aber ganz andere kulturelle Vorstellungen haben als asiatische Eltern.

IP C hatte keinerlei Unterstützung in der Schwangerschaft ihres ersten Sohnes im Jahr 2000. Sie war damals noch mit einem anderen Mann zusammen, der sich nicht um sie gekümmert hatte. Mir schien es, als ob sie die gesamte negative Energie, die sie in der Zeit mit diesem Mann angesammelt hatte, auf ihren Sohn überträgt. Immer wieder erwähnte sie, dass sie dieses Kind, wenn sie die Zeit zurückdrehen könnte, nicht bekäme, da er zu sehr wie der Vater sei (vgl. IP C: 928ff).

Ihr zweiter Sohn (2004 geboren) ist vom jetzigen Mann, den der ältere Sohn aber auch als seinen Vater sieht, da er mit diesem aufgewachsen ist, und seinen „echten“ Vater gar nicht kennt. Die beiden Söhne wissen auch gar nicht, dass sie von zwei verschiedenen Männern stammen. Wie sehr sie in der ersten Schwangerschaft verletzt wurde, zeigt folgender Ausschnitt aus dem Interview:

IP: (lacht) Und das war kein, natürlich keine schönes Erlebnis, ja. War sogar ein schreckliches Erlebnis.

Weil man hat so viele, äh, Wünsche, ja, das war eine unerwartet Kind und dann hab ich für mich (...), dass ich so viel geopfert habe, ja.

Und dass ich ihn (...) hab ich äh, ähm, hat er ja, er hat dann ja nicht um mich gekümmelt (meint aber gekümmert) und hat ja nicht um mich geschaut und er meidet sich, mit mir auf, äh, Straße zu gehen und, und einfach um mich nicht gekümmelt, gö. Da hab ich natürlich war schon eine große Enttäuschung (IP C: 855ff).

Der Vater ihres zweiten Sohnes, ihr jetziger Mann, war „natürlich ganz anders“.

„Und auch, tut er auch schon sehr vieles für mich, ja, sorgte schon voll um mich“ (vgl. IP C: 866ff).

IP D hatte darüber viel Angenehmeres zu berichten. Sie teilte mir mit, dass sich die gesamte Familie über das Kind sehr gefreut hat. Die erste Tochter hat sie ja in China geboren. Als sie dann nach Österreich ging, meinten ihre Eltern, da sie nun eh nicht mehr in China leben, haben sie ja die Möglichkeit, noch ein weiteres Kind zu bekommen (denn sie sehnten sich doch sehr nach einem männlichen Nachkommen). Als sie ihren Sohn in Österreich nach vielen Jahren dann doch noch unerwartet bekam, war die Freude bei den Schwiegereltern besonders, riesengroß. IP D erwähnte auch den Sohn während des Interviews immer mit Namen, während sie über die Tochter nur als Tochter sprach, auf die sie aber trotzdem sichtlich stolz ist, da sie immer wieder erwähnte, wie gut sie in der Schule war, dass sie maturiert hatte und nun studiert.

Trotzdem hörte ich aus dem Gespräch heraus, dass der Sohn eine andere Stellung in der Familie innehat, als die Tochter.

Zur Vorbereitung auf die Geburt meinte IP D, dass sie viel spazieren gegangen sei, und auch einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatte (vgl. IP D: 804ff).

Die chinesische Ärztin erzählte, dass sie sich in China beim ersten Sohn gar nicht auf die Geburt vorbereitet hätte, da sie noch jünger war, und *„gar keine diese Gedanken, dass einfach nur die erste Kind, dass es gut so vor Geburt und weiter, des hat viele, viele so gemacht. Aber nicht in Kurs gehen“* (vgl. IP E: 592).

Sie machte damals keinen Kurs und auch beim zweiten Sohn in Österreich ging sie zu keinem Vorbereitungskurs. Lediglich Rad fahren, bis zur Geburt, war ihre Bewegung. In China sei das Fahrrad fahren bis zur Geburt ganz normal.

Dadurch, dass die Familie sich um einen kümmert, wenn man schwanger ist, meinte sie, brauchte sie auch keinen Kontakt zu anderen Schwangeren, da sie sich eh um nichts selbst kümmern musste:

IP: In China damals gab es schwanger, meine Schwester gleiche Jahr geschw, schwanger worden. Aber ich hab auch nicht absichtlich jetzt so was so Kontakt mit jemandem. Weil damals (...) ich meine Kollegen auch wieder (...) in diese Jahre oder solche Zeit schwanger. Aber die Leute haben nicht wirklich auch nicht unbedingt, weil alle Leute zu Hause nur ein Kinder wünschen, und da rundherum alle Verwandten kümmern alle um, ja. Wir brauchen nicht selber Gedanken machen (IP E: 598ff).

Unterstützung in der Schwangerschaft hatte IP F eine große durch ihren Mann, den sie immer lobenswert erwähnte. Auch als das Baby schon geboren war, erzählte sie, teilten sie sich die Arbeit auf. In der Nacht stand IP F immer auf und versorgte das Baby. Dafür nahm es morgens ihr Mann, damit sie sich lange ausschlafen konnte.

Sie besuchte keinen Geburtsvorbereitungskurs, da sie keine Zeit dazu hatte, da sie noch studierte. Die Atemtechniken „erlernte“ sie über Bücher (vgl. IP F: 509ff).

IP G meinte, ihr war es wieder sehr hilfreich gewesen, Bekannte zu haben, die ebenfalls schwanger waren, als sie selbst schwanger war. Denn dadurch hätten sie sich öfter getroffen und Erfahrungen ausgetauscht. Auch die Informationen zum Schwangerenturnen und zum Geburtsvorbereitungskurs kamen von diesen Bekannten.

Da ihre Eltern selbst in Kanada bei ihrem Bruder, der gerade einen Säugling gehabt hatte, waren, war ihr Mann ihr dafür sehr hilfreich. Und auch ihre Schwiegermutter erwähnte sie in diesem Zusammenhang nur positiv (vgl. IP G: 502ff).

Die Schwangerschaft erlebte IP H genauso, wie die Zeit vorher. Sie meinte, da ihr Mann sah, dass es ihr gut ging, war er auch nicht fürsorglicher als vor der Schwangerschaft. Sie erwähnte aber auch, dass sie das auch nicht brauchte. Lediglich ihre Eltern sorgten sich mehr um sie. Und als sie nicht mehr arbeiten musste, besuchte sie ihre Eltern auch öfter.

Sie bereitete sich auf die Geburt in einem Geburtsvorbereitungskurs vor und ging sogar Golf spielen (weil sie das vorher auch gemacht hatte). (vgl. IP H: 602ff)

Die letzte Interviewpartnerin bekam ihr erstes Kind in China, wo sie keinen Kurs als Vorbereitung besuchte und hatte auch von Seiten ihres Mannes keinerlei Unterstützung, da er immer viel arbeiten musste. Aber sie hatte noch ihre Familie, die sich sehr um sie sorgte, wie folgender Ausschnitt zeigt:

IP: Familie in China, ah, für auch die andere war, war, war viel aufpassen mit der schwangeren Frau, ja (IP I: 528).

Auch das Interview mit der Hebamme zeigt, dass chinesische Frauen sehr selten einen Geburtsvorbereitungskurs besuchen. Aber sie meint auch, dass es in Wien den Vienna Baby Club, den VBC gibt, der sich in alle Nationalitäten splittert, in welchem die Chinesinnen Erfahrungen austauschen könnten (vgl. IP K: 264ff).

Alle Interviewpartnerinnen haben ihre Kinder in einem Krankenhaus geboren. Meist wurde das in der Nähe liegendste genommen, wie bei IP A, B, C, E, F (die es aber nicht mehr wählen würde, da sie von allen Seiten nur Negatives darüber hört, und es ihr selbst auch nicht so gefallen hat, da die Zimmer zu groß waren: vgl. IP F: 558f).

IP D wählte das Wilhelminen Spital für ihre Geburt, da eine Freundin von ihr dort arbeitete, und die ihr auch eine ganz liebe Hebamme vorstellte, die dort ebenfalls arbeitete (vgl. IP D: 840ff).

Einen anderen Grund außer die Nähe hatte auch IP G. Sie ging zur Geburt ins AKH, da dort ihr Frauenarzt arbeitete, und er ihr sagte, dass das AKH nicht schlecht sei (vgl. IP G: 541f).

Richtig angesehen vor der Geburt hatte sich IP H zwei verschiedene Krankenhäuser, die beide ziemlich weit weg von ihrer Wohnumgebung waren. Sie sah sich die Semmelweis – Klinik und das St. Josef Spital an, und entschied sich dann für das St. Josef, weil:

IP: weil das ganze mir einfach viel sympathischer war, ja. Also, es ist zwar ein kleines Spital, aber die L//, einfach die, die Umgebung hab ich nett gefunden und die, die Hebammen, die diese Vorträge gehalten haben, hab ich auch sehr sympathisch gefunden. Es ist zwar ziemlich weit weg von hier,

I: Ja, des stimmt.

IP: Weil von da wärs eigentlich viel praktischer SMZ- Ost,

I: SMZ- Ost (...).

IP: Aber ich hab dort nur einmal angerufen, und die waren mir so unsympathisch, dass ich gesagt hab, nein. Und außerdem hab ich eine Abneigung gegen große Krankenhäuser, ja (IP H: 626ff).

Diese Abneigung gegen große Krankenhäuser konnte IP I nicht teilen. Sie wählte das LKH Graz (da sie in dieser Stadt zur Zeit der Geburt ihres Sohnes wohnte), da es ein großes Spital sei (vgl. IP I: 561).

Der Großteil der Interviewpartnerinnen sah sich den Kreißsaal mit dem Partner vor der Geburt einmal an (alle, bis auf IP C; IP F, die die Rudolfstiftung empfohlen bekam, und im

Nachhinein unzufrieden war damit; IP G, die das AKH von ihrem Arzt empfohlen bekam; und IP I).

Und auffällig ist, dass sich keine der Interviewpartnerinnen für eine Wahlhebamme während der Geburt entschied, was auch die Hebamme bestätigte. Sie wurde nur von Diplomatinen als Wahlhebamme genutzt, die durch eine Zusatzversicherung dieses Service angeboten bekommen hatte (vgl. IP K: 307ff).

Nur IP C wollte ursprünglich eine Wahlhebamme, hat sich dann aber aus verschiedenen Gründen nicht dafür entschieden, wie folgender Ausschnitt zeigt:

IP: Ich habe damals, äh, wollt ich eigentlich eine Hebamme bestellen, ähm, und dann, äh, also nur privat, nicht? Und dann, aber irgendwie, äh, durch die Arbeit und dann noch der eine Kind schon da, und dann, also, bei der Erste überhaupt, da war Bedingung komisch, ja, hat mein Mann, ah, wirklich nicht gut vorbereitet und bei der Zweite haben wir eigentlich so einen, eine Private zu nehmen, aber da ist irgendwie, ah, ich weiß nicht mehr, damals wieso das nicht genommen haben, ja (IP C: 881ff).

Auch im Geburtsvorbereitungskurs der Hebamme war nie eine Chinesin. Sie erzählt, dass die Chinesinnen sehr respektvoll, sehr ruhig kommen, und man nie einen Misston von ihnen hört, sie seien immer höflich und sie hat das Gefühl, als ob die uns keine Umstände machen wollten (vgl. IP K: 346ff).

12. Östliche Wege der Heilkunst - Die Rolle der Ernährung und die Geburtsvorbereitung in China

Im theoretischen Teil wurden die Elemente der chinesischen Medizin genannt. Im empirischen Teil dieser Arbeit wurde gefragt, wie dieses Gesundheitssystem in China im Detail und konkret im Themenkomplex der Schwangerschaft und Geburt aussieht.

Leider wussten nicht alle Informantinnen über die aktuelle Lage in China Bescheid, da sie schon zu lange in Österreich sind, und nicht mehr so viel Kontakte zu China haben.

Der Fokus aus den Interviewpassagen lag aber deutlich auf dem Schwerpunkt der chinesischen Ernährung, woran sich auch noch Informantinnen halten, die schon lange in unserer westlichen Kultur leben. Es gab auch spezielle Fragen zur Ernährung, ob die Interviewten sich an chinesische Kochgewohnheiten halten oder eher die westlichen Ernährungsgewohnheiten schon übernommen haben.

12.1. Die Rolle der asiatischen Küche

Die chinesische Küche spielt beim Großteil der Interviewpartnerinnen eine tragende Rolle bei Festen und Feiern traditioneller chinesischer Art. Es wird dort ausnahmslos Chinesisch gekocht, was auch die meisten der Befragten noch beherrscht.

IP A meinte, sie koche zu 70% asiatisch und 30% schnelle europäische Gerichte. Jedoch ist es ihr wichtig, einmal in der Woche einen fixen Tag zu bestimmen, wo die gesamte Familie zusammenkommt (sie und ihre 5 Schwestern bei den Eltern in der Wohnung!), und wo chinesisch gekocht wird:

IP: Wir kommen zusammen, tratschen, und ja, das ist uns wichtig (IP A: 268).

IP B erzählte mir, dass sie fast nur chinesisch kochen könne, und dass es für sie gar nicht aufwendig und zeitraubend sei. Ihr ist es ebenfalls wichtig, dass sie sich und ihren Sohn chinesisch ernährt.

Wo wie auch meine nächste Interviewpartnerin sagte, sie variere immer mit viel Gemüse, Getreide und Reis. Daraus macht sie verschiedene Breie. Ihr ist es auch ganz wichtig, chinesisch zu kochen (vgl. IP D: 486).

Die chinesische Ärztin, die nicht so viel Zeit hat zu kochen, versucht zu Hause immer asiatisch zu kochen. Jedoch, wenn sie unterwegs ist, geht sie in andere Lokale auch, denn sie meint:

IP: Aber für mich zeitweise jetzt wieder seit hier, so sagt man, ich hab ein ein bisschen so oft ein bisschen Sehnsucht nach österreichische Küche. Weil ein bisschen ein nur asiatisches Essen da manchmal auch gerne ein bisschen österreichisch essen. Weil mein Kinder essen gerne österreichisch (IP E: 346).

IP F wiederum kann gar nicht kochen. Sie würde gerne chinesisch essen, meint aber, dass es viel zu zeitaufwendig zum Kochen sei, und sie sowieso durch die Arbeit wenig Freizeit hätte. Bei ihnen kocht meist der Mann. Außerdem sagte sie, hätten sie ein gutes China- Restaurant in der Nähe gefunden.

Ihr Sohn bekommt demnach des Öfteren „Junk- Food“, wie sie selbst erzählte. Am Tag vor dem Interview bekam er Mc Donalds- Essen, oder manchmal Schnitzel. Sie meint, sie macht hier keine großartige Teilung zwischen chinesisch oder österreichisch.

Jedoch ist es ihr, wie den meisten anderen auch, sehr wichtig, dass bei chinesischen Festen auch asiatische Gerichte gekocht werden (vgl. IP F: 274ff).

Ihre Freundin, IP G, die auch mit ihr arbeitet, ist hier wiederum ganz anderer Meinung. Für sie ist sehr wichtig, auch im Alltag asiatisch zu kochen, auch wenn sie genauso wenig Zeit hat wie IP F. Sie erklärte mir, dass es nicht so zeitaufwendig ist, chinesisch zu kochen, da es auch in dieser Küche, wie in allen anderen schnelle Gerichte gibt:

IP: Nein, da gibt's auch schnelle, schnell gebratene (...). Des is ganz schnell. Nudel kochen und (...) Gemüse schneiden und dann umleeren, das wars (IP G: 329).

Obwohl die jüngste Interviewpartnerin schon seit ihrer Kindheit in Österreich lebt, isst sie immer noch lieber chinesisch. Ihre Eltern betreiben auch ein China- Restaurant, wo sie gerne essen hinget, da sie jetzt in Karenz mit ihrem Baby ist.

Wenn sie einmal selbst kocht, dann nur schnelle Gerichte, da sie nicht so einen großen Wert darauf legt („Ich bin da nicht so“: IP H: 386).

Die Partnerin meines letzten Interviews erwähnte, dass sie lieber asiatisch kocht und auch isst, aber dass es für ihre Kinder wichtig sei, auch manchmal österreichisch zu essen, da sie hier ja leben.

Man sieht deutlich, dass sich die Interviewpartnerinnen in diesem Belang sehr einig sind, und lieber chinesisch essen. Jedoch durch die Arbeit haben sie öfter keine Zeit, lange zu kochen, und essen deshalb einfache, schnelle Gerichte, die dann nicht asiatischer Natur sind. Bei Festen und Feiern ist es aber besonders wichtig, chinesische Speisen zu kochen, und auch die Tradition ein bisschen zu fördern.

12.2. Geburtsvorbereitung in China

Leider wissen nicht alle Informantinnen über das Geburtssystem in China Bescheid. Einige der Interviewpartnerinnen verwiesen mich auf ihre Eltern oder einfach die ältere Generation. Jedoch wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass diese aber nicht sehr gut Deutsch sprechen würden, da viele von ihnen im China- Restaurant arbeiten und deshalb nur „Restaurant- Gespräche“ führen könnten.

Aber auch von den Interviewpartnerinnen, die schon lange in Österreich leben, kamen trotzdem sehr interessante Aussagen.

Die ersten beiden Interviewpartnerinnen konnten mir überhaupt nichts über die Geburtsvorbereitung in China sagen (obwohl die Zweite noch gar nicht so lange in Österreich lebt und auch als junge Erwachsene noch in China war). Auch IP H wusste gar nichts über das Geburtsvorbereitungssystem Chinas.

IP C aber meinte, dass die Untersuchungen vor der Geburt meist privat durchgeführt werden, und deshalb gehen auch nicht alle hin. Außerdem kommen die Frauen vom Land nicht zu den Untersuchungen in die Stadt, da der Anfahrtsweg zu weit und zu beschwerlich sei.

Aber sie sagte auch, dass heute alle, ob aus der Stadt oder vom Land, zur Geburt in ein Krankenhaus gehen.

In diesen Krankenhäusern dürfen, oder durften bis vor kurzem keine Männer bei der Geburt anwesend sein. Heute sagte sie, dürfen sie doch schon die Nabelschnur durchtrennen.

Bei der Geburt helfend fungieren immer Ärztinnen, nach ihren Angaben. Es gibt dort um das Thema Schwangerschaft und Geburt nur Frauen. Sie selbst meinte auch, dass sie sich bei einem Mann nicht wohl fühlen würde, wie ihre Aussage dazu zeigt:

IP: Meistens sinds Frauen, ja. Also in China is wirklich meistens nur Frauen...

...Weil in China, die Asiaten ist eher nur auf die Frauen, ja, für die (...) eine männliche. Also, ich (...), für mich wars ja, am Anfang natürlich ich geh nur zu Frau

Arzt, wirklich Frau Doktor, ja. Also nicht so zu einem männlichen Doktor, aber mir der Zeit natürlich, ähm, man gewöhnt sich eher daran...

..Also, in China kann ich jetzt nicht vorstellen, jetzt kommt eine Doktor rein, der wollt mich jetzt untersuchen, sag ich wöö. (...)ich werde schon sagen ja, das ist mir unangenehm (IP C: 1109).

Auch punkto Kaiserschnitt hatte sie Interessantes zu berichten. Ihrem Wissen nach werden heute viele Wunsch- Sectios auf Grund figürlicher Art und nach dem richtigen Horoskop durchgeführt. Sie meint, dass die Frauen das auch aus Angst vor den Schmerzen machen lassen.

Aus dem Interview mit der Hebamme merkt man aber, dass Chinesinnen nicht das *klassische Klientel für Wunsch- Kaiserschnitte sind* (IP K: 577ff).

Bei ihr selbst bemerkte sie, dass ihre Figur nach der Geburt eine andere war, da ihr Becken nicht mehr so rund ist, sondern breiter wurde. Das führt sie auf die Geburt zurück.

Interviewpartnerin D konnte mir da schon ein bisschen mehr berichten, da sie ihre erste Tochter in China geboren hatte. Jedoch war das schon im Jahr 1990. Damals arbeitete sie selbst sogar im Krankenhaus, und hielt deshalb alle Untersuchungen ein, weil einfach ihr Zugang ein leichter war. Aber sie erzählte auch, dass sie keinen Mutterschutz hatte, und ziemlich lange arbeiten musste. Vor der Geburt wurde sie in eine andere Abteilung versetzt.

Sie sagte, dass die Frauen auf dem Land diese Möglichkeiten gar nicht hätten. In ihrer Schwangerschaft wurden auch einige vaginale Untersuchungen sowie Ultraschall durchgeführt. Sie meinte, dass die Frauen auf dem Land früher alle eine häusliche Geburt hatten, die es aber heute so gut wie gar nicht mehr gibt, da auch auf dem Land die Frauen zur Geburt in ein Krankenhaus gehen.

Im Gegensatz zu IP C sagte sie mir, dass bei der Geburt immer Hebammen helfen würden, und die Ärztinnen nur kämen, wenn es notwendig sei. Zum Beispiel, wenn ein Kaiserschnitt erforderlich oder erwünscht ist. Dieser Wunsch- Kaiserschnitt kommt ihrer Meinung nur vor, wenn die Frauen sich das Leiden ersparen wollen (vgl. IP D: 863ff).

Viele interessante Details zur Geburtsvorbereitung in China kamen von IP E, die ihren ersten Sohn auch in China geboren hatte (1988), und deren Vater an der Kinderklinik arbeitete. Sie selbst und auch ihr Mann sind ausgebildete Ärzte.

Ihrer Erzählung nach, gab es auch so etwas wie den Mutter- Kind- Pass:

IP: Ich kann mich nicht ganz genau erinnern. Glaube auch, so wie, so bei hier Österreich (auf die Frage, wie oft in China ärztliche Untersuchungen durchgeführt werden). Eigentlich so wie bei hier. Habe auch nach dem eine, eine Tabelle, da hab ich hingegangen, und gemessen, na, und Größe und, und so was, ja. Das hab ich gemacht (IP E: 665ff).

Während fast genauso oft vaginal untersucht wird, macht man nur zwei Mal während der Schwangerschaft einen Ultraschall.

Wie IP D sagte auch sie, dass sie es in der Stadt leichter hatte, ihr Kind zu bekommen, da der Zugang zu den Untersuchungen und in die Krankenhäuser einfacher sei. Vor allem für sie, da sie eine medizinische Ausbildung genossen hatte, jetzt an der Uni arbeitete und ihr Vater auf der Kinderklinik arbeitete.

Zum Unterschied dazu gibt es die Frauen auf dem Land, die oft nicht einmal sozial versichert sind. Jedoch meinte sie, dass heute die Frauen ebenfalls in Krankenhäuser gehen, und keine Geburten zu Hause mehr stattfinden.

In den westlichen Gesellschaften ist genau das Gegenteil der Fall, heute geht der Trend wieder vermehrt zu Hausgeburten.

Bei ihren beiden Geburten merkte sie an, dass in China bei einer Geburt immer ein Arzt dabei ist, während man in Österreich erst warten muss, bis einer kommt, wenn es notwendig ist, wie die Aussage zeigt:

IP: Aber wir haben Ärzte dabei. (...) nicht Hebamme, weil Arzt dabei. Nach der Kinder gebor und nähen muss, oder sofort Arzt oder Hebamme mach ma auch. Nicht so wie bei hier, muss unbedingt warten, bis Arzt kommt, weil damals wie ich sehr lang gewartet, bis ist da wieder Arzt gekommen. Zweite Kinder, na, hier, und das ist genäht, und dann tut so weh dann, ja (IP E: 708).

Sie erzählte auch, dass damals keine Männer bei der Geburt anwesend sein durften. Deshalb war auch ihre Mutter dabei, und auch ihre Schwester bekam das Baby zum ersten Mal zu sehen. Trotzdem denkt sie aber, dass das heute nicht mehr so sei, jedoch gewiss sagen könne sie es nicht.

Über den Mutterschutz meinte sie, war es damals so, dass sie 10 Monate nach der Geburt zu Hause bleiben durfte, und danach gleich wieder arbeiten musste. Es wurde aber angeboten, in einem speziellen Raum in der Mittagspause die Kinder zu stillen.

Zum Thema Stillen hat mir IP F ein bisschen erzählt:

IP: Nachher ist drei Monate oder sechs Monate (Mutterschutz ist gemeint), ich hab vergessen, ganz kurz. Also, weil damals meine Kollegen, die haben noch ähm, also, in, in der sti, äh, äh, Zeit, die haben das Kind ah, das Baby noch gestillt, und dann ist dieser, dieser ahm, Karenz schon vorbei, und haben die immer ah, also unser, unser Boss hat sogar Küche (meint sie Kocher?) gekauft, weil die haben das in der (...) der Arbeit genau rausgepumpt, und dann die ah, aji, diese Kindermädchen, hat dann das Baby ah, ins Büro gebracht, damit das, ja, das noch ah, ja, Muttermilch bekommen kann (IP F:619).

Sie meint aber trotzdem, dass das System in China besser sei als in Österreich, da das familiäre Netzwerk einfach noch ein großes ist. Es ist normal, dass die Kinder die ersten Jahre von den Großeltern aufgezogen werden, damit die Eltern bald nach der Geburt wieder arbeiten gehen können. IP F selbst wurde auch von ihrer Großmutter aufgezogen (vgl. IP F: 626ff).

In unserer Gesellschaft wäre dies so nicht möglich, da nur mehr die Kernfamilie in einem gemeinsamen Haushalt lebt. In China leben aber die Großeltern meist auch im Haushalt, was natürlich vieles erleichtert.

Da mir IP G fast nichts über die Geburtsvorbereitung in China erzählen konnte, außer, dass es in China so wie bei uns Krankenschwestern gibt, die nur für die Geburt zuständig seien, so wie unsere Hebammen (das heißt: zhu chan shi), schickte sie daher meinen Fragebogen an ihre Freundin in Beijing, die ihn mir beantwortet zurücksendete.

Diese Antworten waren höchst interessant, da sie ein aktuelles Bild aus dem heutigen China wiedergeben. Jedoch sind diese Aussagen wiederum nur in der Stadt gültig, da es auf dem Land noch ein bisschen anders aussieht.

Nun zu den Aussagen: sie schreibt, dass die Geburtsvorbereitung medizinisch (regelmäßige ärztliche Untersuchungen), sowie psychologisch (Bücher lesen) und sachlich (Babykleidung kaufen...) durchgeführt werden sollte.

Die Untersuchungen werden in den ersten 20 Schwangerschaftswochen einmal alle zwei Wochen durchgeführt, und in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft wöchentlich (was mir persönlich aber viel erscheint). Ultraschall wird heute auch 4- 5 Mal durchgeführt.

Auf dem Land gehen die Frauen heute auch in ein Krankenhaus, was mir auch alle anderen Interviewpartnerinnen schon bestätigt haben.

Die Geburt in einem Krankenhaus verläuft ihrer Beschreibung nach wie eine Geburt in einem westlichen Krankenhaus. Die Frauen werden von einer Hebamme und einem Arzt betreut, und werden nach der Geburt mit dem Neugeborenen in ein Zimmer gebracht.

Sie schrieb auch, dass in es in ihrem Krankenhaus nicht möglich sei, einen Kaiserschnitt auf Wunsch durchführen zu lassen, es sei denn, man hat triftige Gründe dafür.

Interessant ist auch noch, dass den Frauen nach chinesischem Arbeitsrecht 120 Arbeitstage als Mutterschutz zur Verfügung stehen. Wann diese 120 Tage gewählt werden, ist den Frauen selbst überlassen (vgl. IP J im Anhang).

Dafür hatte meine letzte Interviewpartnerin mir noch einiges zu berichten, da sie ihren älteren Sohn auch noch in China geboren hat (1988).

IP I erzählte, dass die Geburt in einem Krankenhaus in einer Stadt nicht viel anders sei, als in Österreich. Es gibt auch so etwas wie den Mutter- Kind- Pass, wo auch vaginale sowie Ultraschall- Untersuchungen vorgeschrieben sind.

Der Mutterschutz meint sie, ist nicht so lang vorher wie bei uns (sie weiß aber nicht mehr genau, wie lang: „*halbe Monat, oder, oder ein Monat, ich weiß nicht ganz genau, ja*“ vgl. IP I: 626).

Über den Wunsch- Kaiserschnitt hatte sie ebenfalls zu berichten:

IP: Ja, viele, viele Leute wollen Kaiserschnitt, weil, weil für normal Geburt hat Mutter so viele ah.

I: Schmerzen?

IP: Ja, Lei, Leiden, also Leid. Und aber für Kinder manchmal auch nicht so gut, wenn die Kinder kommt nicht, dann muss etwas, ja, vielleicht für Kopf nicht so gut, weil, weil jetzt in China nur ein Kinder und alle wollen so ein gesund Baby, ja.

I: Ein gesundes Kind, ja.

IP: Ja, ja, ja. Na, es war eh einmal, das ist nur EINMAL (lacht). Das, jetzt die Leute wollen Kaiserschnitt (IP I: 602ff).

Das Wissen um die Geburtsvorbereitung ist von unseren Informantinnen nicht mehr so groß, da sie meist schon lange in Österreich leben. Als sie noch in China waren, hatten sie mit diesem Thema meist nichts zu tun, da sie selbst noch zu jung gewesen waren.

Dennoch sind die Ergebnisse recht interessant.

Umso interessanter ist die Aussage der Hebamme, die erzählte, sie hätte einmal eine Thailänderin betreut, die während der Wehen sich ein Senfpflaster auf den Rücken geklebt hätte, das sei wie die Rheuma- Pflaster, die es bei uns auch gibt. Es sei, im Gegensatz zu dem, was sie in der Hebammenschule gelernt hatte, heiß geworden und durch diese Hitzeeinwirkung sei der Zugschmerz am Becken leichter gewesen. Sie meinte, ihr habe man gelernt, nur Kaltes nach der Geburt zu verwenden, damit sich die Gebärmutter wieder zusammenziehen könne. Durch Hitze würde die Frau verbluten (vgl. IP K: 475ff).

Auch in England hätte sie das so erlebt, dass die Gebärenden sich schon während der gesamten Geburt auf ein warmes Vollbad danach freuen (wieder gegen ihre Schulweisheiten). Nichtsdestotrotz musste sie zugeben, dass diese Wärmeeinwirkung geholfen hat.

13. Geschlechterrollen und Körperbilder

In diesem Abschnitt werden die Themen Geschlechtsrollenidentität und die Körperbilder der Frauen durch die Aussagen verdeutlicht.

Von der Projektleiterin wurden auch Fragen vorgegeben, wie zum Beispiel jene, was es für die Interviewpartnerinnen bedeutet, eine Frau, bzw. eine chinesische Frau in Österreich zu sein. Es kamen verschiedenste Antworten dazu. IP A meinte, dass sie lieber Frau als Mann sei, da sie als Frau besser behandelt werden würde. Als asiatische Frau in Österreich hat sie eigentlich auch selten Probleme:

IP: Ja, sicher, man wird auch noch, ab und zu von blöden Menschen halt irgendwie verglichen, halt irgendwie, weiß nicht so, so, wahrscheinlich sexuelle Lustobjekt, oder so (IP A: 250f).

IP C fühlt sich als Frau durch das Tragen schöner Kleidung, und sie genießt die Vorteile sehr, die sie als gepflegte Frau erfährt (vgl. IP C: 403). Diese Vorteile sieht auch IP F.

Der Freundeskreis ist sehr wichtig für IP D. Denn sie geht gerne mit Freundinnen einkaufen oder macht einen Damennachmittag ohne Kinder, nur zum Plaudern. Aber auch auf die äußere Erscheinung legt sie viel Wert.

Von den Traditionen aus China möchte sie ihren Kindern die Treue und Ehrlichkeit mit auf den Weg geben. Sie sagt, dass sie selbst so erzogen worden ist, und möchte eben diese Werte ihren Kindern mitgeben (vgl. IP D: 385ff).

Das gepflegte Äußere und gutes Benehmen ist auch für IP G sehr wichtig. Außerdem meinte sie, dass sie immer gehört hat, dass die Frauen genauso stark sein sollen wie die Männer, deshalb sei sie auch selbständig und finanziell unabhängig (vgl. IP G: 300ff).

Ganz andere Wertigkeiten beeinflussen das Leben als Frau von IP E. Sie hat sich nie gefragt, was den Unterschied zwischen Mann und Frau ausmacht. Ihre Sache als Frau ist die Verantwortung für ihre Familie, für ihre Kinder. Im Großen und Ganzen meint sie, hat sie sich entschieden, hier zu leben, also möchte sie sich auch anpassen, aber: *„trotzdem ich bleibe in Familie drinnen als chinesische Frau“* (vgl. IP E: 301f).

Nicht nur die Vorteile sieht IP F, wenn sie meint, dass die asiatischen Frauen in Österreich wahrscheinlich härter arbeiten müssen als alle anderen (vgl. IP F: 232).

IP H fühlt sich sehr wohl als Frau, und ist sehr stolz eine chinesische Frau zu sein. Sie verweist aber auch darauf, dass sie besonders stolz als Frau ist, jetzt in ihrer Mutterrolle. Sie

hat noch nie etwas Negatives in Österreich erlebt auf Grund ihres chinesischen Aussehens, da sie meint, hier sehr gut integriert zu sein. Im Gegensatz zu ihrem Vater, der öfter schief angeschaut wird, da er nach langen Jahren in Österreich noch immer nicht Deutsch spricht.

Auch bei ihrem Einstellungsgespräch hat ihr Chef ihren Lebenslauf sehr interessant gefunden, worauf sie wieder stolz auf ihre Herkunft war (vgl. IP G: 322ff).

Trotz dem sie schon so lange in Österreich lebt, sagt sie, beeinflussen die asiatischen Traditionen noch sehr ihr Leben. Den großen Unterschied erlebte sie schon als Jugendliche, als sie im Restaurant ihrer Eltern arbeiten musste, und von ihren Freunden gefragt wurde, wie viel sie denn dort verdiene. Auch ihr jetziger Mann erzählte ihr, dass er immer für seine Eltern das Auto gewaschen hatte, um Geld zu bekommen. Ihrer Meinung nach können die Österreicher nicht verstehen, dass man für seine Eltern unentgeltlich arbeitet.

Sie meint, einfach der Bezug zu den Eltern sei viel inniger als es hier der Fall ist. Das ist ihr wichtig, dass der Bezug ein fester ist (vgl. IP G: 352ff).

Es wurde auch die Frage gestellt, ob die Informantinnen mit ihrem Aussehen zufrieden seien. Durch gezielte Fragen über den Gebrauch der Medien habe ich versucht, den Einfluss derer auf die Meinung über das Aussehen herauszufinden.

Mit dem Aussehen zufrieden ist eigentlich der Großteil der Informantinnen. IP A meint nur, dass ihr die Brust nach dem Stillen nicht mehr gefällt, dass sie dadurch schon leide (vgl. IP A: 281). Dieses Problem nannte auch IP F (Zeile: 305).

Die Größe macht IP B ein bisschen zu schaffen, sie wäre nämlich gerne ein wenig größer (sie ist 1,55m und hat 49Kilo). Vgl. IP B: 25

Ein bisschen größer und nicht so ein „*rundliches Gesicht*“ hätte gerne IP C (vgl. IP C: 496f).

Zu dick wiederum kommt sich die chinesische Ärztin vor, mit einem Gewicht von 75kg bei nur einer Größe von 1,63m. Mir schien sie aber gar nicht so dick. Natürlich war sie nicht so eine schlanke Informantin, wie der Großteil der Befragten (vgl. IP E: 354).

Auch IP G kämpft mit diesem Problem. Sie möchte den Bauch trainieren, damit er wieder ein bisschen dünner wird (vgl. IP G: 353).

Die letzte Interviewpartnerin, die am Größten ist, mit einer Größe von 1,67m, erwähnte auch, dass ihr Bauch zu dick sei, und sie deshalb ins Fitness- Studio geht (sie sagte auch, dass die Frauen im Norden des Landes nicht so klein seien, wie im übrigen China – aber im informellen Gespräch, nicht im Interview direkt). Vgl. hierzu IP I: 389.

Auf die Frage, wie eine schöne asiatische Frau für sie aussieht, kamen unterschiedliche interessante Antworten. Viele aber erwähnten, dass eine schöne asiatische Frau, groß, schlank, schwarze lange Haare haben soll.

Manche meinten, der Charakter sei sehr wichtig, dass man ein gutes Herz hat. Man sehe das dem Aussehen an, ob jemand einen guten Charakter hat oder nicht, wie die Aussage von IP C zeigt:

*IP: Eine schöne Asiatin? Äh, Frau für mich groß, schlank, ähm, mit ähm, ähm für mich zählt die Ausstrahlung für mich auch sehr wichtig. (...) Beispiele, ahm, dass sie ja so freundlich und äh gut Herz haben. Das ist das für mich auch wichtig. Man, eigentlich man sieht eh alles, also ich mag zum Beispiel nicht, dass die Frauen so ein finster Gesicht haben so mit zusammen (zeigt es vor), so ähm, ein böses Gesicht machen. Schauen, dass, also eher sehr herzig strahlend ähm, ja. Und ein gute Herz...
... Man sieht alles in Gesicht, ja (IP C: 501ff).*

Auch IP E sagt, ihrer Meinung nach sei Harmonie von großer Bedeutung (vgl. IP E: 360).

IP H findet eine schöne asiatische Frau ebenfalls mit schwarzen langen Haaren. Aber ist es auch wichtig, dass das Gesicht nicht zu hell ist, denn so sagt sie, in China sei das Schönheitsideal nicht gebräunt, sondern eine helle Haut zu haben. Auch schlank sollte eine schöne Asiatin sein, aber das sei ohnedies meist der Fall. IP H sagte, wahrscheinlich seien so viele Asiatinnen so schlank, da sie nicht so viel Fett und Süßigkeiten zu sich nehmen würden. In Österreich sei es normal, nach dem Mittagessen eine Nachspeise zu essen, was in China nicht der Fall ist. Da steht der Obstteller auf dem Tisch.

Außerdem meint sie, dass die Chinesen keine richtige typische Nachspeise kennen, da diese gebackenen Bananen nur in den China- Restaurants bei uns existieren, diese aber in China gar niemand isst (vgl. IP H: 404ff).

Ihre Mutter als Vorbild und als Symbol einer schönen asiatischen Frau trotz der Schwangerschaften und Geburten von 6 Kindern (das letzte mit 41 Jahren!) nennt IP A. (vgl. IP A: 284ff).

13.1. Einfluss von Medien

Es wurde gefragt, ob die Informantinnen Frauenmagazine kaufen oder lesen, und inwieweit sie das Internet für Health und Wellness- Informationen nutzen. Auf Grund dieser

Informationen kann man erkennen, ob diese Medien eventuell die Ansichten oder Schönheitsideale der Informantinnen beeinflussen.

Diese typischen Frauenmagazine werden von 7 der 9 Informantinnen regelmäßig gelesen, aber aus unterschiedlichen Gründen. So braucht das IP A zum Abschalten am Abend (IP A: 301), während IP D die Frauenmagazine im Nachtdienst von ihren Kolleginnen liest, um die Zeit verstreichen zu lassen (IP D: 511ff).

Das Internet wird sehr genutzt von den Interviewpartnerinnen, jedoch nicht über Health und Wellness- Produkte, sondern alles andere, sei es Informationen für die Arbeit oder einfach nur „Gossip“ (IP F: 330).

Hier sieht man deutlich, dass die Frauenmagazine unsere Informantinnen nicht viel beeinflussen, denn sie haben ihre Meinung über Schönheit oder Körperideale eher aus den traditionellen kulturellen Prägungen ihrer Eltern, die ihnen immer noch wichtig sind.

Auch über das Thema Schönheitschirurgie äußerten sie sich nicht sehr positiv. Viele meinten, dass die Schönheit auf die inneren Werte ankommt.

Trotzdem kennen einige der Interviewpartnerinnen Freundinnen, die Schönheit durch Chirurgie bekamen, wie diese Aussagen zeigen:

IP: Ja, meine Freundin, die hat die Augenlidfalte sich ein bisschen hochziehen lassen (IP A: 312).

(Brustvergrößerung) IP: Kenn ich jemand. Eine Frau kommt aus Thailand. Oder Faltenlifting IP: Ja, kenn ich eine, bekommt auch, aber die andere, wie die andere Frau, kommt auch aus Thailand (IP B: 56ff).

Auch IP C hat Bekannte, die schon die Augenlidfalte und die Brust operiert haben (vgl. IP C: 562ff):

IP D kennt persönlich niemanden, der schon eine Operation hinter sich hat, aber dafür wusste sie noch einiges über die Zeit, als sie noch in China im Krankenhaus gearbeitet hat:

IP: Kenn, kenn ich niemand. Ich weiß, ich weiß sehr viel als ich im Spital gearbeitet habe, ich weiß einige Mädchen schon damals schon machen lassen. Also, da hier kenn ich niemanden, da hier. Jetzt ist auch üblich in China diese Schönheitsoperationen. Verschiedene (IP D: 540ff).

IP F hat ein schockierendes Erlebnis mit einer Freundin gehabt, die extra nach Korea geflogen ist, und dort 11 Operationen durchführen hat lassen. Als sie wiederkam, hat sie IP F nicht einmal erkannt:

IP: Ja. Gute Person, die Frau, eine, eine Freundin von mir, komplett, ich glaub 11 Operationen hat sie gemacht in Korea...

...Und das war so ein, so schockierend, weil sie war dann, äh, ahm, also äh, ist sie zurückgekommen, und wir haben uns ausgemacht, ich konnte sie nicht erkennen. Ich hab sie wirklich nicht erkannt (IP F: 350ff).

IP G kennt wieder eine Freundin, die vorhat, sich die Augenlidfalte zu operieren und ein Faltenlifting dazu (vgl. IP G: 377ff).

Man sieht also, dass dieser Schönheitsoperations- Boom sehr um sich greift, da viele Informantinnen jemanden kennen, der schon operiert ist oder es noch vor sich hat. Meine Interviewpartnerinnen halten aber nicht viel davon.

Auch über Diäten denken nicht viele nach. Ich denke aber, das liegt eher daran, da die Asiatinnen sowieso nicht so stark gebaut sind, und durch die Ernährung auch nicht so stark werden, wie die Frauen westlicher Industrieländer.

Die Frauen ernähren sich einfach bewusster oder halten eine Trennkost ein, wie IP E meint:

IP: ...aber eigentlich hat meine Diät, kann man nicht sagen Diät, meine Leben, ich habe eher nach dem (...), ich glaub das, weil ich bin doch eine TCM- Ärztin.

Und für doch bisschen Beschränkung...

...Aber keine Planung, sondern je nachdem, jedes Jahreszeit und Körper zuständig (IP E: 380ff).

IP G meint, dass die chinesische Küche nicht fett ist, und dass es demnach unnötig sei, eine Diät zu machen (vgl. IP G: 371).

Mir fiel auch auf, dass wirklich keine der Interviewpartnerinnen zu „dick“ war. Manche hatten ein kleines Bäuchlein, was aber auf die vorhergehenden Schwangerschaften zurückzuführen war.

Es ist eben wirklich sichtbar, wie die Ernährung sich auf das Wohlbefinden auswirkt.

13.2. Körperbilder

Mit diesen speziellen Fragen wollte ich herausfinden, wie die Informantinnen selbst zu ihrer Körperlichkeit stehen, ob sie sich in der Schwangerschaft wohl fühlten.

Hierzu gab es sehr konträre Meinungen. Die erste Informantin meinte, sie sei sehr gerne schwanger und sieht deshalb auch Schwangere als sehr schön, da sie eine innere Zufriedenheit ausstrahlen (vgl. IP A: 576ff). Sie tat auch nach der Geburt nichts, um ihre Figur wieder zu bekommen, da sie ganz von selbst wieder aussah wie vorher.

IP B enthielt sich der Meinung, wie eine Schwangere für sie aussieht. Dafür erzählte sie eine interessante Phrase:

IP: (Ihre Schwangerschaft betreffend): Der Schluss war schiach aus, weil meine Mund der Mund war so.

I: Wieso?

IP: (...) sagt, wenn man einen Buben hat, bei Unglück, Chinesin sagt das. Wenn du eine Bub, einen Buben in deinen Bauch ist, dann schaut, die Mutter schaut schiarcher aus. Ich war so vieler, mmm, Pick oder so was. Pickel überall und am Mund auch... ((IP B: 256ff).

Das Strahlen im Gesicht einer Schwangeren gefällt IP C. Sie findet die Schwangeren nicht unbedingt schön, aber das Strahlen macht alles wieder wett (vgl. IP C: 1320ff).

Auch IP D findet Schwangere nur phasenweise hübsch. Besonders zum Schluss nicht mehr, wenn man sich nicht mehr bücken kann. Sie selbst hat sich in ihren Schwangerschaften immer wohl gefühlt (vgl. IP D: 1012ff).

Für die TCM- Ärztin sieht eine Schwangere schon sehr schön aus. Für sie selbst hat es aber ein bisschen gedauert, bis sie die körperlichen Veränderungen vom Mädchen zur Frau akzeptiert hat. Beim zweiten Kind konnte sie gar keine Zeit mehr, sich darum zu sorgen, da sie schon ein kleines Kind zu betreuen hatte (vgl. IP E: 828ff).

Für IP H sieht eine Schwangere überhaupt nicht schön aus:

IP: Nein, also dieser Bauch. Egal, es haben sehr viele auch gesagt, ma, du strahlst und so. Mich, mich hat mein Bauch schon sehr gestört, ja (IP H: 708ff).

Von alten Vorstellungen über Schwangere wussten meine Informantinnen fast nichts zu berichten. Es kamen aber dennoch einige interessante Details.

Die Leibbinde kannten noch einige und wunderten sich, dass es diese heute nach wie vor gibt.

Im Da Sheng Bian „Schutz des Kindes im Leibe“ wird schon über die Leibbinde berichtet:

Zum Schutz des Kindes empfiehlt es sich ferner, den Leib der Frau stets mit einem Band zu wickeln, schon während der Schwangerschaft

(vgl. <http://www.abz-nord.de/Literatur/Fachartikel/geburtshilfe.htm>). Dieser Wickel diene dazu, dass er vor der Geburt abgenommen wird, und somit den Bauch absinken lässt, damit das Kind leichter geboren werden kann.

Heute gibt es diese Leibbinden aber auch in unserer Kultur. Sie sind sinnvoll, zum Stützen des Bauches bei Mehrlingsschwangerschaften, bei Bauchdeckenschwäche, bei Schwangerschaft nach einem Kaiserschnitt...

Die einzige Informantin, die wirklich eine Leibbinde getragen hat, war IP C. Sie meinte auch, dass es wirklich erleichtert, und den Bauch sehr stützt. Die Leibbinde bekam sie von einer Freundin, da sie sehr viel zugenommen hatte während der Schwangerschaft, und der Bauch daher sehr schwer war (vgl. IP C: 1352ff).

Aber zum Tragen nach der Schwangerschaft braucht man diese Leibbinde nicht. Auch die Informantinnen sagten mir, dass sie ihre vorherige Figur bald wieder bekamen, ohne etwas dafür zu tun.

Die „Vieräugige“, wie eine Schwangere in China genannt wurde, kannte keine der Informantinnen. Vier Augen deshalb weil die zwei der Mutter und die zwei des Kindes gezählt werden. Früher war es gefährlich, einer „Vieräugigen“ nahe zu kommen.

Über solche alten Vorstellungen wusste niemand Bescheid. Jedoch konnten sie mir erzählen, wie man heute in China mit Schwangeren umgeht. Und in diesem Punkt waren sich alle einig: Schwangere werden von Angehörigen versorgt und behütet, und dürfen sich um gar nichts selbst kümmern. Aber nun einige konkrete Ausschnitte aus den Interviews.

Verschiedene Aussagen dazu kamen von IP C:

IP: Behandeln wie eine Göttin (IP C: 1405).

IP: „Bist du schwanger? Du brauchst nicht(...), ich mach das, ich mach das“ (IP C: 1412).

IP: Und deswegen in Asien wird die Frau Zeit lang, ja, die nehmen immer 50 Kilo zu, gö, bei die Schwangerschaft (IP C: 1415f).

IP A: Kann man denn so viel zunehmen?

IP: Na sicher, wenn du nichts mehr tust (IP C: 1419ff).

IP D sagte mir: *IP: Ich glaube, die, die, die Schwangerschaft in China, das ist äh, sehr, so wie eine, wie sagt man in China, so wie die Panda- Bär, immer all geschützt (lacht)...*
... So, glaub ich (räuspert sich, da die Stimme versagt). Jetzt glaub ich, noch stärker, das überall einziges Kind, dadurch äh viele Eltern, Schwiegereltern, alle nicht tut sehr beschützt (IP D: 1048).

Genau von dem gleichen Panda- Bär erzählte mir auch IP F:

IP: Das ist wie ein Panda. Bär sag ich immer (lacht). Ist der, der Schatz von dem, von der Familie. Ah, ja schon. Aber nur, wenn man selber in China ist, und viele, viele Verwandte hat. Oder Großeltern oder was auch immer (IP F: 753ff).

Sie meinte auch mit enttäuschter Stimme, dass es bei ihr leider nicht so war, da sie mit ihrem Mann allein hier wohnt und selbst noch studiert hat. Sie wurde nur von ihrem Mann umsorgt und musste noch lernen.

Aber in einem waren sich alle einig, dass man in China sehr umsorgt wird, wenn man schwanger ist.

14. Persönliche Erfahrungen zum Thema Schwangerschaft und Geburt

Im letzten Teilkapitel dieser Arbeit werden nun die einzelnen persönlichen Erlebnisse über die Schwangerschaft und Geburt der Informantinnen festgehalten. An Hand dieser und der theoretischen Kapitel werde ich dann die Schlussfolgerungen ziehen, die notwendig sind, um diese Arbeit für die Aus- und Weiterbildung im medizinischen Bereich mit Migrantinnen, heranziehen zu können.

14.1. Erfahrungen zum Thema Schwangerschaft

Ich möchte zuerst den Gesundheitszustand in der Schwangerschaft der Informantinnen darstellen, bevor ich zu den einzelnen Geburtserlebnissen komme. Jedoch äußerten sich die Informantinnen dazu nicht sehr viel, was sich auch mit den Aussagen der Hebamme wieder deckt. Sie meint, sie äußern sich eher über Grundbedürfnisse, dieses „*typische Raunzen hört man nie*“ (IP K: 362ff).

Informantin IP A hat zwei Töchter geboren, beide in Wien. Sie hat bei beiden Schwangerschaftsdiabetes gehabt, wo sie immer Insulin spritzen musste:

IP: Also, ich hatte bei beiden Kindern Schwangerschaftsdiabetes und, ahm, das war einziger Minus bei mir, dass ich halt regelmäßig, ahm, Diät halten musste, also eigentlich immer spritzen und, und, na es war Insulin spritzen und dann auch noch stechen, halt immer beim Auge (?) (IP A: 361ff).

Vom körperlichen her ging es ihr die Schwangerschaft bis auf den Diabetes ganz gut. Sie hatte nur vor der Schwangerschaft eine Entzündung der Bewegungsapparate, eine Versteifung. An dieser litt sie immer schon, was jedoch in den beiden Schwangerschaften ganz aufhörte. Sie meinte, die Schmerzen oder der Schub kamen erst sofort wieder nach der Geburt, wo sie so stark wurden, dass sie nicht einmal das Neugeborene heben konnte:

IP: Also, ich hab die Kinder nicht, auch wenn sie so leicht waren, nicht immer heben können, vom, vom Gitterbett rein und raus, weils ja doch weh tut, nicht? Das heißt,

die Kinder haben dann in der Schubphase, immer bei mir im Bett geschlafen. Ich hab sie wirklich nicht einmal raufheben können (IP A: 552ff).

IP A hatte auch starke Angst vor Missbildungen ihrer Kinder, worauf sie sich entschloss, die Nackenfaltenmessung durchführen zu lassen. Wenn sie älter gewesen wäre, hätte sie auch die Fruchtwasserpunktion gemacht.

IP B fühlte sich oft allein in der Schwangerschaft. Sie sehnte sich schon stark nach China (ich denke, dass es daher kommt, da ihr Mann viel auf Montage unterwegs ist, und sie komplett allein ist).

Die ersten drei Monate ihrer Schwangerschaft musste sie immer erbrechen, und sie hatte bis zum dritten oder vierten Monat starke Bauchschmerzen. Ihre Mutter sagte ihr, dass sie das auch gehabt hatte, als sie mit IP B schwanger war. Es sei deshalb, weil sie so klein ist, und das Kind doch viel Platz benötigt (vgl. IP B: 233ff).

Bis jetzt hat sie nur den einen Sohn geboren.

IP C, die Freundin von IP A, hat ihre zwei Söhne in Wien geboren. Ihre Schwangerschaften verliefen ihrer Meinung nach schlecht (jedoch war sie mir der ersten Schwangerschaft bis zum Schluss nicht einverstanden; auch heute noch sagt sie, wenn sie die Zeit zurückdrehen könnte, würde sie den ersten Sohn nicht mehr bekommen, da er zu sehr nach seinem Vater gerät). Sie hatte bis zum sechsten Monat Probleme mit Übelkeit und Erbrechen, und auch geschwollene Füße, weswegen sie sich sehr unwohl fühlte.

In der gesamten Schwangerschaft nahm IP C 25 Kilo zu, was sich wiederum auf ihr seelisches Gleichgewicht auswirkte. Bei der ersten Schwangerschaft hatte sie nicht einmal einen Partner, der ihr stärkend zur Seite stand (vgl. IP C: 1193ff).

Über Abtreibung äußerte sich IP C ebenfalls, im Zusammenhang mit ihrer Angst vor Missbildungen:

IP: Das hat ma schon Angst. Da hab ich auch Arzt gesagt, aber ich möchte schon besser wissen, dass meine Kinder eine gesundes Kind auf der Welt bekommt, nicht einen, eine ungesund. Also, wenn du mich jetzt fragst, wenn ich weiß, meine Kind jetzt ungesund ist, dann lass ich sicher schon abtreiben (IP C: 1262ff).

Positive Berichte bezüglich ihrer Schwangerschaften kamen von IP D, die ihre erste Tochter in China geboren hatte, dann lange vergeblich versuchte, ein zweites Kind zu bekommen, und erst in Österreich mit 35 Jahren noch einmal unerwartet schwanger wurde.

Die Unterschiede in ihren Schwangerschaften erklärte sie sich selbst durch das Alter. Sie meinte, bei der Tochter sei sie selbst noch jung gewesen, und hätte sich keine Gedanken über die Schwangerschaft gemacht, aber beim Zweiten:

IP: ... hab ich das Gedanken gehabt, und äh, dadurch ham ma immer brav zur Untersuchung gegangen und immer geschaut, dass richtig alles in Ordnung ist und auch dadurch die Ernährung und dadurch der Alter wahrscheinlich sehr auch immer aufgepasst... Ja, einfach mehr Gedanken gemacht (IP D: 960).

Obwohl sie körperlich keine Beschwerden hatte außer dem Heuschnupfen, den sie beim zweiten Kind bekam, hatte sie massive seelische Probleme, die nur auf Grund ihres Alters waren:

IP: Zuerst das Kind ist es nicht geklappt und dann haben wir eigentlich schon aufgegeben, das, das wahrscheinlich zu alt, kriegen wir nicht mehr. Und dann ist damals der Kevin gekommen, also überraschend gekommen, da hab ich immer das Gefühl gehabt, aha, die werden uns über mich auslachen schon (lacht)...
...und da hab ich immer auch komisches Gefühl hab ich mich auch selber geschämt, dass äh, dass die Kollegin zu sehen, irgendwie ausweichen. Und das nicht mal direkt äh, Kontakt (...) hab ich auch die Station nicht oft besucht, obwohl sie haben immer gesagt, warum kommst du nicht? (IP D: 981ff).

Diese seelischen Missstände nahmen IP D sehr mit. Hilfe suchte sie bei ihren Freundinnen. Aber die Scham darüber, dass sie mit 35 Jahren nochmals schwanger war, war so groß, dass sie sich nicht gerne in der Öffentlichkeit zeigte.

Gar keine Beschwerden während der Schwangerschaft hatte die chinesische Ärztin, die meinte, sie war ja noch jung und gesund. Am Anfang hatte sie leicht die Beschwerden von Übelkeit, jedoch ohne Erbrechen. Das einzige, was sie erwähnte, war, dass sie keinen Duft verträgt, dass sie einen sehr empfindlichen Geruchssinn hatte:

IP: Das hat auch lang gedauert bis viele Jahre hab kann nicht mehr riechen wie damals hat (...). Da auch kann nicht Duft verwenden (IP E: 807f).

Diese Veränderungen in der Schwangerschaft bemerkte auch IP I. Anfangs litt sie unter Übelkeit und unter diesen extremen Geruchserfahrungen, wie das Interview zeigt:

IP: ...Nur, nur übel, kann nicht alles essen. Ich kann nur etwas, was ich will, ja. Und ich kann auch nicht äh, riechen und schauen andere essen.

I: Aha.

IP: Ja, und ich kann nicht kochen, weil ich kochen, kann nicht riechen diese, ah (IP I: 653ff).

Auf ihr positives Denken führt wiederum IP F ihre unbeschwerte Schwangerschaft zurück:

IP: Man darf nicht zu viel darüber lesen und nachdenken und soll wirklich nicht glauben, sondern so ah, es ist ein, eine natürliche Sache. Alle Frauen also, nicht alle, aber ja, das ist ah, seit wie viele Jahren gibt's Geburt. Und Afrika Frauen, in Afrika geben, ja halt da schon eher im Busch zum Beispiel (lacht), Kinder bekommen, man soll nicht so, ja. Zu negativ denken (IP F: 690ff).

Auch ihre Freundin und Arbeitskollegin IP G äußerte sich, wie auch IP H nur positiv über ihre Schwangerschaft. Es gab keinerlei Beschwerden, und auch die Gewichtszunahme sah sie nur als vorübergehend an.

Von der Hebamme kamen Aussagen über Statikveränderungen und Skelettveränderungen, auf Grund der starken Gewichtszunahmen (vgl. IP K: 382ff). Hierbei helfen sie sich auf witzige Arten, wie die Hebamme meint: *sie bewegen sich halt nicht mehr so viel oder ziehen ganz witzige Sachen an, so Bauchstützen im Sommer* (vgl. IP K: 387ff).

14.2. Erfahrungen zum Thema Geburt

Zuerst zeige ich auf, wer die Informantinnen jeweils zur Geburt begleitete und ihnen beistand, bevor ich dann die einzelnen Geburtserlebnisse beschreibe.

Auffällig ist, dass bei allen Informantinnen, die in Österreich ihre Kinder geboren hatten, der Mann zur Geburt direkt mitkam. Aber bei den Frauen, die ihr erstes Kind noch in China

bekommen hatten, war in einem Fall der Mann nicht anwesend im Kreißsaal (bei IP E). In zwei Fällen kam auch dort der Mann mit (bei IP D und IP I).

Die erste Interviewpartnerin meinte, sie wollte unbedingt den Mann dabei haben, da sie sonst allein zur Geburt gegangen wäre. Auch wenn sie ein gutes Verhältnis zu ihren Schwestern und ihrer Mutter hat, möchte sie diese auf keinen Fall bei der Geburt dabei haben. Das sei viel zu intim, zu peinlich (vgl. IP A: 601ff).

Auch IP C, die keine schönen Schwangerschaften hatte berichtete, dass sie den jeweiligen Vater ihrer Kinder bei der Geburt dabei haben wollte, damit der sie unterstützt und ihr beisteht. Über den ersten Mann erzählte sie nicht so viel, aber dafür betonte sie immer wieder, wie wichtig ihr der Mann ihres zweiten Sohnes bei der Geburt war:

IP: War ich jetzt, also, der Jimmi war wirklich eine große Hilfe. Ich meine, der war wirklich die ganze Zeit hat er um mich kümmern (meint gekümmert). Mit mir geplaudert. Weißt eh, dann vergisst du die Schmerzen, obwohl du weißt, jetzt wach, die Wehen kommt, gö (IP C: 1511).

Über den „Geburtsmonat“ (= das Wochenbett) erzählte mir IP D ausführlich. Bei ihr war in China bei der ersten Tochter auch der Mann bei der Geburt anwesend, da ihre Eltern noch nicht in dieser Stadt gewohnt hatten. Sie kamen erst nach der Geburt der Tochter in die Stadt, um sie zu pflegen, sie durfte nicht viel machen und schon gar nichts arbeiten:

IP: Und dann die ganzen, also bei uns immer nachher dem Geburt immer eine Monat sozusagen, also, (...) der andere (...) immer, also sagt man diese Monat, die Schwanger, also die Mama mit Baby nicht normalerweise, nicht hinausgehen spazieren in China.

I: Mhm.

IP: Also dadurch die in dem Volksmund sagt immer, bei Geburt diese alle Knochen, das is schon gelockert, ja, dadurch nicht sollte zu dem Wind gehen...

...Das tut einfach nicht gut, wenn die (...) erst nach einem Monat, weil die Knochen wieder zurück, wieder in seine Position, in die Position und dann könnte man das wieder hinausgehen. Und in diesem Monat und das wird immer entweder Schwiegereltern oder Eltern, immer betreut, bei der Mama mit Baby. Und immer fünf Mal gegessen...

...sagt man immer, wenn in diesem Monat gut ernährt, oder gut erholt, und deine Körper wird er schneller wieder fit wie vorher (IP D: 1062ff).

Sie bedauerte auch sehr, dass in Österreich das nicht so ging, da ihr Mann nicht von der Arbeit zu Hause bleiben konnte, und die restliche Familie ja nicht da war, um sie zu pflegen.

Die TCM- Ärztin IP E war die Einzige, bei der während ihrer ersten Geburt in China nicht der Mann dabei war, sondern die Mutter und die Schwester. Sie argumentierte folgend:

IP: Einfach diese große Sache für, ich bin ältere Schwester, also muss Familie auch erste Enkelkinder (IP E: 920f).

Aus ihrer Erfahrung in China erwähnte sie auch noch, dass es üblich war, in China keine Leute in den Kreißsaal zu lassen, außer die Ärzte und Hebammen. Sie meint aber auch, dass es heute wahrscheinlich auch schon üblich sei, dass der Mann zur Geburt mitkomme.

Dieses berichtete auch IP F. Sie sagte, früher war es Tabu, dass Männer bei der Geburt anwesend waren. Mittlerweile hat sich aber auch das geändert. Früher durften nur Hebammen oder Ärzte anwesend sein:

IP: Nein, früher nicht, nur Frauen, nur Frauen, nur Frauen. Aber Mann nicht. Männer.

I: Mutter oder Schwester oder so konnten schon?

IP: Genau, egal, also weibliche, die dürfen dabei sein (IP F: 774ff).

Auf die Frage, warum das so sei, antwortete sie mit einem „*Keine Ahnung, das ist so*“ (vgl. IP F: 778). Sie erzählte weiter, dass durch die Tradition das heute noch so sei, dass die Männer nicht gern gesehen werden während der Geburt, aber dass sie die ersten sind, denen das Baby gezeigt wird.

Angst vor der Geburt hatten die Informantinnen C und E. Die beiden führten die Angst einfach auf die Unwissenheit zurück, die sie erwartete. Sie wussten ja noch nichts über die Geburtsschmerzen. IP E sagte, beim zweiten Kind wusste sie schon, dass die Wehen nicht so

angenehm sind, und hatte deshalb nicht mehr so große Angst, einfach dadurch, dass sie schon Bescheid wusste (vgl. IP E: 942f).

Bei der Interviewpartnerin B hatten die Schwiegermutter und die Mutter mehr Angst, als die Gebärende selbst:

IP: ...meine Schwiegermutter und Mama hatte Angst gehabt. Und, weil ich bin so zartlich, und sie hat Angst, dass die Kinder bekommt keine Luft da unten. (...) und ich wollte unbedingt, dass er nat//, ich will keine Kaiserschnitt (IP B: 292ff).

Ihre eigene Angst war nur, dass sie im Spital ihr Kind mit einem anderen vertauschen, und dass sie einen Kaiserschnitt bekommt, den sie absolut nicht wollte. Sie bekam ihren Sohn dann sowieso auf natürliche Art.

Im Krankenhaus fühlten sich alle Informantinnen gut betreut. Nur eine Interviewpartnerin hatte ein unangenehmes Erlebnis, nämlich einen Schichtwechsel während ihrer Geburt:

IP: Ja, und dann sind die wi, wirklich weg. Und dann, das Baby ist so gekommen, is sein Kopf wirklich total ahm, wie heißt das, eingedrückt. (...) musst ihm geben (lacht). Der schaut so schiach aus. Aber nach einer Woche dann wieder normal geworden...

... weil das hat, ich glaub, zehn oder zwanzig Minuten gedauert, dass das, das der Kopf mitten drin.

I: Wahnsinn.

IP: Die Hälfte draußen, ich war, wau...

...weil, äh sie hat gesagt, push, push, push und mitten drin push – Schichtwechsel, sie war weg!! (IP F: 804ff).

Meine erste Informantin hatte zwei ganz unterschiedliche Geburten erlebt. Ihre erste Geburt hat 12 Stunden gedauert von der ersten Wehe bis das Kind geboren war. Sie meinte, das war eine wirklich angenehme Geburt.

Jedoch ihre zweite Geburt schilderte sie als „Hardcore- Geburt“:

*IP: ...na hat die Fruchtblase geplatzt, ohne, ohne Wehe. Da bin ich immer gelegen, das war lustig, dann hab ich ja die Rettung holen müssen, weil laut (...) da darf man ja nicht mehr sitzen, sondern nur mehr liegen. Ich hab mich so geniert, ich hab gesagt, ich hab dann angerufen und gesagt, „Mei meine Fruchtblase ist geplatzt“, und die haben gesagt: **„Liegen, liegen bleiben“**. „Mir geht’s aber gut!“ „Liegen bleiben, die Rettung kommt sofort“. Na gut, dann bleib ich halt liegen. Dann kamen zwei ganz junge Burschen mit dem Rollstuhl, und ich hab gedacht, muss das wirklich sein? Die haben mich dann rausgerollt, und ich hab mich so geniert (lacht). Weil mir gings ja gut, nicht? (IP A: 530ff).*

Als schwierig empfand die zweite Interviewpartnerin ihr Geburtserlebnis, da es 13 Stunden gedauert hatte (IP B: 300). Sie war schon 4 Tage über dem Geburtstermin und musste ständig aufs WC gehen. Da sie von Freundinnen gehört hatte, wenn man ständig müsse, sei das vielleicht schon der Blasensprung. Nachdem sie dann einmal Blut im WC gesehen hatte, rief sie ihre Schwiegermutter an und meinte, sie sollten ins Spital fahren. Dort dauerte es dann noch länger, bis ihr Sohn geboren war. Bis dahin, sagte sie, hat sie immer geschlafen, da sie so müde war, und hatte ein bisschen Wehen gehabt (vgl. IP B: 306ff).

Auch IP C, deren beide Schwangerschaften schon nicht gut verlaufen sind, meinte, die Geburten waren nicht schön, da sie lang gedauert hätten und sehr schmerzlich waren. Sie führte das darauf zurück, dass ihre beiden Kinder sehr schwer und sehr groß waren.

Ein richtig schreckliches Erlebnis hatte IP D bei ihrer ersten Geburt in China gehabt:

IP: Bei ihr war mmm, die Position zum Schluss äh, (...) getrennt, dann bisschen Problem für sie, gegeben bei ihr. Das war, also das Gebärmutterhals gerissen.

I: Gerissen?

IP: Gerissen ja. Das war zu schnell, und diese Position, das sich getrennt haben die gesagt, und da, da ist so schnell raus gekommen, ja. Und da hab ich Blutkonserven bekommen. Im Spital war, und da hab ich äh, ahm, oft Penicillin- Allergie gehabt, also ge, abge(...) wegen die Riss. Und ah, obwohl das hab ich nie Allergie gehabt, überraschend, Allergie bekommen (IP D: 1105ff).

Weiters erzählt sie darüber, dass sie die Spritze noch von ihrer Schulfreundin bekommen hatte und noch mit ihr geplaudert hätte. Sie meinte, als die Freundin noch nicht mal bei der Zimmertür draußen war, sei ihr Hals schon so angeschwollen, dass sie nicht mehr sprechen konnte. Sie konnte ihrer Zimmernachbarin nur mehr zeigen, die sofort laut schrie, dass die Ärztin mit Sauerstoff gekommen ist.

Ihre Mutter ist dann auch gekommen, die sehr geweint hatte, da sie ihre Tochter mit der Sauerstoff- Maske liegen sah (vgl. IP D: 1113ff).

IP D vermutet, dass diese Allergie wahrscheinlich von der Blutkonserve kam. Ihrer Ansicht nach hatte die Spenderperson eine Penicillin- Allergie. Sie erwähnte, dass sie früher viel Penicillin bekommen hatte, und das nie ein Problem war (IP D: 1133f).

Auch die TCM- Ärztin hatte keine schönen Geburtserlebnisse zu berichten. Der erste Sohn, der auch in China geboren war, war ja nicht das Problem, wie sie selbst erzählt:

IP: Erste Kinder war mein, mein Fruchtwasser bekommen, und dann hat es keine Wehen bekommen und dann hat nach der eine Tag Ärzte dann (lacht). Der erste Kinder dauer und dann hat 24 Stunden in Krankenhaus verbracht...

IP: Gelegen, ja. Ich hab ich auch Fruchtwasser bekommen, darf man nicht viele aufstehen...

...weil sonst Wasser verlieren (IP E: 974ff).

Über die Geburt des zweiten Sohnes in Österreich hatte sie leider nichts Besseres zu berichten, denn sie bekam eine Infusion, nach dem sie sehr viel Blut verloren hatte:

IP: Nein, ich hab aber der zweite Kinder hat viele Blut verloren, weil das hat nach dem Kinder gebor, bitte warten, diese Ärzte kommen nie. Weil ich hab ein bisschen (...). Und da hab ich gewartet und gewartet, und der Arzt der gekommen, hat zu lang gedauert, und bis dann so viel Blut verloren, da hat schnell eine Infusion bekommen.

IP: ... Und dann hab ich wirklich (...) dann auch dann in der nachher genäht, dann die Leute hat ob ich aufstehen (...). Aber ich China, nach der Kind geboren, nicht sofort aufstehen darf. Sofort ins, ins Bett gebracht und hier hat mir gefragt, nachher hat geglaubt, das ganz normal aufgestanden und sofort (...)...

IP: ... bei uns nach dem gebor nicht (...) nicht aufstehen, sind (...) liegen und bis, bis selber wohl gefühlt, dann aufstehen. Nicht so, und viel Stunden nachher, nicht sofort nach dem Gebor sofort aufstehen soll (IP E: 989ff).

Über den Monat nach der Geburt erzählte mir IP F einiges. Sie meinte selbst, sie sei nach chinesischer Tradition nicht „brav gewesen“, da sie diesen wichtigen Monat zum Regenerieren nicht ganz so befolgt hatte, wie es sein sollte. Aber in Österreich, ohne die Eltern in der Nähe, ganz auf sich allein gestellt, ist das nicht so einfach, dass man einen Monat nicht aufsteht, und nichts arbeitet:

IP: Weil nach chinesischer Tradition musst du nach dem Geburt ein Monat dich nicht bewegen.

I: Mhm, heißt das Yüezi?

IP: Wird jetzt, genau, nicht a duschen und also, kein Wind und so weiter. Und ich, ich hab damals gedacht, ich bin war so jung und ich kann sich alles gut bestehen, und dann hab ich sofort nach dem Geburt eine Dusche genommen, weil ich schon bisschen schmutzig gefühlt hab. Und zwei, drei, also bis jetzt immer noch, ich, ah, fühl mich eigentlich manchmal, also für mich zum Beispiel hier diese (...), es tut schon weh und dann kann ich nicht auch lang, ich kann nicht mehr so lang stehen,sonst tut mir mein Kreuz weh. Oder a Zeit lang nach dem Geburt konnte ich gar nicht,konnt ich nicht mehr stehen, weil das so, so, so sauer, sauer gefühlt, weiß nicht, wie man das beschreibt. Und daher, im Nachhinein, also, zu alle meine Freundinnen sag ich, bitte hört auf uns au, alte Tradition, ein Monat beweg dich nicht, kein Wind, keine Kälte in dein Körper eindringen lassen (IP F: 828ff).

Ihre Freundin und Arbeitskollegin IP G berichtete nur Angenehmes von ihrer Geburt. Ihr Kind wurde schnell geboren, sie hatte zwar diese Schmerzen (die Wehen), aber sie meinte auch, diese gehörten zur Geburt und da das Kind so schnell kam, waren diese bald wieder vergessen (vgl. IP G: 704ff).

Die jüngste Informantin setzte sich in der Schwangerschaft mit dem Thema Kaiserschnitt überhaupt nicht auseinander, und wurde dann bei der Geburt ihrer Tochter damit überrascht, dass es ein Kaiserschnitt sein müsse. Sie erzählte, dass sie dieses Thema in den Büchern

immer überblättert hätte, da sie nicht damit rechnete. Als dann ihre Fruchtblase geplatzt ist, fuhren sie ins Krankenhaus, wo sie ans CTG angeschlossen wurde:

IP: ...und da waren ihre Herztöne leider schon sehr schlecht. Und ahm, mein Muttermund war grad amal ein Zentimeter offen, und da hat eigentlich de, die Ärztin schon gsagt, dass es wahrscheinlich keine natürliche Geburt sein wird. Und ich hatte aber nur Vorwehen, ja...

...dann wollt ich noch mit mein Mann diskutieren so, hm, was machen wir jetzt, Kaiserschnitt ja oder nein? Bis die Ärztin dann gemeint hat, da gibt's nix zu diskutieren (IP H: 771ff).

Auch IP I hatte einen Kaiserschnitt bei ihrem ersten Sohn, der in China geboren wurde. Sie bekam den Kaiserschnitt, nach dem sie „*am letzte paar Tage viel Blut verloren*“ hatte (vgl. IP I: 728f).

Nach diesem Erlebnis bekam sie in Österreich ihren zweiten Sohn, der normal geboren wurde.

Der Umgang mit dieser Angst und den Schmerzen war sehr unterschiedlich. Jedoch ist zu bemerken, dass allein die Anwesenheit des Mannes die Frauen etwas stärkte, wie auch IP A erwähnte.

Sie meinte, dass ihr die Hebamme immer wieder sagte, wie sie die Wehen veratmen soll. Auch durch das Duschen zwischen den Wehen wurden diese Schmerzen für IP A erträglicher (vgl. IP A: 626ff).

IP B und IP D erwähnten auch, dass es hilfreich war, dass der Mann bei ihnen war.

Dadurch, dass IP D einen Geburtsvorbereitungskurs absolviert hatte, wusste sie auch über die Verarbeitung der Wehen durch die Atmung genau Bescheid – und setzte diese auch ein.

Gar nicht „*wirklich besonders so gearbeiten mit den Wehen*“ (IP E: 1006) hat die TCM-Ärztin. Sie meinte nur, sie hatte am Anfang überhaupt keine Erfahrung.

Auch die beiden Freundinnen IP F und IP G hatten nicht sonderlich viel über Schmerzen zu berichten. Bei IP G ging es halt schnell, und durch den Schichtwechsel im Krankenhaus meinte sie, schaute keiner auf sie. So bemerkte man nicht, dass die Geburt schon sehr nahe war. Nachdem sie eine Spritze zum Einsetzen der Wehen bekommen hatte, war das Kind bald

geboren. So hatte sie gar nicht so viele Schmerzen, die sie verarbeiten musste. (vgl. IP G: 712ff).

IP I sprach auch davon, dass die Geburten so schnell waren, dass sie gar nicht Schmerzen veratmen musste. Sie erwähnte, dass sie die ganze Zeit spazieren gegangen sei, und so die Wehen verarbeitet hätte (vgl. IP I: 748ff).

Diese Aussagen decken sich mit denen der Hebamme, die meint, dass die Frauen auch im Geburtsschmerz nicht laut werden, sondern sehr kontrolliert sind, und es ihnen reicht, wenn sie eine Hand zum Drücken haben oder man ihnen sagt, dass sie das eh gut machen (vgl. IP K: 546ff).

Beim Thema Medikamente waren sich alle einig, dass sie so natürlich wie möglich ihre Kinder bekommen wollten. Wunsch- Sectio verlangte auch keine Interviewpartnerin. Im Gegenteil, die, die einen Kaiserschnitt bekamen, wollten ihn auch nicht, aber durch medizinische Indikation war es für sie notwendig.

An Medikamenten wurden nur Wehen fördernde Mittel verabreicht und IP A sprach von homöopathischen Globuli, die sie alle 20 Minuten von ihrem Mann bekam, wo sie aber heute nicht mehr weiß, wofür oder wogegen die waren.

IP H war die einzige, die in diesem Zusammenhang von der Nichtwirkung des Kreuzstiches sprach, den sie bekommen musste, da sie einen Kaiserschnitt hatte:

IP: ...Ahm, die äh, der Kreuzstich hat nicht sofort funktioniert. Dann hab ich gespürt, wie die mich aufgeschnitten haben.

I: Echt?

IP: Ja, es war alles ein bissi schiarch. Und ah,, ja, dann haben die, die Ärzte natürlich gleich mitkriegt, dass die Narkose nicht funktioniert hat, und dann haben sie mir aber so schnell eine Vollnarkose verpasst (IP H: 810ff).

Trotzdem IP H ein unangenehmes Erlebnis hatte, blickt sie mit Zuversicht in die Zukunft und freut sich, noch einmal schwanger zu werden, und hofft, dass dann alles anders wird.

Das Thema Nabelschnur und wie die Informantinnen ihr Baby in den Arm bekommen wollten, war auch noch ein interessantes Gebiet.

Schon allein die Frage, wer die Nabelschnur durchtrennte wurde unterschiedlich gesehen und beantwortet. Manchen war es unangenehm, dass der Mann sie durchtrennt, andere fanden es wiederum als schön.

IP A und B fanden es sehr schön, dass sie ihr Baby gleich auf den Bauch gelegt bekamen. IP A meinte zwar, sie sei nicht einmal gefragt worden, aber sie sei froh, dass sie es so erleben durfte.

IP C erzählte, dass der Vater ihres ersten Kindes die Nabelschnur nicht durchschneiden wollte und ließ es den Arzt machen. Sie selbst wollte das Baby auch nicht gleich auf den Bauch haben. Die Ärzte legten es kurz hin und dann wollte IP B nur schlafen, da sie so erschöpft von der anstrengenden Geburt war.

Den zweiten Sohn bekam sie aber noch blutig auf den Bauch gelegt und empfand es als sehr angenehm. Vielleicht lag dieser Unterschied wohl daran, dass sie ihren ersten Sohn immer noch nach dessen Vater sieht, und ihn deshalb auch heute noch ablehnt.

IP D, die ihre erste Tochter in China geboren hatte, wusste nicht mehr recht, wer in China die Nabelschnur durchtrennt hatte. Sie denkt aber, dass es die Hebamme war. Beim zweiten Kind, der in Österreich geboren wurde, war es ihr Mann, da der Arzt gefragt hatte, ob er sie durchtrennen will.

Dieselbe Erfahrung machte auch IP E: in China durchtrennte die Nabelschnur das Krankenhauspersonal und in Österreich der Mann. Sie erzählte, dass früher der Mann gar nicht die Nabelschnur durchschneiden durfte. Heute, denkt sie aber, sei auch das anders.

Gewaschen, gewogen und angezogen neben sich gelegt bekam IP F ihr Baby zum ersten Mal. Ihr Mann wollte gar nicht mit hineinkommen zur Geburt, und er hat auch die Nabelschnur nicht durchtrennen können, da er Angst vor Blut hat. Ihr selbst ist es auch lieber, dass sie das Baby schon angezogen bekommen hatte, da sie nicht wüsste, wozu das gut ist, dass man es gleich nach der Geburt so wie es ist, auf den Bauch bekommt (vgl. IP F: 894ff).

Leider hatte IP H das Erlebnis des nackten Neugeborenen nicht erleben können, da sie einen Kaiserschnitt unter Vollnarkose bekommen hatte. Diese Narkose dauerte aber nur eine halbe Stunde an, sagte sie. In der Zwischenzeit musste ihr Mann sich sein T- Shirt ausziehen und das Neugeborene auf seinen Bauch legen, um dem Baby den Hautkontakt zu ermöglichen (vgl. IP H: 827ff).

IP I, die selbst Medizinerin ist, wollte ihre Kinder jeweils schon gewaschen und angezogen empfangen. In China bekam sie den Sohn auch so, doch in Österreich beim Zweiten bekam sie ihn, ohne dass sie gefragt wurde, noch mit der Nabelschnur auf den Bauch. Ihr gefiel das aber gar nicht. Dazu meinte die Hebamme, dass sie sich das gut vorstellen könnte, weil die Frauen ja nicht auf ihre Rechte pochen und die Hebammenmentalität die sei, dass das ja nur ein bissi Fruchtwasser sei, und alles so nett (vgl. IP K: 632ff). Im Gegensatz zu den Amerikanerinnen in Österreich, die einen genauen Birth Plan besitzen, den sie vorher ausfüllen und die Hebamme genau Bescheid weiß, *„wie gewaschen, wie getrocknet, wie gepudert, wie geschniegelt sie das Baby haben will oder auch nicht* (IP K: 638f). Auch die Nabelschnur durchtrennte nicht der Mann, sondern immer der Arzt oder die Hebamme (vgl. IP I: 780ff).

Als abschließende Frage stellte ich meinen Interviewpartnerinnen den Wunsch nach einer „angenehmen Geburt“. Hierzu stelle ich die Auszüge daraus vor:

IP: Na, Hauptsache, das Kind ist in der, dass es nicht zu groß ist, ja (IP B: 370).

Das kleine Baby wünscht sich auch IP C:

IP: .. Ich glaube, alle Methode ist nicht angenehm. So wie ich gehört habe, Kaiserschnitt ist zwar angenehmer, aber nachher tut es so weh, so lange.

I: Genau.

IP: Und der normale, am besser nur kleines Baby (lacht).(IP C: 1723ff)

IP: Also, ich würde sagen, dass man ganz spezial als Hebamme aussuchen. Und vorher diese, (...) und die wo die, das Kind in die Welt bringen werde. Dass man da herumgeht und wissen, und kennen und ganz, was die (...) für Unterstützung welche Person, dass du wen dabei möchten...

...möglicherweise vielleicht, dass eine, eine, eine Methode zu geben, diese, diese Schmerzen ganz, dass man, dass man nicht einmal die Körper schadet, nicht mehr und das Baby schadet. Dass man minimieren diese, diese, diese Schmerzen (IP D: 1191ff).

IP E sieht die Geburt als natürliche Sache an und hat keine speziellen Wünsche, da sie meint, das kommt ganz genau auf die Situation an: *„Man muss anpassen und auch muss man sehen vom Arzt, was ist gerade wichtig ist. Ich von meine Wunschen macht man das, was ich glaube“* (IP E: 1075ff).

Den Schichtwechsel, den IP F mitten während der Geburt hatte, wünscht sie sich nicht mehr. Und sie erwähnte auch, dass ihr die Technik sehr wichtig ist, für alle Fälle, falls man sie braucht:

IP: Aber ich glaub, wichtig is es, gute Betreuung von Ärzten, Hebamme, die, ja, ein Richtung muss, muss modern genug sein, falls irgendwas ist.

I: Für alle Fälle.

IP: Genau, das ah, das die, dieser, dieser Technik, oder dieser ah, Ding im Spital (...) ist. Sonst, man soll genießen (IP F: 964ff).

Für ihre nächste Geburt hat IP H keine sonderlichen Wünsche, bis auf das, dass sie gerne eine natürliche Geburt hätte. Ein Dammschnitt muss vielleicht auch nicht sein, aber die Wehen gehören einfach dazu (vgl. IP H: 857ff).

Die „still Leidende“ Informantin IP A hätte gerne ein bisschen weniger Schmerzen bei einer Geburt. Sie meinte, es ist zwar gut, wenn der Mann dabei ist, da man seine Hand drücken könne, aber auf Grund ihrer Mentalität sei sie die still Leidende, da sie nicht so laut schreie, auch wenn es ihr danach wäre:

IP: Ja, ja, ja, eine still Leidende „Aua, Aua, das tut weh, Aua“, beim ersten Kind (beide lachen). Weils doch erträglich war, nicht? Beim zweiten Kind hab ich eh seine Hand schon gedrückt, also er hat wirklich eh große Hände, aber ich habs geschafft, dass es ihm weh tut „Auah“. (lachen) (IP A: 678ff).

15. Zusammenfassung der ausgewerteten Ergebnisse

Soziodemographische Daten

In dieser Arbeit wurden die Aussagen von neun chinesischen Interviewpartnerinnen behandelt. Von diesen neun Chinesinnen stammen acht aus der Volksrepublik China, aus den unterschiedlichsten Provinzen (Hunan, Zhejiang, Shandong, Fujian, Gansu, Beijing, Qinghai, Liaoning). Eine der Partnerinnen stammt als Auslands-Chinesin aus Hongkong in Vietnam.

Die Interviewpartnerinnen sind unterschiedlichen Alters, die Zeitspanne reicht vom Geburtsjahr 1962 bis zum Geburtsjahr 1980. Wobei ich sagen muss, dass der Großteil zwischen 1966 und 1971 geboren ist. Drei der Informantinnen kamen mit ihren Eltern, als sie noch Kinder waren nach Österreich, um ein „besseres Leben“ anzufangen. Von den anderen sechs kamen wiederum drei zum Arbeiten, um die Ausbildung fertig zu machen, jedoch mussten sie teilweise den Beruf wechseln oder Zusatzausbildungen machen. Zwei der Interviewpartnerinnen kamen zwecks Studienzwecken und nur eine der Liebe wegen. Sie lernte ihren jetzigen Ehemann in China kennen und lieben, als der auf Montage war. Es fühlten sich aber nicht alle wohl als Chinesinnen in Österreich, nicht mehr der ehemaligen Kultur und nicht der jetzigen Kultur zugehörig. In Treibel findet man diese Personen als randständig (Marginalität). *Die Randpersönlichkeit selbst fühlt sich weder der einen, noch der anderen Gruppe zugehörig; von der Mehrheitsgesellschaft wird sie allerdings der Minorität zugeordnet. Die Zwischenposition wird nur von der Randpersönlichkeit selbst erlebt* (Treibel 2003: 107).

Der Großteil der Frauen lebte in China in einem größeren Ort. Auffallend ist, dass viele der Informantinnen Geschwister haben, oder auch Eltern haben, die selbst im Ausland leben (in den unterschiedlichsten Ländern wie Kanada, Korea, Schweden, Italien).

Die Angaben zur Frage nach der Religion wurden auch allesamt mit „keiner Religionszugehörigkeit“ beantwortet, wobei aber auffällig ist, dass die Informantinnen jedoch betonten, ihnen sei die Tradition sehr wichtig, und dass sie dadurch zu Treffen aller Art gehen, auch religiöser Art.

Schulbildung hatten alle Interviewpartnerinnen genossen, entweder noch in China oder eben hier in Österreich. Eine fertige Ausbildung besitzen auch alle neun Chinesinnen, nur IP C hätte gerne eine „richtige“ Ausbildung, da sie als einzige der Informantinnen keine Zeit um die Schule fertig zu machen hatte, da sie im elterlichen China-Restaurant in Wien arbeiten musste, und somit nur Hauptschul-Abschluss besitzt. Heute würde sie gerne im Bereich

Mode arbeiten, hat aber keine Chance dafür, da es an der Ausbildung fehlt (ihr Mann und sie besitzen aber ein Lederwaren- Geschäft).

Verheiratet sind sieben der neun Informantinnen, eine Chinesin ist geschieden und lebt jetzt wieder in einer Beziehung und eine hat ein lediges Kind bekommen, ist aber mit dem Vater ihres zweiten Kindes verheiratet.

Nur drei der Frauen sind mit einem Österreicher verheiratet, den anderen war es wichtig, dass der Partner auch aus China stammt. Einige kamen schon mit ihren Partnern nach Österreich, und drei der Chinesinnen haben ihren Mann erst in Österreich kennen gelernt.

Bezug zum Herkunftsland hat noch der Großteil der Informantinnen, nur eine erwähnte, dass es ihr nicht mehr wichtig sei, Bezug zu China herzustellen, da niemand mehr dort wohnen würde, bis auf die entfernten Verwandten.

Die Interviewpartnerin aus Vietnam meinte auch, dass ihr der Bezug nicht wichtig sei, und sie kein Bedürfnis nach Vietnam hätte.

So richtige Schwierigkeiten nach der Migration erwähnte keine der Interviewpartnerinnen. Lediglich die üblichen Probleme wie das Sprachproblem traten auf. Oder, dass die Ausbildung nicht anerkannt wäre. Jedoch kam es mir so vor, als ob die eine oder andere Chinesin hier manchmal unter Einsamkeit leiden würde, da die Kontakte zu anderen spärlich waren. Die Freundeskreise sehen auch unterschiedlich aus, wobei der Großteil der Informantinnen beteuert, mehr asiatische Freunde zu haben, mit denen sie sich auch bei traditionellen Feiern treffen. IP H betonte aber wieder, ihr Freundeskreis bestehe vorwiegend aus Österreichern, da sie hier schon so gut wie aufgewachsen ist, da sie schon vor der Schule mit ihren Eltern und ihrem Bruder nach Österreich kam (ihre Eltern sprechen aber heute noch kein Deutsch, da sie nur mit Chinesen zu tun haben!).

Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung

Unsere Interviewpartnerinnen sind allesamt sozialversichert.

Jede der Frauen hat ein oder zwei Kinder (5 Frauen haben 2 Kinder, der Rest nur eins). Davon sind nur drei Kinder in China geboren, die anderen alle erst in Österreich. Diese drei in China geborenen wurden auch bei den Eltern dort gelassen die ersten Jahre, während die Mutter schon nach Österreich ging. Sie holten die Kinder erst später nach.

Informiert über die Schwangerschaft wurden die Informantinnen entweder vom Arzt, über Bücher oder Freunde. Jedoch ging niemand zur Mutter, um sich aufklären zu lassen, da dieses Thema den Frauen oft zu „peinlich“ war.

Die Untersuchungen in der Schwangerschaft hielten alle ein.

Über das Verhalten in der Schwangerschaft waren sich die Informantinnen auch fast einig, dass man sich ein bisschen mäßigen sollte, körperlich schonen, keinen Alkohol oder rauchen. Es kamen leider nicht viele Informationen über chinesisch geprägte Traditionen. Die Informantinnen bekamen diesbezüglich Ratschläge ihrer Eltern, die noch mehr nach chinesischen Traditionen leben. Auf die richtige Ernährung haben alle geschaut, vor allem die Frauen, die ihre Eltern auch in Wien haben, da sie von diesen oft bekocht wurden.

Über das Wunschgeschlecht äußerten sich die Interviewpartnerinnen wie folgt: der Großteil meinte, dass es ihnen wichtig wäre, einen Sohn zu bekommen, da es in China wichtig sei, wenn man alt ist und da die Mädchen nach der Hochzeit in eine andere Familie einheiraten. Manche sagten aber, dass es vor allem dem Mann wichtig wäre, einen Sohn zu bekommen.

Auffallend ist, dass wirklich 10 der 14 Kinder männlich sind.

Geburtsvorbereitungskurse wurden nicht so gut angenommen, nur wenige der Interviewpartnerinnen besuchten einen Kurs. Dafür schauten sie wiederum mehr darauf, sich so lange es geht, zu bewegen, entweder durch schwimmen, Rad fahren oder einfach spazieren gehen.

Eine Wahlhebamme, wie das in Österreich viele Frauen machen, nahm sich keine der Informantinnen. Eine zog es zumindest in Erwägung, jedoch entschied sie sich dann doch anders.

Alle neun Chinesinnen bekamen ihre Kinder in einem Krankenhaus, egal ob in China oder in Österreich. Diese Spitäler wurden zum großen Teil wegen der Nähe zum Wohnort gewählt, und nicht von vielen der Informantinnen zuerst angesehen. Nur diejenigen, die einen Geburtsvorbereitungskurs absolviert hatten, sahen sich die Klinik oder den Kreißsaal mit dem Partner vor der Geburt an. Früher hatten die chinesischen Frauen auf dem Land nur Hausgeburten, da die Distanz zu einer Stadt oft zu groß war. Heute gehen alle in ein Spital, war die Aussage vieler meiner Informantinnen. Lange Zeit war es jetzt wichtig, das wissenschaftliche Interesse zu stillen, dabei sollte doch die Frau in ihrer Geburtsarbeit das Wichtigste sein.

Über die Geburtsvorbereitung in China

Leider kamen zu diesen Fragestellungen nicht sehr viele Aussagen, da die meisten der Interviewpartnerinnen schon zu lange in Österreich leben, und ihr Wissen darüber nur von den Eltern haben. Als sie noch in China lebten, waren sie noch zu jung, um über diese Thematik Bescheid zu wissen.

Aber das Thema Ernährung ist für alle ein wichtiges Thema. Die Interviewpartnerinnen, auch wenn sie schon lange in Österreich leben, nehmen es als sehr wichtig, chinesisch zu kochen oder chinesisch zu essen (die, die sich bekochen lassen wie IP H, die ihre Eltern im China-Restaurant besucht). Wenn Zeit ist, versuchen alle, chinesisch zu kochen, denn auch in dieser Küche gibt es schnelle Gerichte.

Über die aktuelle Geburtsvorbereitung wussten nicht sehr viele Bescheid. Bei den Aussagen wurde oft erwähnt, „glaube ich“, „denke ich“.

Trotzdem hat man mir erzählt, dass auch in China heute viele ärztliche Untersuchungen gemacht werden, sowohl vaginal als auch Ultraschall- Untersuchungen. Jedoch schwankten die Informantinnen bei den Aussagen zur Häufigkeit der Untersuchungen.

Die Frauen erwähnten, dass heute alle zum Gebären in ein Krankenhaus gehen würden, sowohl auf dem Land als auch in der Stadt. Früher hatten die Frauen auf dem Land immer Hausgeburten, da der Weg in ein Krankenhaus einfach zu weit und zu beschwerlich war. Doch heute gibt es in jedem größeren Dorf ein Spital.

Auch meinen die Informantinnen, dass heute während der Geburt auch die Ehemänner anwesend sein dürfen. Jedoch explizit wusste es keine. Von den drei Kindern, die in China geboren wurden, wussten die Frauen, dass es damals verboten war, dass der Mann bei der Geburt direkt dabei war. Auch durfte das Personal, Ärzte und Krankenschwestern, nur weiblich sein. Heute sei das anders. Die traditionelle Medizin und die westliche Medizin existieren in China mehr nebeneinander als miteinander. Bemühungen, diese beiden Welten zu einer „großen chinesischen Medizin“ zu vereinen gab es schon in den 1930er und 40er Jahren, wie Croizier schon erwähnt: *thus, throughout the National Government period the two medical worlds old and new, Chinese and Western – remained sharply divided and mutually hostile, despite the efforts of persons like Ch`en Kuo- fu to synthesize the two in a new, and superior, Chinese medicine* (Croizier 1976: 346). Aus dieser großen chinesischen Medizin wurde nicht viel, jedoch findet man in China heute eher westlich orientierte Ansätze, wie das auch die Informantinnen bestätigten.

Über den Wunsch-Kaiserschnitt in China wussten die Informantinnen auch nicht so viel. Manche meinten, es werde oft nach einem „Glücks- Datum“ gewählt, wann das Kind geboren werden soll. Aber aus eigenen Erfahrungen konnte niemand etwas dazu sagen.

Mutterschutz gibt es sowohl in China als auch hier. Nur schwankten die Informantinnen, wenn es darum ging, die Zeitspanne vor und nach der Geburt festzulegen. In einem Punkt waren sich die Interviewpartnerinnen aber einig, dass die Zeit auf jeden Fall nicht so lange ist, wie in Österreich: die Frauen gehen bald nach der Geburt wieder arbeiten, da die Kinder von

den Großeltern gut versorgt werden, da in China die Familienkonstellation noch eine andere ist als hier. Die Großfamilie, die in Österreich in den seltensten Fällen noch existiert, spielt dabei eine tragende Rolle.

Geschlechterrollen, Körperbilder

Über das Thema, wie man sich als Frau oder als asiatische Frau in Österreich fühle, machten sich nicht sehr viele der Informantinnen besondere Gedanken. Jedoch kamen dazu Aussagen wie: wichtig ist schöne Kleidung, man wird als Frau meistens besser behandelt, oder auch negative wie *„man wird auch noch, ab und zu von blöden Menschen halt irgendwie verglichen, halt irgendwie, weiß nicht so, so, wahrscheinlich sexuelle Lustobjekt (vgl. IP A: 250f.). Auch bei Leacock finden sich solche Aussagen zum Bild der „primitiven“ außereuropäischen Frau: die fremde Frau aus der anderen Kultur galt diesem herrschaftlichen Diskurs als das minderwertige, subjektlose Objekt, das den eigenen ökonomischen, sexuellen und politischen Interessen angeeignet und untergeordnet werden musste, sofern es überhaupt zu beachten war (Leacock 1989: 9). Leider sehen sich einige der asiatischen Migrantinnen immer noch in diesem Bild.*

Für die meisten Informantinnen sieht eine schöne Asiatin so aus: lange schwarze Haare, das Gesicht nicht zu braun (!), schlank und nicht zu klein.

Mit ihrem Aussehen zufrieden sind alle Informantinnen, jedoch gibt es Kleinigkeiten, die sie schon ein bisschen stören. Die Makel, die genannt wurden, waren meist eine zu kleine Brust oder ein bisschen zu dick, oder die Körpergröße zu klein.

Einige der Interviewpartnerinnen kaufen und lesen Frauenmagazine wie Wienerin, Women, Style. Jedoch aus unterschiedlichen Gründen. Eine Informantin liest solche Zeitschriften nur, geborgt von ihren Kolleginnen im Nachtdienst, um sich die Zeit zu vertreiben. Die anderen lesen sie schon, um sich zu informieren.

Auch das Internet wird rege genutzt, jedoch werden keinerlei Health oder Wellness Produkte darüber gekauft. Die chinesischen Frauen meinten, diese Dinge würden sie in der Drogerie oder in einer Apotheke kaufen.

Über das Thema Diät äußerten sich die Informantinnen wieder unterschiedlich. Der Großteil der Frauen meint, sie bräuchten keine Diät, auch nicht nach der Geburt, auch wenn sie viel zugenommen hatte während der Schwangerschaft waren diese Kilos bald nach der Geburt wieder verschwunden. Einige sagten aber, dass sie schon eine Diät gemacht hätten, um wieder zu ihrer Figur zurück zu finden.

Der Schönheitschirurgie stehen alle neun Interviewpartnerinnen skeptisch gegenüber. Niemand hält viel von dieser. Nur wenige Frauen kennen jemanden, der sich schon operieren hat lassen. Die meisten Operationen waren Brustvergrößerungen mit Silikon, dann folgten die Korrekturen der Augenlidfalten.

Über die Körperkonzepte, speziell ob eine Schwangere schön aussieht, waren sich die Informantinnen fast einig, denn sie meinten, dass Schwangere schön aussehen, da sie so strahlen. Nur eine Informantin meinte, dass man mit so einem Bauch einfach nicht schön aussehen kann.

Die Interviewpartnerinnen fühlten sich in ihren eigenen Schwangerschaften aber zum Großteil sehr wohl, bis auf die wenigen, die ziemlich lange Übelkeit verspürten (eine bis zum sechsten Monat).

Eine Informantin erwähnte auch den Übergang zur Mutterschaft, sie fühlte sich deshalb so gut, weil sie jetzt diesen Übergang durchmachen darf, und nun einen anderen Status innehat. Einig waren sich die Informantinnen auch, wenn es darum ging, wie man in China mit Schwangeren umgeht. Sie meinten, dass es viel besser sei als hier, da die gesamte Familie um die Schwangere ist und sie behütet wie einen Schatz oder wie ein Panda. In Österreich ist das ja auf Grund der Familienkonstellation oft nicht möglich. Auch die Informantinnen, die ohne Eltern oder Verwandte aus China hier wohnen, sagten, dass ihnen das umsorgt sein sehr gefehlt hätte. Sie mussten in der Schwangerschaft alles alleine machen, da der Mann auch meist arbeiten war.

Schwangerschafts- und Geburtserlebnisse

Die Schwangerschaften verliefen meist komplikationslos, wobei manche Informantin mehr oder weniger von den üblichen Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen und dergleichen heimgesucht wurde. Natürlich wurden auch die Probleme der Gewichtszunahme thematisiert, da die Informantinnen ja doch relativ leicht sind, und in den Schwangerschaften manchmal ziemlich viel zunahmen (eine Informantin meinte, sie habe 25 Kilo zugenommen). Das muss ja zwangsläufig mit Problemen einhergehen.

Über seelische Beschwerden klagte keine Informantin. Lediglich eine (die im Nachhinein ihr erstes Kind nicht mehr bekommen würde!) fühlte sich in der Schwangerschaft schon oft sehr einsam und ohne Unterstützung durch ihren damaligen Partner. Heimweh hatte fast niemand, da die Familien ja meist in der Nähe waren (oder auch die Schwieger- Familien).

Zur Geburt: wie oben schon erwähnt, wurden drei Kinder in China geboren und blieben dann auch die erste Zeit danach dort bei den Großeltern bzw. beim Vater des Kindes, da die Mutter nach Österreich ging. Es ist auffällig, dass die Personen, die in China zur Geburt direkt mitkamen, meist die Mutter oder Schwester waren, aber nicht der Kindesvater.

In Österreich bekamen diese Frauen viel später ihr zweites Kind, wo der Vater bei der Geburt anwesend war.

Richtige Angst vor der Geburt nannte keine der Informantinnen, nur die Ungewissheit, da sie ja beim ersten Kind nicht wussten, was auf sie zukommt. Die Angst vor Missbildungen und Erbkrankheiten wurde aber dennoch thematisiert. In unserer Gesellschaft kann man durch die heutige Pränataldiagnostik diese Fehlbildungen schon frühzeitig erkennen (vgl. Albrecht-Engel 1997: 84f), was auch einige in Anspruch nahmen.

Im Spital fühlten sich alle gut betreut und verließen sich auf die Ärzteschaft, nur eine sprach von Missständen im Rudolfspital, da sie während ihrer Geburt einen Schichtwechsel des Personals erlebte, wo sie dann nicht beachtet wurde, obwohl die Geburt schon sehr weit fortgeschritten war.

Probleme während der Geburten gab es so manche. Eine der Problematischen war IP D, der der Gebärmutterhals gerissen ist, wodurch sie dann Blutkonserven bekam, worauf sie aber allergisch reagierte und keine Luft mehr bekam.

Eine zweite Informantin meinte, sie hätte sehr viel Blut verloren, wo sie, nach langem Warten auf einen Arzt, eine Infusion bekam. Die Chinesin mit dem Schichtwechsel während der Geburt erwähnte noch, dass ihr Kind eine Zeit lang stecken geblieben sei. Eine Informantin bekam einen Kaiserschnitt, nachdem die Herztöne des Kindes sehr schlecht waren. Bei ihr wirkte aber die Betäubung nicht, so dass sie spürte, wie sie aufgeschnitten wurde. Deshalb wurde sie kurzerhand in Vollnarkose versetzt.

Die letzte Informantin bekam bei ihrem ersten Sohn einen Kaiserschnitt, da sie in den Tagen vor der Geburt viel Blut verloren hatte.

Medikamente während der Geburt wurden fast keine verabreicht, bis auf die Globuli einer Informantin, die aber nicht mehr wusste, wofür oder wogegen die waren. Ansonsten wurden nur Wehen fördernde Mittel von den Ärzten verabreicht.

Keine der Interviewpartnerinnen verlangte nach einer Epidural- Anästhesie oder nach einem Wunsch- Sectio. Im Gegenteil, die Frauen wünschten sich allesamt eine natürliche Geburt. Manche wurden dann mit einem Kaiserschnitt überrascht, mit dem sie nicht gerechnet hatten.

Die Nabelschnur hat in den meisten Fällen der Kindesvater durchtrennt, auch wenn er es gar nicht selbst gewünscht hatte. Nur die in China geborenen Kinder wurden von den Ärztinnen abgenabelt.

Auch mit dem Baby zum ersten Mal auf den Körper bekommen war das so eine Sache. Manche Informantin hätte gerne ein sauber gewaschenes und angezogenes Baby neben sich gelegt bekommen. Stattdessen haben sie ein noch mit Blut und Käseschmiere überzogenes Neugeborenes auf den Bauch gelegt bekommen, was sie gar nicht wollten. Sie wurden nicht gefragt, und von sich aus sagte es auch keine der Interviewpartnerinnen. Dabei ist es gerade in diesem Zusammenhang sehr wichtig, seine Wünsche und Vorstellungen zu äußern, und nicht alle Entscheidungen dem Arzt oder der Hebamme zu überlassen (vgl. Albrecht- Engel 1997: 37).

16. Diskussion

Vorliegende Arbeit setzt sich mit der Thematik der soziokulturellen Aspekte der geburtshilflichen Betreuung chinesischer MigrantInnen in Wien auseinander. Damit einher geht die Frage nach dem eventuellen Einfluss der traditionellen chinesischen Verhaltensweisen während der Schwangerschaft und Geburt. Durch die Aussagen der neun chinesischen InformantInnen und der Hebamme konnten einige Aspekte gut herausgearbeitet werden. Da ich, auch durch Aussagen der Hebamme, weiß, dass es in dieser Thematik gerade mit asiatischen Migrantinnen noch sehr viel Handlungsbedarf gibt, da sie selbst von dieser MigrantInnen-Gruppe nicht viel wusste, und sich speziell für das Interview noch Literatur gesucht hat, um mehr zu erfahren, möchte ich darauf verweisen, vorliegende Arbeit zu diesem Zwecke geschrieben zu haben. Sie entspricht natürlich nicht der Vollständigkeit, da man aus Interviews mit neun Migrantinnen nicht alles folgern kann, und sie ist auch beeinflusst von den subjektiven Anschauungen der Forscherin. Jedoch gibt diese Arbeit einen kleinen Einblick in die Thematik mit chinesischen Migrantinnen, die ja sonst nirgendwo aufscheinen. Die Literatur zur Thematik „MigrantInnen in der geburtshilflichen Versorgung“ ist noch immer spärlich, wie die Arbeit von David und Borde zeigt (vgl. David/ Borde 2008: 124ff). Collatz erwähnt in seiner Arbeit „Müttergesundheit und Familienmedizin“ ebenfalls, wie wenige Studien es gibt, die sich mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden von Müttern mit Migrationshintergrund befassen (vgl. Collatz 2008: 146). Doch gerade Frauen mit Migrationshintergründen sind signifikant mehr Belastungen ausgesetzt und weisen nach der Studie von Nauck (1993), einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Nauck spricht in diesem Zusammenhang von einer „Dreifachdiskriminierung“ vieler MigrantInnen, durch geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt, durch soziale und rechtliche Diskriminierung und die Ungleichheit in Familie und Beruf durch innerfamiliäre Machtverteilung (Studie von Nauck, in Collatz 2008: 146). Binder-Fritz meint dazu, *„um eine gute medizinische Versorgung gewährleisten zu können, müssen ÄrztInnen nicht nur Verständnis für andere kulturelle Einstellungen zu Körper, Intimität und Krankheit aufbringen, sondern sich auch spezifisches Wissen über tradierte Vorstellungen hinsichtlich des Verhaltens während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aneignen, um den Frauen hinsichtlich des Pro und Kontra bestimmter Gepflogenheiten beratend zur Seite stehen zu können“* (Binder-Fritz 2011: 133). Hierzu war es notwendig, über die Migrationsgründe und andere soziodemographische Daten, wie die Herkunft, die Schulbildung oder die sozialen Netzwerke der InformantInnen Bescheid zu wissen. Die Aussagen darüber waren allesamt sehr aufschlussreich und

interessant. Hierüber zu sprechen war auch für die InformantInnen kein Problem, da diese Fragen keine sensiblen Daten darstellen, abgesehen von den verschiedenen Migrationsgründen. Es kamen alle InformantInnen entweder mit ihren Eltern oder hatten berufliche Ziele, die sie verfolgten.

Um herauszufinden, wie die InformantInnen dieser Studie ihre individuellen Erfahrungen, ihr Wissen und ihre Erlebnisse über Schwangerschaft und Geburt einordnen, gab es eine Reihe von Fragen hierzu. Es kam die Frage nach dem österreichischen Gesundheitssystem, mit diesem die MigrantInnen allesamt zufrieden sind, doch machten sie die notwendigen Untersuchungen nur deshalb, weil es so sein muss, wie das einige der ChinesInnen betonten, wie zum Beispiel IP A:

IP: *„Ich hab alle eingehalten. Genau. Brav, ich bin“* (IP A: 343).

Auch durch die Aussagen der Hebamme, die chinesischen MigrantInnen seien sehr angepasst und machten alles, um nicht aufzufallen, kann man erkennen, dass sie eine großartige Diszipliniertheit besitzen, wie mir das eine Informantin in einem informellen Gespräch erklärte. In der Arbeit von Ina Simson stellt sie die Frage, ob ChinesInnen prüde sind, da man in der Öffentlichkeit keine küssenden Paare sieht, niemanden, der Arm in Arm spazieren geht (Simson 1990: 104). Doch die Antwort wurde mir auch von der Hebamme durch ihre Geburtserfahrungen mit chinesischen MigrantInnen geliefert. Es ist die Moral, die sie seit Hunderten von Jahren geprägt hat, die Disziplin, die sie so ruhig wirken lässt. AsiatInnen würden nie von selbst Etwas verlangen – so ist ihre Mentalität, meint die Hebamme im Interview. Sie halten sich lieber im Hintergrund und nehmen das als gegeben an, was man von ihnen verlangt. Deshalb blieben sie bis jetzt aus den Untersuchungen ausgeklammert, da sie die „still Leidenden“, wie mir IP A sagte (IP A: 678), sind, die ruhigen, die angepassten, die nicht auffallen.

Ratschläge, die Schwangerschaft und Geburt betreffend, bekamen die InformantInnen aus ihren chinesischen Familien, die sie auch einhielten, auch wenn sie diese als merkwürdig empfanden, wie etwa keine Melonen zu essen. Dabei sind es gerade diese Tabus und Verhaltensvorschriften, die ein Paar auf dem Weg zur ersten Mutterschaft psychosozial stützen (nach Nadig in Binder- Fritz 1997: 34). Selbst wussten meine InformantInnen leider keine oder sehr wenige Details über die Geburtsvorbereitung in China, wahrscheinlich deshalb, weil sie schon zu lange in Österreich leben und als Kind hierher kamen. Diejenigen, die in erster Generation hier leben, und auch ihr erstes Kind noch in China bekommen hatten,

brachten auch nicht viele Erfahrungen mit traditionellen Verhaltensvorschriften mit, da sie in der Stadt in westlich orientierten Krankenhäusern gearbeitet hatten. Es gingen auch alle interviewten Frauen zur Geburt ihrer Kinder in ein Krankenhaus, sei es noch in China oder schon hier in Österreich. Aber Gudrun Prinz, die eine Untersuchung in Krankenhäusern, in der sie sich mit dem beobachtbaren Verhalten bei Geburten beschäftigt hat, meint, dass sich in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung des wissenschaftlichen Interesses feststellen lässt – nun rückt die Gebärende weiter in Richtung Mittelpunkt des Blickfeldes (vgl. Prinz 1995: 263). Es sollte aber die Frau selbst in ihrer „Geburtsarbeit“ das Wichtigste sein. Leider ist das in unserer westlichen technisierten Gesellschaft nicht immer der Fall, was auch die Bezeichnung „Reproduktion“ zeigt. Dieser Terminus, der heute oft für *„Zeugung, Schwangerschaft und Geburt verwendet wird, beinhaltet ein ausschließlich materielles Menschenbild“* (Hauser-Schäublin 1991: 308). Die westliche Schulmedizin betont nicht die Ganzheit, sondern das Element, in unserem Fall den Körper, wie Hadolt es formuliert (vgl. Hadolt 1992: 147). Der Mensch wird somit auf seinen Körper reduziert, in seine Einzelteile zerlegt betrachtet, und von Spezialisten, in dieser Thematik nur bestimmte Teile des Körpers, wie die Gebärmutter, betreut. Somit findet nicht die Persönlichkeit der Gebärenden Beachtung, sondern nur Teile von ihr, was wiederum dem Bedürfnis nach einer persönlichen Geburtssituation im Wege steht (ebd.). Diese Zusammenhänge kann man deutlich erkennen an einigen Aussagen meiner InformantInnen, wenn sie behaupten, ihnen wurde ein Medikament während der Geburtswehen verabreicht, ohne dass sie darüber Bescheid wussten, wofür oder wogegen dieses ist (vgl. IP A). Die ÄrztInnen entscheiden über die Köpfe der eigentlich im Mittelpunkt stehenden Personen, was für diese gut ist.

Da es sich in dieser Arbeit um frauenspezifische Themen handelt, wurden auch Fragen zu Geschlechterrollen und Körperbilder gestellt, die aber zum Teil nicht aussagekräftig beantwortet wurden, wie zum Beispiel die Frage, wie sich die InformantInnen als Frau oder als asiatische Frau in Österreich fühlen. Hierzu machten sich fast keine der Frauen besondere Gedanken. Es kam nur zu Tage, dass sie sehr viel Wert auf gepflegtes Äußeres legen. Nur eine Informantin erwähnte in diesem Zusammenhang den Übergang zur Mutterschaft, über den Arnold van Gennep in seinen Rites de Passages (1999) schon ausführlich schrieb. Sie fühlte sich sehr wohl, da sie nun einen anderen Status innehat.

Den Großteil dieser Arbeit nimmt aber die empirische Datenerhebung zu den individuellen Schwangerschafts- und Geburtserlebnissen ein. Die Antworten und verschiedensten Erzählungen dazu gaben viel Aufschluss über die so erlebten Erfahrungen. Allgemein kann gesagt werden, dass sich die InformantInnen während ihrer Schwangerschaften wohl fühlten,

bis auf die Gewichtszunahme im letzten Trimenon, oder etwaige Übelkeiten, die sehr lange anhielten. Nur eine InformantIn meinte, im Nachhinein betrachtet, hätte sie ihr erstes Kind nicht bekommen sollen, da es zu sehr wie der Vater sei, von dem sie geschieden ist. Auch über Geburtsängste klagte keine der Befragten, doch wurde die Ungewissheit, was sie erwarten würde, vor allem beim ersten Kind, thematisiert. Die Geburtserlebnisse waren dann so unterschiedlich, wie meine InformantInnen selbst.

Genau in dieser Individualität wäre es wünschenswert, die Frauen zu sehen und zu behandeln. Hier setze ich an, und meine als oberstes Ziel dieser Arbeit die Einsetzung dieser in Lehrveranstaltungen an der medizinischen Universität sowie an den Krankenpflegeschulen und generell als Lehrunterlagen für angehende ÄrztInnen und Pflegepersonen, die mit dem Thema Schwangerschaft, Geburt, Migration konfrontiert sind. Das Personal im Gesundheitsbereich sollte den asiatischen Migrantinnen dann gender sensibel und transkulturell kompetent entgegenreten können, was den Asiatinnen den Weg in unsere Kultur dann natürlich erleichtert. Denn gerade in einem heiklen und sensiblen Abschnitt, den der Übergang zur Mutterschaft darstellt, ist es wichtig, nicht allein zu sein, und sich verstanden und geborgen zu fühlen. Wie Jordan meint, wenn sie den Geburtsvorgang aus der anthropologischen Perspektive betrachtet, gibt es keine Geburt, die nur „natürlich“ ist, sondern hängt immer mit der sozialen Ordnung und den Ideologien der jeweiligen gesellschaftlichen Gruppen zusammen. Aus diesem Grund *„brauchen wir eine ganzheitliche Sicht dieses Vorgangs, einen Ansatz, der bio-sozial ist in dem Sinn, dass er den kulturspezifischen sozialen Prozessen nachgeht, in denen sich die biologischen Prozesse abspielen“* (Jordan 1983: 15).

Abschließend kann gesagt werden, dass sich die InformantInnen zwar gut betreut gefühlt haben, aber das ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass sie die ruhige, angepasste MigrantInnen-Gruppe darstellen. Denn in einigen Aussagen, wie zum Beispiel durch den Wunsch, das Neugeborene nicht nackt auf den Bauch gelegt zu bekommen, wurden sie auf Grund ihrer Zurückhaltung, gar nicht gehört.

Binder- Fritz hat zu dieser sensiblen Thematik vier Punkte zum korrekten Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunft genannt:

Transkulturelle Kompetenz bedeutet demnach, MigrantInnen als individuelle Personen mit ihren Umfeldern wahrzunehmen und zu respektieren, sowie die Wahrung der Intimsphäre bei Untersuchungen, das Bereitstellen von Informationen über Ordinationsgepflogenheiten und Ablauf von Untersuchungen und schließlich eine Liste mit muttersprachlichen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (vgl. Binder-Fritz 2011: 138f).

Wenn man sich nun an diese Leitlinien hält, steht dem Zusammenleben von Menschen verschiedener Gesellschaften nichts mehr im Wege.

Literaturverzeichnis

Bibliographie

ABRAHAM, Priya

- 2005 Hightech- MigrantInnen in Österreich. In: BINDER, Susanne/ RASULY-PALECZEK, Gabriele/ SIX- HOHENBALKEN, Maria (Hg.): „Herausforderung Migration“ Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des „UN International Migrant`s Day“. S. 132- 144. Wien: Institut für Geographie und Regionalforschung der Universität Wien

ALBRECHT, Günter

- 1972 Soziologie der geographischen Mobilität: zugleich ein Beitrag zur Soziologie des sozialen Wandels. Stuttgart: Enke

ALBRECHT- ENGEL, Ines

- 1995 Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSKHUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin.
Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 31 - 42. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

ALBRECHT- ENGEL, Ines

- 1997 Geburt in westlichen Kulturen. In: ALBRECHT, Manfred/ ALBRECHT- ENGEL, Ines/ KUNTNER, Liselotte: In Wellen zur Welt: das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. S. 30 – 57. Augsburg: Midena

ALBRECHT- ENGEL, Ines

- 1997 Unterversorgung im Über- Entwicklungsland? In: ALBRECHT, Manfred/ ALBRECHT- ENGEL, Ines/ KUNTNER, Liselotte: In Wellen zur Welt: das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. S. 82 - 107. Augsburg: Midena

ATTESLANDER, Peter

2000 Methoden der empirischen Sozialforschung. 9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, New York: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG

AUFHAUSER, Elisabeth

2000 Migration und Geschlecht: Zur Konstruktion und Rekonstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit in der internationalen Migration. In: HUSA, Karl/ PARNREITER, Christof/ STACHER, Irene (Hrsg.): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? S. 97- 122. 1. Auflage Frankfurt am Main: Brandes und Apsel; Wien: Südwind (Historische Sozialkunde 17/ Internationale Entwicklung)

BINDER- FRITZ Christine

1996 Whaka Whanau. Geburt und Mutterschaft bei den Maori in Neuseeland. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH- Europäischer Verlag der Wissenschaften

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. S. 89- 123. Berlin: Reimer Verlag

BINDER- FRITZ, Christine

2003 Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In: FRIEBE, Jens/ ZALUCKI, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. S. 116- 142. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. Kg

BINDER- FRITZ, Christine

2009 Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: RASKY, Eva (Hg): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz. S. 28-45. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

BINDER-FRITZ, Christine

- 2011 Migration und Gesundheit im Spiegel der Allgemeinmedizin. In: PEINTINGER, Michael (Hg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. S. 119-141. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

BORDE, Theda/ DAVID, Matthias

- 2008 Zum möglichen Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt – eine kurze Literaturübersicht. In: BORDE, Theda/ DAVID, Matthias (Hg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. S. 123-135. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

BOURDIEU, Pierre

- 1976 Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Frankfurt/ Main: Suhrkamp

COLLATZ, Jürgen

- 2008 Müttergesundheit und Familienmedizin – vernachlässigt und notwendiger denn je. In: BORDE, Theda/ DAVID, Matthias (Hg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. S. 135-157. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

CROIZIER, Ralph C.

- 1976 The Ideology of Medical Revivalism in Modern China. In: LESLIE, Charles: Asian Medical Systems – A Comparative Study. S. 341- 355. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press

CSORDAS, Thomas

- 2000 Introduction: The body as representation and being-in-the-world. In: CSORDAS, Thomas: Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. S. 1-27. Cambridge: Cambridge Univ. Press

DIESFELD, Hans- Jochen/ SICH, Dorothea

- 1995 Seminar IV: Geburt und Childbearing als kulturelles System. In: Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA). DIESFELD, Hans-

Jochen: Medizin in Entwicklungsländern. Schriftenreihe zur Medizin und zu Gesundheitsproblemen in Ländern der Dritten Welt. S. 135- 140. 2. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften

DOUGLAS, Mary

1985 Reinheit und Gefährdung: eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu. Titel der Originalausgabe (1966): Purity and Danger. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Brigitte Luchesi. Berlin: Dietrich Reimer Verlag

DUDEN, Barbara

1995 Vom schmalen Grat des Arztseins. In: ABHOLZ, Heinz- Harald uvm.: Frauen – Gesundheit. Jahrbuch für kritische Medizin 24. 1. Auflage. S. 122 – 134. Hamburg: Argument Verlag

ECO, Umberto

1993 Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt. Doktor-, Diplom- und Geistes- und Sozialwissenschaften. Originaltitel: Come si fa una tesi di laurea. Ins Deutsche übersetzt von SCHICK, Walter. 6., durchgesehene Auflage der deutschen Ausgabe. Heidelberg: C.F. Müller Juristischer Verlag GmbH

FISCHER, G.

1994 Versorgungsprobleme ausländischer Patienten in der ambulanten praktischen Medizin. In: ILLHARDT, Franz Josef/ EFFELSBERG, Winfried (Hrsg.): Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz am 4./5. Dezember 1992. S. 77- 86. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag

GEIBEL- NEUBERGER, Ulrich W.

1995 Die soziokulturelle Einbettung von sechs sich entwickelnden Elternschaften bei der Geburt des ersten Kindes in der BRD aus ethnomedizinischer Sicht. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin.

Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 409 - 415. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

HADOLT, Bernhard

1992 Geburtssysteme im Kulturvergleich: Ethnologische Untersuchungen über den Soziokulturellen Kontext von Geburt anhand von Beispielen aus Österreich, Nordindien und Ostmalaysien. Diplomarbeit. Wien

HADOLT, Bernhard

2004 Zur Relevanz der Medical Anthropology. Beiträge und Herausforderungen für die Sozial- und Kulturanthropologie. In: Curare Vol.27, Nr. 1 und 2, S. 9-26

HAHN, Sylvia

2000 Wie Frauen in der Migrationsgeschichte verloren gingen. In: HUSA, Karl/ PARNREITER, Christof/ STACHER, Irene (Hrsg.): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? S. 77- 96. 1. Auflage Frankfurt am Main: Brandes und Apsel; Wien: Südwind (Historische Sozialkunde 17/ Internationale Entwicklung)

HAUG, Sonja/ PICHLER, Edith

1999 Soziale Netzwerke und Transnationalität. Neue Ansätze für die historische Migrationsforschung. In: MOTTE, Jan/ OHLINGER, Rainer/ VON OSWALD, Anne (Hg.): 50 Jahre Bundesrepublik – 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. S. 259- 285. Frankfurt/ Main; New York: Campus Verlag

HAUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta

1991 „Verwandtschaft“ und ihre „Reproduktion“: Vaterschaft, die Entleiblichung der Frau und die Entseelung des Menschen. In: HAUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta: Ethnologische Frauenforschung- Ansätze, Methoden, Resultate. S. 306-332. Berlin: Dietrich Reimer Verlag

HAUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta

1991 Das Werden einer geschlechterspezifischen Ethnologie (im deutschsprachigen Raum). In: HAUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta: Ethnologische Frauenforschung- Ansätze,

Methoden, Resultate. S. 9-38. Berlin: Dietrich Reimer Verlag

HELLER, Angela

1998 Geburtsvorbereitung. Methode Menne – Heller. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

HIRSCHBERG, Walter

2005 Wörterbuch der Völkerkunde. Neuausgabe 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH

HUSA, Karl, WOHLSCHLÄGL, Helmut

2005 „Gastarbeiter“ oder Immigranten? Internationale Arbeitsmigration in Ost- und Südostasien im Umbruch.

In: BINDER, Susanne/ RASULY- PALECZEK Gabriele/ SIX- HOHENBALKEN, Maria (Hg.) (2005):

„Herausforderung Migration“ Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des „UN International Migrant's Day“. S. 71-104. Wien: Institut für Geographie und Regionalforschung der Universität Wien

ILLICH, Ivan

1995 Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. Originaltitel: Limits to Medicine. Aus dem Englischen von LINDQUIST, Thomas/ SCHWAB, Johannes. 4., überarbeitete und ergänzte Auflage. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung (Oscar Beck)

JANZEN, John M.

2002 The social fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology. Mc Graw- Hill: New York

JORDAN, Brigitte

1983 Die Geburt aus der Sicht der Ethnologie. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf (Hg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht: Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. S. 13 -21. Braunschweig: Friedrich Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH. (Curare Sonderband 1)

KIRCHHOFF, Heinz

- 1983 Vorwort. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf (Hg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht: Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. Braunschweig: Friedrich Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH. (Curare Sonderband 1)

KIRCHHOFF, Heinz

- 1995 Die Geburt in senkrechter Körperhaltung – Kulturhistorische Anmerkungen und mögliche geburtshilfliche Vorteile. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSCHKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 233 - 234. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

KLEINMAN, Arthur

- 1980 Patients and Healers in the Context of Culture. London

KNIPPER, Michael/ WOLF, Angelika

- 2004 Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung. In: Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie und transkulturelle Psychiatrie 27, 1+2 (Doppelheft) S. 61 - 72. VWB – ,Verlag für Wissenschaft und Bildung

KOHLBACHER, Josef

- 2005 Integration durch berufliche Mobilität? – Beschäftigungsperspektiven und berufliche Aufstiegschancen unterschiedlicher Migrantengruppen auf dem Wiener Arbeitsmarkt. In: BINDER, Susanne/ RASULY- PALECZEK, Gabriele/ SIX- HOHENBALKEN, Maria (Hg.): „Herausforderung Migration“ Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des „UN International Migrant's Day“. S. 105- 131. Wien: Institut für Geographie und Regionalforschung der Universität Wien

KUNTNER, Liselotte

- 1995 Das Gebärfverhalten der Frau im Kulturvergleich. In: Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA). DIESFELD, Hans-Jochen: Medizin in Entwicklungsländern. Schriftenreihe zur Medizin und zu Gesundheitsproblemen in Ländern der Dritten Welt. S. 158 - 159. 2. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften

KUNTNER, Liselotte

- 1995 Die Gebärfhaltung der Frau. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSKHUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 235- 244. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

KUNTNER, Liselotte

- 1997 Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Kulturen. In: ALBRECHT, Manfred/ ALBRECHT- ENGEL, Ines/ KUNTNER, Liselotte: In Wellen zur Welt: das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. S. 8- 29 Augsburg: Midena

LEACOCK, Eleanor

- 1989 Der Status der Frauen in egalitären Gesellschaften: Implikationen für die soziale Evolution. In: ARBEITSGRUPPE ETHNOLOGIE Wien: Von fremden Frauen - Frausein und Geschlechterbeziehungen in nichtindustriellen Gesellschaften. S. 9- 68. 1. Auflage Frankfurt am Main: Suhrkamp- Taschenbuch Wissenschaft 784

LEBOYER, Frederick

- 1997 Das Geheimnis der Geburt. Für die deutsche Ausgabe: München: Kösel Verlag GmbH & Co

LEININGER, Madeleine M.

- 1998 Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Titel des Originalwerkes: Culture Care Diversity and Univarsality: A Theory of Nursing. Aus dem Englischen übersetzt von

Ute Villwock, Heidelberg. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag

LEUTNER, Mechthild

1989 Geburt, Heirat und Tod in Peking. Volkskultur und Elitekultur vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Berlin: Dietrich Reimer Verlag

LOCK, Margaret/ NGUYEN, Vinh- Kim

2010 An Anthropology of Biomedicine. Wiley- Blackwell

LOYTVED, Christine

1995 Beispiele aus dem Unterricht. Die WHO Programme für traditionelle Hebammen am Beispiel von Samoa und Tonga. In: Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA). DIESFELD, Hans- Jochen: Medizin in Entwicklungsländern. Schriftenreihe zur Medizin und zu Gesundheitsproblemen in Ländern der Dritten Welt. S. 155 - 156. 2. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften

LU, Yali

1995 Schwangerschaft und Geburt im alten China. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin.

Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 187- 200. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

LUX, Thomas

1994 „Heilung setzt die Integration von Lebenswelt in den Krankheitsbegriff voraus“. In: ILLHARDT, Franz Josef/ EFFELSBERG, Winfried (Hrsg.): Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz am 4./5. Dezember 1992. S. 149- 155. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag

LUX, Thomas

2003a Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology. In: LUX, Thomas (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. S. 10- 30. Berlin: Dietrich Reimer Verlag

MARTIN, Emily

1989 Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Titel der Originalausgabe (1987): The Woman in the Body. Aus dem Englischen von Walmot Möller- Falkenberg. Frankfurt/ New York: Campus Verlag

MATTES, Monika

1999 Zum Verhältnis von Migration und Geschlecht. Anwerbung und Beschäftigung von „Gastarbeiterinnen“ in der Bundesrepublik 1960-1973. In: MOTTE, Jan/ OHLINGER, Rainer/ VON OSWALD, Anne (Hg.): 50 Jahre Bundesrepublik – 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. S. 285-310. Frankfurt/ Main; New York: Campus Verlag

MAYRING, Philipp

1999 Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 4. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union

MENDEZ- BAUER, Carlos/ ARRRAYO, J./ ROBERTS, J.

1995 Vorteile und Nachteile verschiedener mütterlicher Stellungen während der Geburt. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 245 - 248. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

MOORE, Henrietta L.

1990 Mensch und Frau sein. Perspektiven einer feministischen Anthropologie. Titel der englischen Originalausgabe: Feminism and Anthropology. Aus dem Englischen

übersetzt von Sieglinde Denzel und Susanne Naumann. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn

MORGAN, Lewis H.

- 1987 Die Urgesellschaft. Untersuchungen über den Fortschritt der Menschheit aus der Wildheit durch die Barbarei zur Zivilisation. Originaltitel: Ancient Society. Aus dem Englischen von EICHHOFF, W. unter Mitwirkung von KAUTSKY, Karl.
Nachdruck der Ausgabe Stuttgart 1908. Fulda: Fuldaer Verlagsanstalt

MÜNZ, Rainer

- 2000 Migration im Europa des 19. und 20. Jahrhunderts. In: HUSA, Karl/ PARNREITER, Christof/ STACHER, Irene (Hrsg.): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? S. 177- 191. 1. Auflage Frankfurt am Main: Brandes und Apsel; Wien: Südwind (Historische Sozialkunde 17/ Internationale Entwicklung)

NI, Maoshing Dr.

- 1998 „Der gelbe Kaiser“ – Das Grundlagenwerk der chinesischen Medizin. Titel der Originalausgabe: „The Yellow Emperor's Classic of Medicine“. Bern, München, Wien: Otto Wilhelm Barth Verlag

ODENT, Michel

- 1995 Gebärtstellung und Gegenkultur. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSCHKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 249 - 254. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

OAKLEY, Ann

- 2001 Supportive midwifery carer. In: MANDER, Rosemary: Supportive Care and Midwifery. S. 68-86. Blackwell Science Ltd

OTS, Thomas

1999 Medizin und Heilung in China: Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH

PRINZ, Gudrun

1995 Verhaltensbeobachtungen bei Geburten im Krankenhaus. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/GOTTSCHALK- BATSKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 263- 270.
2. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

RAVENSTEIN, Ernest George

1885 The Laws of Migration. In: Journal of the Statistical Society London 48/2. S. 167-235

RÖMER, Ansgar/ SEYBOLD, Birgit

2003 Akupunktur und TCM für die gynäkologische Praxis. Kurzlehrbuch der wichtigsten Behandlungsregeln. Stuttgart: Hippokrates Verlag

SCHEIN, Gerlinde/ STRASSER, Sabine

1997 Intersexions oder der Abschied von den Anderen. In: SCHEIN, Gerlinde/ STRASSER, Sabine (Hg.): Intersexions: Feministische Anthropologie zu Geschlecht, Kultur und Sexualität. S. 7-33. Wien: Milena Verlag

SCHIEFENHÖVEL, Wulf

1983 Nachwort – Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf (Hg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht: Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. S. 241 - 247. Braunschweig: Friedrich Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH. (Curare Sonderband 1)

SCHLECHTLEITNER, Irene

- 2002 Entwicklung und Bedeutung der Kommunikation im Bereich der Geburtshilfe- und Schwangerenbetreuung. Die Hebamme als Mittlerin zwischen wissenschaftlich Technisch ausgerichteter Medizin und Frau. Neue Wege der Gesundheitsförderung. Diplomarbeit an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien

SCHÜCKING, Beate A.

- 1995 Frauen in Europa – unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 381 - 390. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

SICH, Dorothea

- 1995 Sechs Grundkonzepte für den Unterricht in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie. In: Medizin und Kultur: eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie; mit 4 Seminaren in kulturvergleichender medizinischer Anthropologie (KMA). DIESFELD, Hans- Jochen: Medizin in Entwicklungsländern. Schriftenreihe zur Medizin und zu Gesundheitsproblemen in Ländern der Dritten Welt. S. 17- 26. 2. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften

SIMSON, Ina

- 1990 Am Anfang war der Bauch. Liebe, Ehe und Gewalt: Sexualität in China. In: GERSTLACHER, Anna/ MIOGA, Margit (Hg.): China der Frauen. S. 104-114. München: Verlag Frauenoffensive

STAUBER, Manfred/ FREUD, Ernest W./ KÄSTNER, R.

- 1995 Psychosomatische Forderungen an die moderne Geburtshilfe. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf/ SICH, Dorothea/ GOTTSCHALK- BATSKUS, Christine E.: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin.

Curare Sonderband Special Volume 8/1995. S. 401 - 408. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage 1995. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

TREIBEL, Annette

2003 Migration in modernen Gesellschaften- Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

TUSCHINSKY, Christine

2007 Interkulturelle Fortbildungen in der Einwanderungsgesellschaft. In: SCHMIDT-LAUBER, Brigitta (Hg.): Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder. S. 263- 274. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH

UNSCHULD, Paul U.

2003 Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst. München: Verlag C. H. Beck oHG

UNSCHULD, Paul U.

2005 Das Heil der Mitte. Katalog zu einer Ausstellung über Theorie und Praxis, Ursprung und Gegenwart der Medizin in China. München- Linz: Verlagsdruckerei Schmidt GmbH

UZAREWICZ, Charlotte

2003 Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. In: FRIEBE, Jens/ ZALUCKI, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. S. 29- 46. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. Kg

UZAREWICZ, Charlotte

2007 Ethnologische Gesundheitsarbeit und transkulturelle Pflege. In: SCHMIDT-LAUBER, Brigitta (Hg.): Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder. S. 293- 302. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH

VAN GENNEP, Arnold

1999 Übergangsriten (Les rites de passage). Aus dem Französischen von Klaus Schomburg und Sylvia M. Schomburg- Scherff. Frankfurt/ New York: Campus Verlag. Paris: Edition de la Maison des Sciences de l'Homme

VORHOFF, Karin

2007 Ethnologinnen und Ethnologen in der Sozialen Arbeit: Zwischen Verbandspolitik und Projektarbeit. In: SCHMIDT- LAUBER, Brigitta (Hg.): Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder. S. 257- 262. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH

YANAGISAKO, Sylvia Junko

1997 Geschlecht, Sexualität und andere Überschneidungen. In: SCHEIN, Gerlinde/ STRASSER, Sabine (Hg.): Intersexions: Feministische Anthropologie zu Geschlecht, Kultur und Sexualität. S. 33-67. Wien: Milena Verlag

URL 01

<http://de.wikipedia.org/wiki/Mutter-Kind-Pass> (April 2011)

URL 02

http://books.google.at/books?id=dQnM5WX9Q_0C&pg=PA145&lpg=PA145&dq=fetalerziehung&source=bl&ots=fgJeRX7Iua&sig=Dp5tiuMgcBKKX-gVmfY6iqOOBwLA&hl=de&ei=JSJUTv_FM4f5sgbgg6Uq&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=fetalerziehung&f=false (September 2010)

URL 03

<http://www.abz-nord.de/Literatur/Fachartikel/geburtshilfe.htm> (April 2011)

URL 04

http://www.integrationsfonds.at/publikationen/oeif_dossiers/die_chinesische_community_in_oesterreich/ (Juni 2011)

ANHANG

Muster der verwendeten Fragebögen

Soziodemografische Angaben

Ort des Interviews:.....

Name Informantin / Pseudonym :

Geb. Datum / Alter:

Adresse in Österreich + **Tel. Nummer/e-mail**

Staatsbürgerschaft: a) bei Geburt b) derzeit:

Muttersprache: Mandarin - Kantonesisch (Yue) – Wu - Taiwanesisch – Englisch – Deutsch

Weitere Sprachkenntnisse:

HERKUNFT:

Geboren in: ☐ Österreich ☐ VR- China ☐ Hongkong ☐ Taiwan ☐ Anderes

In welcher Provinz - Ort geboren?

Wo haben Sie Ihre Kindheit verbracht? farm - village - small city - big city

Wo sind Eltern geboren? Mu:..... Va:.....

Wann sind Eltern geboren? Mu:.....Va:.....

Wo leben Eltern heute? Mu:.....Va:..... (falls verstorben – wann)

Wo haben Eltern in Asien gelebt (falls..)? **Provinz - Ort:** farm - village - city

Wie viele Kinder hat ihre Mutter geboren? n=männlich =.....weiblich =

Leben noch alle?(Vorsichtig)! Gab es auch Todesfälle?

Welche Nummer in der Geschwister-Reihe waren Sie?

Wo sind Geschwister geboren:wo leben sie heute?(Land/Ort)

RELIGION: Welcher Religion gehören Sie an?

Buddhismus – Christliche (röm. Kath - evangelisch -andere) – Andere – keine

Spielt Religion eine Rolle im Leben? .. ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig an Zeremonien/ Feiern teil? ° ja ° nein Wo?

Schulbildung + Ort + Dauer :

WO + WANN: Grundschule :Hauptschule:Gymnasium.....College: University

Berufsausbildung

a) im Herkunftsland:b) in Österreich:.....

Ihre Berufstätigkeit

a) im Herkunftslandb) in Österreich:

Berufstätigkeit der Eltern. Vater+ Mutter

a) im Herkunftslandb) in Österreich:

Berufstätigkeit des Partners

a) im Herkunftslandb) in Österreich:

Familienstand: ledig – verheiratet – geschieden – verwitwet – in Beziehung lebend
(Mehrfachnennung möglich!)

Haben Sie Kinder? ° ja (Anzahl: m + w) ° nein (besteht Ki Wunsch?)

Wann geboren:

Geburt im Herkunftsland – oder Österreich?

Haushaltsform derzeit: Mietwohnung - Eigentumswohnung - Haus

Haushaltsgröße: Anzahl Personen + mit wem im Haushalt :

Migrationsgeschichte- Lebenssituation / Alltag in Österreich**(1 + 2. Generation – Fragen variieren!)**

- Wann + Warum sind Sie nach Österreich gekommen?
- Wie sind Sie nach Österreich gekommen? (Transit über anderes Land?)
- Mit wem gekommen: ° allein ° mit Partner ° mit Familie ° anderes
- Lebt von Ihrer Familie noch jmd. in Österreich . ° ja° nein WER?
- Haben Sie noch Bezug zu Ihrem Herkunftsland; wenn ja, wie sieht dieser aus?
- Wie oft reisen Sie ins Herkunftsland (ihrer Eltern):

- Wann das letzte Mal? Grund:
- Wie war die erste Zeit als MigrantIn in Österreich? Was war schwierig?
- Was war anders als im Herkunftsland!
- Wer oder was hat Ihnen in der ersten Zeit geholfen?
- Rückblickend – für 1. Generation: Haben sich Ihre Vorstellungen, Wünsche, Träume erfüllt? Was ? was nicht?

Soziale Kontakte + Netzwerke

- Wie oft treffen Sie sich mit Personen selber Herkunft in Österreich?
☐ 1 x pro Woche ☐ mehrmals pro Woche ☐ 1 -2 pro Monat ☐ seltener
- Wie sieht Freundeskreis aus: ☐ Eher Kontakte zu ÖsterreicherInnen oder ☐ zu Menschen aus Herkunftsland?
- Treffen Sie sich mit anderen AsiatInnen: ☐ in Verein ☐ Organisation Wo?
Werden dort auch Traditionen aus Herkunftsland gepflegt? Feiern, Zeremonien...?

GENDER – FRAU-SEIN

- Was bedeutet es für Sie eine Frau zu sein?
- Was bedeutet es eine „asiatische Frau“ in Österreich zu sein?
- Welche Traditionen / Werte aus Ihrer Herkunftskultur beeinflussen ihr Leben als Frau?
- Haben sich durch Migration Probleme ergeben mit: ☐ Eltern ☐ Partner ☐ Kinder?

ERNÄHRUNG - Rolle der asiatischen Küche /Kochgewohnheiten

Kochen Sie selbst?

(Wann) Spielt asiatische Küche /Kochgewohnheiten eine Rolle (bei Festen)?

RAUCHEN Sie? ☐ Ja ☐ nein

KÖRPER- BILDER – Schönheitsideale (Einfluss von Medien...)

Größe: Gewicht:

Sind Sie mit Ihrem Aussehen zufrieden? ° Ja °nein (warum nicht?)

Gibt es Teil Ihres Körpers mit dem Sie nicht zufrieden sind? Welcher ? Warum nicht?

Wie sieht eine schöne – asiatische - Frau für sie aus?

Medien: Kaufen – Lesen Sie Frauenmagazine? Welche? Wie oft?

Wird Internet genutzt für **Informationen:** ° Kosmetik-Produkte ° „Health“/Wellness

Haben Sie schon mal **bestellt** im Internet: ◦ Kosmetik-Produkte ◦ „Health“/Wellness
(was?)

Schon mal eine Diät gemacht? ° Ja °nein

Schönheits-Chirurgie: Manche Asiatische Frauen nutzen Chirurgie für Schönheits-OPs:

Kennen Sie jemanden der:

Augen-Lidfalte operiert hat ☐ ja ☐ nein

Brustvergrößerung mit Silikon: ☐ ja ☐ nein

Gesicht – Falten – Lifting: ° ja ° nein

ODER

Haut bleichen mit Chemischen Mitteln/ Cremes ° ja ° nein

Interview Leitfaden Hebamme

Ausbildung und Berufsausübung der Hebamme:

Wie lange sind Sie schon als Hebamme tätig?

Wo sind Sie tätig?

Welche Ausbildung haben Sie?

Werden asiatische Praktiken angeboten? ° ja ° nein

Wenn ja – welche? Moxibustion, Akupunktur...)?

Welche Ausbildung braucht man dazu?

Erfahrungen mit Chinesinnen; transkulturelle Kompetenz:

Haben Sie Erfahrungen mit Chinesinnen gemacht? ° ja ° nein

Wie bereiten Sie sich auf chinesische Migrantinnen vor (befassen mit der Kultur...)?

Was wissen Sie über Chinesinnen betr. Schwangerschaft + Geburt?

Woher beziehen Sie das Wissen?

Kommunikation:

Gibt es Hebammen mit chinesischen Sprachkenntnissen?

Gibt es vielleicht chinesische Hebammen?

Wie werden Sprachbarrieren gelöst?

Gibt es „Geburtsbegleiter“, die übersetzen?

Erstkontakt:

Wodurch kommen Chinesinnen zur Geburtsvorbereitung (Internet, Freunde...)?

Welche Angebote werden genutzt?

Kommen viele Erstgebärende?

Wenn Nein, vorhergehende Geburt(en) in Österreich?

Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung – eigene Erfahrungen ODER von anderen Hebammen /Krankenschwestern gehört

Werden Sie von Chinesinnen auch als Wahlhebamme beansprucht?

Wenn Ja, warum?

Kommen Chinesinnen auch in die Geburtsvorbereitung?

Wenn Ja, kommen sie allein? (oder mit Partner, SchwieMu..)?

Haben, bzw. knüpfen sie Kontakte in der Gruppe?

Wie ist das Verhalten in der Gruppe?

Wie ist das Verhalten gegenüber Ihnen (ruhig, wissbegierig...)?

Was sagt die Mimik (ev. Lächeln)?

Äußern sich Chinesinnen über ihre Probleme, Sorgen, Wünsche? ° ja ° nein

Wenn ja – wie?

Wird Angst vor Missbildungen und Erbkrankheiten thematisiert?

Gibt es Probleme in der Schwangerschaft?

Wissen Sie ob Chinesinnen Kontakte zu traditionellen Mediziner*innen haben?

Werden Mu-Ki-Paß- Untersuchungen eingehalten?

Haben Sie mit den Frauen über Verhütung gesprochen?

Gab es auffällige Verhütungsmethoden?

Zur Geburt:

Haben Chinesinnen eher ambulante, Klinik- oder Hausgeburten?

Kommen Chinesinnen zum Kennenlernen und besichtigen in die Klinik/ Kreißsaal?

Wenn ja, mit Partner oder anderen Begleitern?

Welche Geburtspraktiken werden bevorzugt?

Wie gehen Chinesinnen mit der Angst und dem Geburtsschmerz um?

Gibt es vielleicht eine Rückkehr in die Muttersprache bei der Geburt?

Haben Sie gehört, wie Chinesinnen zur „Wunsch-Section“ stehen? Wird Sie verlangt?

Haben Sie Erfahrungen wie Chinesinnen reagieren wenn man Baby ungewaschen übergibt?

Gibt es Präferenzen – lieber gewaschen?

(oder gehört – wenn ja von wem?)

Wer durchtrennt die Nabelschnur? Will das eine Begleitperson machen? Wird das angeboten?

Gibt es ein „Wunschgeschlecht“? oder reagieren die MUTTER und/ oder Anwesenden gleich über beiderlei Geschlechter?

Interview Leitfaden Schwangerschaft / Geburt

Fragen zur Schwangerschaft:

Information + Wissen:

Wie + woher haben Sie Ihr Wissen über Schwangerschaft und Geburt erworben?

- ° Schule ° Familie ° Freundin ° Arzt/Hebamme/Krankenschwester
- ° Bücher/Zeitschriften ° TV ° Internet

Medizinische Versorgung in Österreich:

Sind Sie sozialversichert?

Wie finden Sie das Gesundheitssystem?

Haben Sie gewusst welche Untersuchungen Sie vor der Geburt machen müssen?

Hielten Sie die Mu-Ki-Paß- Untersuchungen ein?

Haben Sie einen Hausarzt – den Sie alles fragen können?

Im Bedarfsfall: wer dolmetscht für Sie?

Haben Sie schon einmal im Internet bestellt (Medikamente, Vitamine, TCM...)?

Vorstellungen über + Verhalten in der Schwangerschaft

Wie soll sich eine Frau in der Schwangerschaft verhalten?

Was haben Sie gegessen? (heiß-kalt-System)

Gibt es Tabus, was eine Schwangere nicht tun sollte?

Haben Ihnen Verwandte Ratschläge gegeben? Was?

Ist Sexualität in der Schwangerschaft erlaubt?

Wissen Sie wie sich ein Embryo entwickelt?

Haben Sie schon einmal etwas über die „Fetalerziehung“ gehört?

Woher das Wissen?

Gab es ein „Wunschgeschlecht“? Warum?

Gab es spezielle Aktivitäten in der Schwangerschaft?

Wenn ja, woher hatten Sie die Informationen?

Psycho- soziales Netzwerk:

Hatten Sie Kontakt zu anderen Schwangeren (Ö. oder Chinesinnen)?

Wie war die Anteilnahme Ihres Mannes? Der Familie?

Geburtsvorbereitung

Wo haben Sie ihr 1. Kind geboren? ° in Österreich ° in China

Wo die (ev.) weiteren? ° in Österreich ° in China

Sind Sie eventuell für die Geburt nach China gefahren? (das haben einige Frauen uns erzählt...) ° ja ° nein

Wenn JA - für die GEBURT nach China gefahren: Erzählen Sie bitte wie das war...

GEBURT in Österreich:

Wie bereiteten Sie sich auf die Geburt vor?

Besuchten Sie einen Geburtsvorbereitungskurs? Schwangerenturnen?..

Woher hatten Sie die Infos darüber?

Hatten Sie eine Wahlhebamme?

Sahen Sie sich den Kreißsaal /Klinik vor der Geburt an?

Wenn ja, wer begleitete Sie?

Warum wurde diese Klinik gewählt?

WIE IST DAS GEBURTSSYSTEM IN CHINA?

Geburtsvorbereitung in China:

Wie bereitet man sich in China auf die Geburt vor?

Wie oft werden ärztliche Untersuchungen gemacht?

Wie oft Ultraschall?

Wird so oft vaginal untersucht – wie in Österreich?

Ist auch heute noch die Geburt auf dem Land ganz anders als in einer Stadt?

Wie verläuft dann eine Geburt in einem öffentlichen Krankenhaus?

Wie viele Frauen sind ca. in einem Zimmer?

Wer hilft bei der Geburt? Gibt es Hebammen? Oder machen das Krankenschwestern? Ist immer ein Arzt dabei?

Wird in China auf Wunsch ein Kaiserschnitt gemacht?

Haben Sie gehört, dass sich das manche Frauen machen lassen?

Wie denken Sie darüber?

Gibt es in China – so wie bei uns Mutterschutz, wenn sie berufstätig ist? Wie lange vor + nach der Geburt?

Gibt es spezielle Methoden zur Geburtserleichterung?

Gibt es spezielle Kräuter... dafür?

PERSÖNLICHE ANSICHTEN + ERFAHRUNGEN

Gesundheitszustand während Schwangerschaft:

Wie verlief die Schwangerschaft (Probleme..)? (zum Essen haben wir schon gefragt!)

Gab es körperliche Beschwerden? Was?

Gab es seelische Beschwerden? Waren Sie oft traurig? (1. Generation – Heimweh)?

Was haben Sie dann gemacht?

Hatten Sie Angst vor Missbildungen und Erbkrankheiten?

Körperkonzepte:

Sieht eine Schwangere für Sie schön aus?

Warum? Warum nicht?

Fühlten Sie sich wohl in der Schwangerschaft?

Was taten Sie, um Ihre Figur wieder zu bekommen?

Haben Sie nach der Geburt eine Leibbinde getragen – wie das Frauen aus China früher taten?

Kennen Sie alte Vorstellungen über Schwangere?

Haben Sie schon mal über die Furcht vor der „Vieräugigen“ gehört? (erläutern eventuell)

Wie geht man in China mit Schwangeren um?

Fragen zur Geburt:

a) in Österreich geboren

b) in China geboren

Wer kam mit zur Geburt?

Warum diese Person(en)?

Wer kommt in China mit?

Hatten Sie Angst vor der Geburt?

Fühlten Sie sich gut betreut, oder eher allein gelassen?

Geburtsverlauf: (Achtung bei den Fragestellungen – ob Geburt in Österreich oder China war!)

Wie war die Geburt?

Gab es Probleme? Wenn ja, welche? Warum?

Wie gingen Sie mit der Angst und den Schmerzen um?

Wie haben Sie die Wehen verarbeitet?

Hat man Ihnen Medikamente verabreicht? Wenn ja, welche? Warum?

Bekamen Sie Epidural- Anästhesie (Kreuzstich)?

Wollten Sie eine Epidural- Anästhesie?

Hatten Sie eine Sectio? Wenn ja, war es Wunsch- Sectio? Warum?

Wer hat Sie darüber informiert?

Wann bekamen Sie Ihr Baby das erste Mal?

Wollten Sie das so?

Wer durchtrennte die Nabelschnur?

Welche geburtshilflichen Techniken gibt es in China?

Was meinen Sie dazu, dass man in Ö das Baby noch mit der Nabelschnur sofort auf den Bauch gelegt bekommt?

Abschließende Frage:

Was würden Sie sich für eine „angenehme“ Geburt wünschen?

DANKE für das GESPRÄCH!

Interviewliste

Nr	Datum	Ort	Pseudonym	I- Form	Dauer
1	19.03.20210	Wien 16.	IP A	Leitfaden	44min
2	27.03.2010	Breitenfurt	IP B	Leitfaden	28min
3	04.05.2010	Wien 14.	IP C	Leifaden	1h53min
4	06.05.2010	Wien 23.	IP D	Leitfaden	1h29min
5	28.09.2010	Wien 21.	IP E	Leitfaden	1h04min
6	19.10.2010	Wien 3. (RZB)	IP F	Leitfaden	50min
7	19.11.2010	Wien 3. (RZB)	IP G	Leitfaden	44min
8	23.11.2010	Wien 21.	IP H	Leitfaden	53min
9	30.11.2010	Wien VetMed	IP I	Leitfaden	45min
10	23.11.2010	Beijing	IP J	Fragebogen	
11	19.04.2011	Goldgeben	IP K	Leitfaden	55min

Abstract (Deutsch)

Thema dieser Arbeit sind die soziokulturellen Aspekte der Schwangerschaft und Geburt chinesischer MigrantInnen in Wien. Die Arbeit wurde erstellt im Rahmen des von Frau Dr. Christine Binder-Fritz geleiteten und vom FWF finanzierten Forschungsprojekts „Asia Women`s Voices on Gender, Body, Health and Care“ (V90-G14). In diesem Projekt, welches am Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien angesiedelt ist, werden MigrantInnen aus Thailand, Kambodscha, Vietnam und China durch Interviews zu Themen aus dem Frauengesundheitsbereich befragt, um herauszufinden, wie sehr die soziokulturelle Prägung das Gesundheitsverhalten bestimmt. Somit ergab sich für diese Arbeit die Fokussierung auf chinesische MigrantInnen.

Die zentrale Forschungsfrage, ob sich chinesische MigrantInnen in der geburtshilflichen Betreuung im österreichischen Gesundheitssystem gut betreut fühlen, und damit einhergehend, inwiefern chinesische Verhaltensweisen noch Einfluss haben, wurde mittels qualitativer Methoden und Interviews erhoben. Durch Leitfadeninterviews wurden die Daten von neun chinesischen Frauen und einer Hebamme gewonnen, und anschließend ausgewertet. Mittels dieser Methode konnten die befragten Frauen ihre Emotionen, ihre individuellen Eindrücke, Sorgen oder Wünsche mitteilen, denn bisher gab es sehr wenige Arbeiten zu chinesischen MigrantInnen. Es sei aber erwähnt, dass diese Daten nicht generalisiert werden können, da sie lediglich einen kleinen Ausschnitt betreffen.

Ziel dieser Arbeit ist die Sichtbarmachung des Wissens der chinesischen Frauen über Schwangerschaft und Geburt, sowie ihre individuellen Erfahrungen damit. Die Daten der Arbeit fließen in spätere Lehrveranstaltungen der medizinischen Universität ein, um den angehenden ÄrztInnen und Pflegepersonen den Zugang zu dieser MigrantInnen-Gruppe zu erleichtern und somit die Hürde für chinesische Frauen im österreichischen Gesundheitssystem zu beseitigen.

Abstract (English)

This thesis deals with the socio-cultural aspects of pregnancy and childbirth in Chinese immigrants in Vienna. The thesis has been put together within the framework of the research project “Asia Women’s Voices on Gender, Body, Health and Care” (V90-G14), lead by Dr. Christine Binder-Fritz and financed by FWF. In this project, located at the Centre for Public Health at the Medical Institute of the University Vienna, immigrants from Thailand, Cambodia, Vietnam and China were interviewed on women’s health issues in order to determine to which degree health care behaviour is socio-culturally influenced.

The central research question, whether Chinese immigrants feel well looked after by the Austrian health care system in respect to obstetric care and, associated therewith, to what extent Chinese behaviour still has influence, was addressed using qualitative methodologies and interviews. Through guideline interviews, data from nine Chinese women and a midwife was collected and subsequently evaluated. Employing this method enabled the women questioned to communicate their emotions, personal impressions, worries or wishes, as up to now there have been very few theses on Chinese immigrants. It has to be mentioned that no generalisations can be made from the data, as it only relates to a small segment.

The aim of this thesis is to visualise the knowledge of the Chinese women with regard to pregnancy and childbirth as well as their related individual experiences. The data collated for the thesis is being passed on to subsequent lectures at the medical university in order to facilitate future doctors and care personnel to gain access to this immigrant group, thereby eliminating the hurdles Chinese women face in the Austrian health care system.

Curriculum Vitae

Persönlicher Werdegang

Name: Marion Starch
Geburtsdatum: 26. März 1972
Geburtsort: Stockerau/ NÖ
Staatsangehörigkeit: Österreich
Familienstand: Verheiratet, bald 5 Kinder (1990, 1999, 2001, 2007, Geb.Termin Dez.)

Ausbildung

1987-1989 Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik
Hofzeile, 1190 Wien
1996-2002 Externistin an der Bundes Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik,
Ettenreichgasse, 1100 Wien
2002-2011 Studium der Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie an der
Universität Wien
Schwerpunkte: Ethnomedizin und Genderforschung
2005-2007 Grundstudium Russisch am Institut für Slawistik
2005-2007 Grundstudium Spanisch am Institut für Romanistik

Wissenschaftliches Vorwissen

1987-1989 Praktikum im interkulturellen Kindergarten (Wien 19)
1996/97 Praktikum im interkulturellen Kindergarten (Wien 16)
2001 Matura-Projekt: Interkulturelle Erziehung im Kindergarten
2009-2011 Mitarbeit im interdisziplinären, vom FWF finanzierten
Forschungsprojekt „Asiatische MigrantInnen in Österreich: Gender
Körper, Gesundheit und Versorgung“ (V90- G14) unter der Leitung
von Frau Dr. Christine Binder-Fritz an der Medizinischen Universität
Wien