

Zeitschrift: Frauezeitig : FRAZ
Herausgeber: Frauenbefreiungsbewegung Zürich
Band: - (1993-1994)
Heft: 45

Artikel: Sie ist schweigsam geworden
Autor: Gigerl, Margrit / Hegglin, Rosemarie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1054234>

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 12.04.2025

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

SIE IST SCHWEIG

Bestimmte Formen von institutionellem Rassismus sind in einem Spital bereits vorgegeben, rassistisches Verhalten einzelner kommt hinzu. Was bedeutet dies konkret für eine Patientin aus einer fremden Kultur? Mit Rosemarie Hegglin, Oberschwester in einem Schweizer Spital, unterhielt sich FRAZ-Redaktorin Margit Gigerl.

Margit Gigerl: Welche Bedeutung hat für Sie die Unterscheidung von indirektem, strukturellem und direktem, personalem Rassismus?

Rosemarie Hegglin: Strukturell ist für mich nicht nur der Rassismus in Institutionen, die so «hart», so hierarchisch aufgebaut sind wie ein Spital. Die Leute, die ins Spital müssen, sind ja krank und können sich deshalb kaum wehren. Es wird über sie bestimmt, wogegen sie schlecht Widerstand leisten können.

Diesen Strukturen, die mich als Individuum bedrohen, bin ich ja bereits als «weisse Frau», das heisst, wenn ich nicht aus einer fremden Kultur komme, ausgeliefert.

Das ist einerseits sicher durch die Institution als solche bedingt, andererseits aber auch durch die persönliche Situation zum Beispiel in einem Mehrbettzimmer, wo Fremde in kürzester Zeit Zugang und Einblick in den intimsten Bereich des oder der einzelnen haben. Wir nennen dies auch «Strip-tease».

Glauben Sie, dass dieser Strip-tease ausländische Frauen in einer anderen Weise betrifft?

Ja, da meist die Sprachbarriere hinzukommt. Diese Frauen werden in der Spital-situation plötzlich von fremden Mitpatientinnen, ÄrztInnen oder PflegerInnen, deren Sprache sie oft nicht oder kaum verstehen, kontrolliert, während sie sich im Alltag fast ausschliesslich im eigenen Sprach- und Kulturkreis bewegen. Besonders schlimm ist das zum Beispiel bei den Tamilinnen, die ihren Männern erst später nach Europa gefolgt sind. Da diese sich hier bereits einigermassen «eingelebt» haben, die Sprache mehr oder weniger beherrschen, sich auskennen, sind diese Frauen von Anfang an von ihren Männern abhängig. Werden sie krank und müssen sie ins Spital, sind sie ziemlich ausgeliefert, wenn der Mann nicht dabei ist.

Wird im Spital auf diese problematische Situation eingegangen, das heisst, inwieweit kann der Mann dabeisein?

Zum normalen Arztbesuch und zu Unter-

suchungen kommt der Mann meistens mit, auch um zu übersetzen. Dabei ist die Frau in ihrer Freiheit aber auch wieder eingeschränkt, wenn sie nichts besprechen kann, ohne dass der Mann es hört. Grenzen gesetzt sind der Anwesenheit des Mannes sicher dort, wo es um Sauberkeit, Sterilität, Strahlenbelastungen usw. geht.

Kann eigentlich eine ausländische Frau selbst eine Ärztin wählen, wenn sie nicht von einem Mann untersucht werden möchte?

Wenn eine Frau nicht privatversichert ist – kaum. Sie wird von der zuständigen Ärztin oder vom jeweils zuständigen Arzt behandelt. Im vielleicht heikelsten Bereich, der Gynäkologie, haben wir zumindest im Ambulatorium eine leitende Ärztin. Generell sind Ärztinnen in unseren Spitälern ja immer noch selten!

Und wie ist es dann beispielsweise bei einer Geburt?

Ich glaube, viele Geburtsrituale zum Beispiel bei islamischen Frauen sind uns im Spital unbekannt. Da es für sie oft nicht üblich ist, im Spital zu gebären, ist es wohl ein «Kulturschock», wenn sie in einem sterilen Gebärmutterraum liegen. Dazu kommt, dass Männer, ausser in Notsituationen, von der Geburt eigentlich ausgeschlossen sind. In unserem Spital ist aber meistens ein Arzt anwesend.

Gibt es da keine Probleme?

Nein, eigentlich nicht. Die Frau kann sich nicht wehren, sie nimmt das hin, sagt einfach nichts. Sie ist schweigsam (geworden). Denn erstens gibt es eine gewisse Schmerzgrenze, bei der eine Frau sich sagt: «Es ist mir egal, was mit mir gemacht wird.» Und zweitens haben sie bis zu dem Zeitpunkt, wo sie in ein Spital kommen, bereits ihre Erfahrungen gemacht: während des Asylverfahrens, mit anderen Ämtern und Institutionen und auch im Alltag. Erfahrungen, bei denen sie Anpassung und Schweigen gelernt haben. Wir versuchen jedoch zum Beispiel in der Pflege zu berücksichtigen, wenn eine Frau lieber von einer Krankenschwester als von einem Pfleger betreut werden will. Wobei gesagt werden muss, dass wir sowieso nur sehr wenige Männer in der Pflege haben.

Sie haben vorhin von islamischen Frauen gesprochen – gibt es Konflikte, wenn eine Frau zum Beispiel einen Schleier tragen will?

Wir haben praktisch keine Frauen mit Schleier, aber sehr wohl Frauen, die auch im Krankenbett ein Kopftuch tragen wollen. Wenn eine solche Patientin schwer krank ist, bindet ihr die Pflegenden das Kopftuch um, auch wenn es manche vielleicht als «stur» empfindet.

Ein anderes Problem ist, dass beispielsweise bei der Aufnahme nur zwischen katholischen, reformierten, konfessionslosen und «anderen» PatientInnen unterschieden wird. Unter der Kategorie «andere» werden dann sehr unterschiedliche religiöse und kulturelle Gruppen subsumiert und damit ausgelöscht. Diese Informationen, die für die Pflege sehr wichtig sind, gehen dabei oft unter.

Bedeutet das, dass man bei Essensvorschriften usw. hier keine Rücksicht nimmt?

Doch. Bei den Wahlmenüs für die PatientInnen haben wir immer eines ohne Schweinefleisch und ein vegetarisches, zum Beispiel für Hindus. Das war jedoch nicht immer selbstverständlich, dafür haben wir von der Pflege uns eingesetzt. Ich finde es sehr schlimm, wenn vergessen wird, das richtige Essen zum Beispiel für eine islamische Frau zu bestellen – und dann einfach behauptet wird, das sei kein Schweinefleisch. Ich weiss, dass dies in anderen Spitälern schon passiert ist und kann nur hoffen, dass dies bei uns nie der Fall sein wird. Mindestens ebenso wichtig ist für mich die Berücksichtigung kultureller Unterschiede bei sterbenden PatientInnen – zumindest soweit, wie unser Wissen über fremde Kulturen reicht.

Was heisst das konkret? Welche Möglichkeiten gibt es innerhalb einer solchen Institution?

Es gibt, was das betrifft, eigentlich recht viele Möglichkeiten auf der Station. Es ist meistens möglich, die sterbende Patientin oder den sterbenden Patienten in ein Einzelzimmer zu verlegen, auch wenn sie allgemein-versichert sind. Dann können zum Beispiel Räucherstäbchen gebraucht werden, die

SAM GEWORDEN

Institutionalisierter und persönlicher Rassismus im Krankenhaus

Angehörigen auch 24 Stunden am Tag da sein usw. Diese Begleitung der oder des Sterbenden ist in anderen Kulturen viel wichtiger und auch häufiger der Fall. Wir bemühen uns, ihnen den Raum und die Zeit dafür zu geben, doch sind uns (und damit auch ihnen) klare Grenzen gesetzt. So ist eine Totenwache, die mehrere Tage geht, praktisch unmöglich, was für die Betroffenen dann sehr schwierig ist. Grundsätzlich glaube ich, dass wir hier mehr Möglichkeiten haben, auf individuelle und kulturelle Bedürfnisse einzugehen, da wir ein kleines Spital sind.

Ich kann mir vorstellen, dass in einem so kleinen Spital bestimmte Formen von vor allem institutionellem Rassismus seltener auftreten. Doch gibt es gewisse Bereiche, wo noch wesentlich mehr Sensibilisierung nötig wäre, oder?

Ja – vielleicht einmal grundsätzlich im Ernstnehmen der Situation der anderen. Gerade AusländerInnen werden gerne als «SimulantInnen» betrachtet, da man oft nicht recht herausfindet, unter welcher Krankheit sie wirklich leiden. Ihre psychosomatischen Erkrankungen sind sehr schwer festzustellen, nicht zuletzt auf Grund der Kommunikationsprobleme. Und ihre Beschwerden haben eben oft seelische Ursachen, die mit dem zusammenhängen, was sie verlassen haben oder was vorher passiert ist, Ursachen, die wir sicher nie ergründen können werden...

Aber gerade das Kommunikationsproblem hat für mich noch einen ganz anderen Hintergrund: Ich erlebe nur zu oft, dass man und frau mit JugoslawInnen, Türkinnen, TamillInnen etc., ohne lange zu überlegen, schweizerdeutsch spricht. Dieselben Leute können mit Deutschen sehr wohl «hochdeutsch» sprechen und bei EngländerInnen sogar ihre Englischkenntnisse bemühen. Für mich ist es nicht nur ein sprachliches Problem, sondern auch eine Frage des Bewusstseins und des Sich-Bemühens auf seiten der SchweizerInnen.

Ja, das stimmt sicher. Auch bei einzelnen Personen an der Aufnahme beispielsweise. Oder wenn es um das Ausfüllen der Perso-

nalienbogen der PatientInnen geht: Wenn hier eine Ausländerin oder ein Ausländer «privatversichert» angibt, wird fast automatisch nochmals nachgefragt und diese Angabe überprüft. Mit einem bestimmten Namen kann jemand nicht mehr privatversichert sein! Das Problem ist auch, dass AusländerInnen sehr schlecht über ihre Rechte informiert sind.

Wer sollte informieren, und über welche Rechte?

Es wäre die Aufgabe der Versicherungen, Aufnahmepraxen oder Spitäler, sie über Versicherungsbestimmungen usw. zu informieren. Zum Beispiel hätten wir, einem kantonalen Schreiben gemäss, AsylbewerberInnen nur über die Einweisung eines bestimmten Arztes aufnehmen dürfen. Was faktisch bedeuten würde, dass wir diese im Notfall, wenn sie nicht über diesen Arzt zu uns kommen, *nicht* behandeln dürften.

Welchen Grund hat dies? Geht es da um das Abklären der Versicherung?

Nein. Dieser bestimmte Arzt soll abklären, ob die Einweisung ins Spital überhaupt notwendig ist. Das hat wohl mit der Angst gewisser Behörden zu tun, dass einige AsylbewerberInnen zuviel medizinische Betreuung in Anspruch nehmen könnten.

Was passiert eigentlich, wenn jemand ins Spital muss, die oder der «schwarz» in der Schweiz ist? Wird automatisch versucht, den Status abzuklären?

Nein. Wir wissen nicht, ob jemand «illegal» hier ist. Das merken wir erst, wenn die Rechnung zurückkommt und die oder der Betreffende nirgends gemeldet ist. Sie müssen nur eine Adresse angeben und sagen, dass sie nicht versichert sind. Wenn sie die Wahrheit sagen, dass sie hier nämlich nicht gemeldet sind, wird nicht der kantonale Tarif, sondern der wesentlich höhere für AusländerInnen berechnet. Was natürlich sehr problematisch ist, da sie die Kosten ja selbst tragen müssen. Sie werden somit gezwungen, «Unwahrheiten» anzugeben.

Ansonsten haben Sie aber das Gefühl, dass es in ihrem Spital mehr oder weniger «gut» ist, dass Ras-

ismus kein grosses Problem ist?

Nein, es ist nicht «gut». Ich weiss natürlich, dass es auch unter unserem Personal Rassismen gibt. Und auch unter den PatientInnen.

Sie meinen, wenn SchweizerInnen mit AusländerInnen im selben Zimmer liegen?

Ja, genau. Intern im Haus ist es unterschiedlich, abhängig von der einzelnen Person, die mit Fremden zu tun hat. Am Schalter werden etwa auch sehr unangenehme SchweizerInnen oft viel freundlicher bedient als AusländerInnen. Und wehe, wenn AusländerInnen reklamieren! – Umgekehrt gibt es rassistisches Verhalten von Schweizer PatientInnen dem ausländischen Personal und ausländischen PatientInnen gegenüber, den Sexismus von Schweizer Patienten vor allem gegenüber ausländischen Krankenpflegerinnen. Sexistisch sind sowohl Schweizer wie auch ausländische Männer. Der Unterschied liegt darin, dass zum Beispiel Schweizer Krankenschwestern auf Sexismus von Ausländern anders reagieren, sensibler. Sie fühlen sich stärker.

Ich glaube, dass es vor allem auch darum gehen müsste, diese unbewussten, subtilen Formen rassistischen Denkens und Verhaltens aufzudecken, dass gerade die Sensibilisierung dafür so wichtig ist. Wieweit findet das eigentlich Eingang in der Aus- und Weiterbildung des Personals?

Wir versuchen es, aber viel zu wenig, da es im Lehrplan nicht drin liegt. Wir bemühen uns, in der Ausbildung zum Beispiel mit Rollenspielen das Interesse und Verständnis für fremde Kulturen zu verstärken. Letztes Jahr haben wir eine Weiterbildung zum Thema «Judentum» organisiert, die aber auf sehr wenig Interesse gestossen ist, obwohl wir verhältnismässig viele jüdische PatientInnen haben. Wir sind aber zur Zeit gerade an einer Neugestaltung des Lehrplans; das medizinische Wissen soll nicht mehr das bisherige Gewicht haben, dafür soll mehr Zeit für die allgemeinen Fächer, für die «menschliche Betreuung» aufgebracht werden – wie ich hoffe.