



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Das Ende der Hebammenkunst?

Zur Selbstpositionierung von Hebammen in der heutigen Geburtshilfe
in Wien und Osnabrück

Verfasserin

Grabner Sarah

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307
Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie
Betreuer: Mag. Dr. Bernhard Hadolt

ICH MÖCHTE DANKEN:

Ganz besonders meiner Familie, Erich, Siegi und Simon, für ihre großzügige Unterstützung während meines gesamten Studiums, in jeder Hinsicht!

Meinem Betreuer Bernhard Hadolt für seine konstruktive Kritik und die rasche Durchsicht meiner Arbeit!

Christine Loytved von der Universität Osnabrück für ihre Unterstützung während meines Forschungsaufenthaltes in Osnabrück!

Markus, Aleks, Sophie, Cathrin, Rina, Christina, Daniela, Senai und Siegi für das Korrekturlesen meiner Arbeit und konstruktive Anmerkungen, besonders Aleks für fruchtbaren Austausch zu jeder Tageszeit!

Markus für seine unendliche Geduld, Hilfsbereitschaft und die Ruhe, die er ausstrahlt!

Berni und Nadia für eine wunderbare gemeinsame Zeit!

Rina und Dieter für ihre Gastfreundschaft und großzügige Unterstützung in meiner ersten Zeit in Graz!

Allen, die für mich da waren, und so das Entstehen dieser Arbeit ermöglicht haben!

Allen Hebammen, die ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben!

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	13
1.1	Methodisches Vorgehen	15
1.2	Ansatz	18
1.3	Aufbau der Arbeit	19
2	ETHNOLOGISCHE PERSPEKTIVEN AUF HEBAMMEN UND GEBURT	21
2.1	Anthropology of Birth	21
2.2	Hebammen in der Ethnologie	26
2.2.1	<i>Dais</i> - Hebammen im nördlichen Indien	28
2.2.2	<i>Ilonel</i> - Hebammen im Hochland von Guatemala	30
2.2.3	<i>Dais – Ilonel</i> – Hebammen: Ein Vergleich	32
2.3	<i>Anthropology of Birth at Home</i>	33
3	DAS KONZEPT VON <i>AUTHORATIVE KNOWLEDGE</i>	43
4	DISKURSE RUND UM SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT	51
4.1	Medikalisierung und Technisierung von Schwangerschaft und Geburt	52
4.2	Die Frau als Konsumentin in der Geburtshilfe	58
5	DIE POSITION DER HEBAMMEN IN DER GEBURTSHILFE DEUTSCHLANDS UND ÖSTERREICHS	65
5.1	Die Geschichte des Hebammenwesens in Europa	65
5.2	Arbeits- und Tätigkeitsfelder von Hebammen	71
5.3	Die Position der Hebammen in Österreich und Deutschland	74

6	DAS ENDE DER HEBAMMENKUNST?	83
6.1	Das berufliche Selbstverständnis	84
6.1.1	Identifikation mit der eigenen Berufsgruppe	84
6.1.2	Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen	85
6.1.3	Gesellschaftliche Wertschätzung	92
6.1.4	Die Ideale der Hebammen	95
6.2	Spannungsfelder	103
6.2.1	Die Bedeutung technologischer Entwicklungen	104
6.2.2	Brauchen Frauen Hebammen?	119
7	HANDLUNGSRÄUME	135
7.1	Ohnmacht oder Handlungsmacht?	135
7.2	Strategien	139
7.2.1	Handlungsräume im Arbeitsalltag: Individuelle Strategien	141
7.2.2	Kollektive Strategien	144
8	CONCLUSIO	153
9	LITERATURVERZEICHNIS	159
10	ANHANG	173

1 Einleitung

„Unsere Schwerpunkte sind, dass wir mit unseren Händen, mit unseren Sinnen, mit unserer Wahrnehmung, mit unserer Liebe zur Frau, zu dem ungeborenen Kind, mit unserer Achtsamkeit und viel Wissen im Hintergrund da sind und beratend unterstützen und begleiten.“ (Miriam Koloko, Hebamme, A)

Der Berufsstand der Hebammen ist durch die Entwicklungen in der Geburtshilfe einem großen Veränderungsdruck ausgesetzt. Der Art von Geburtshilfe, wie sie von Hebammen gerne gelebt würde, und in Nischen auch gelebt wird, steht eine hoch technisierte, auf Risikominimierung bestrebte Geburtshilfe gegenüber.

Die Hebammen, mit denen ich im Rahmen dieser Arbeit Interviews durchgeführt habe, zeigten sich besorgt gegenüber den Veränderungen, mit denen sie konfrontiert sind. Immer wieder tauchte die Frage auf, ob Hebammen überhaupt noch gebraucht werden würden, sollte sich die Geburtshilfe in dieselbe Richtung weiter entwickeln wie in den letzten Jahrzehnten. Die Entwicklungen, die ihre berufliche Existenz zu bedrohen scheinen, sind vielfältig. Besonders die steigenden Kaiserschnitttraten wurden als für den Hebammenberuf „gefährliche“ Entwicklung wahrgenommen.

Meine Interviewpartnerinnen fürchten jedoch nicht die Auslöschung des Hebammenberufes selbst. Hebammen könnten sich, so meinten sie, an neue Anforderungen anpassen und ihre Nischen in einer technisierten Geburtshilfe finden. Was den von mir interviewten Hebammen bedroht erscheint, ist die Art von Hebammengeburtshilfe, die ihren Idealen entspricht: eine Geburtshilfe, die aufgrund verschiedenster Entwicklungen in der heutigen Praxis nur selten gelebt wird, derentwegen sie aber den Beruf der Hebammen erlernt haben und gerne ausüben. In dieser Arbeit will ich die von meinen Interviewpartnerinnen empfundene Bedrohung ihres Berufes, deren Gründe und die Strategien, wie Hebammen damit umgehen, nachzeichnen.

Forschungsinteresse und Forschungsfrage

Mein wissenschaftliches Interesse für den Beruf der Hebamme entspringt einem persönlichen Interesse für Schwangerschaft, Geburt und den Hebammenberuf. Seit September 2008 bin ich selbst Studentin des Studienganges „Hebammen“ an der Fachhochschule Joanneum in Graz. Dieser sehr persönliche Zugang barg im Rahmen dieser Arbeit allerdings die Gefahr, die für die Untersuchung wissenschaftliche Distanz zu meinen Interviewpartnerinnen nicht einhalten zu können. Während es mir bei den Interviews gut gelungen ist, meinen Zugang zum Hebammenberuf nicht in die Fragen mit einfließen zu lassen, war es bei der Analyse und Interpretation der Interviews schwer, die Meinungen meiner Interviewpartnerinnen auch kritisch zu beleuchten. Denn da ich selbst den Beruf der Hebamme erlerne, liegt mir die Sicht der Hebammen auf Schwangerschaft und Geburt und ihre Beurteilung der Geburtshilfe nahe.

Grundsätzlich interessierte mich anfangs die Frage, was passiert, wenn Hebammen nicht nach ihren Vorstellungen Hebammenarbeit leisten können oder dürfen. Dabei nahm ich an, dass die Geburtshilfe wie sie heute stattfindet, von einem Großteil der Hebammen kritisch beurteilt wird. Diese Annahme wurde mir in den Interviews bestätigt.

Ausgangspunkt meiner Forschung war schließlich die Frage, welche Auswirkungen Hebammen auf ihren Beruf durch die vielfältigen Entwicklungen in der Geburtshilfe der letzten Jahrzehnte wahrnehmen. Dabei stehen die Meinungen und Erfahrungen der interviewten Hebammen im Zentrum. Die Forschungsfrage war zunächst bewusst offen konzipiert, um allen Erfahrungen meiner Interviewpartnerinnen Raum geben zu können. In den Interviews legte ich meine Schwerpunkte auf folgende Bereiche:

- Veränderungen in der Arbeit meiner Interviewpartnerinnen während ihrer beruflichen Laufbahn
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insbesondere ÄrztInnen und Krankenschwestern und -pflegern
- Beurteilung der in Österreich und Deutschland stattfindenden Geburtshilfe
- Vorstellungen von einer „idealen“ Geburtshilfe

Schwerpunkte in den Interviews waren die „heißen“ Themen in der Geburtshilfe: Themen, die meine Interviewpartnerinnen im Moment stark beschäftigen. Durch

die Offenheit der Fragestellung wurde auch eine Reihe von Themen angesprochen, die leider keinen Platz in dieser Arbeit finden können, wie Pränataldiagnostik oder der Prozess der Umstellung von Hebammenakademien auf Fachhochschulen.

In meiner Arbeit möchte ich nun, ausgehend von den Ergebnissen meiner Forschung, folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Position nehmen Hebammen in der Geburtshilfe in Österreich und Deutschland aus ihrer Sicht am Beginn des 21. Jahrhunderts ein?
- Wie beurteilen sie die Geburtshilfe in Hinblick auf die Zukunft ihres Berufes?
- Welche Wünsche haben sie für die Zukunft ihres Berufsstandes und welche Strategien wenden sie an, um ihre Interessen durchzusetzen?

Ich möchte darauf hinweisen, dass es sich bei meinen Ergebnissen um die Erfahrungen und subjektiven Meinungen meiner Interviewpartnerinnen handelt, welche keinen repräsentativen Stellenwert haben. Aus diesen lässt sich demnach nicht auf den gesamten Hebammenstand schließen.

1.1 Methodisches Vorgehen

Interviewsituation und Sampling

Grundlage meiner Arbeit sind elf qualitative problemzentrierte Interviews, die ich mit Hebammen aus Wien und Osnabrück geführt habe. Um den Bereich meiner Forschung einzugrenzen, habe ich bewusst Hebammen ausgewählt, die zurzeit im klinischen Bereich arbeiten oder langjährige Erfahrung in diesem haben. Dennoch waren die meisten meiner Interviewpartnerinnen auch in verschiedenen anderen Bereichen tätig, wodurch auch Erfahrungen aus der Freiberuflichkeit und aus Lehrtätigkeiten in ihre Überlegungen mit einfließen.

Folgende Tabelle zeigt, wie viele meiner Interviewpartnerinnen in welchen Bereichen tätig waren und sind, sowie ihr Alter. Außerdem ist vermerkt, in welchem Zeitraum sie die Ausbildung zur Hebamme abgeschlossen haben. Genauer vorgestellt werden die Hebammen im Anhang.

Tabelle 1

	Anzahl der Hebammen (n=11)
Herkunft	
Großraum Osnabrück	5
Großraum Wien	6
Alter	
Unter 36 Jahre	2
36 bis 40 Jahre	2
41 bis 45 Jahre	3
46 bis 50 Jahre	2
Über 50 Jahre	2
Hebammendiplom absolviert	
Vor 1980	2
Zwischen 1980 und 1989	4
Zwischen 1990 und 1999	2
Nach 2000	2
Berufserfahrung	
Erfahrung als angestellte Hebamme	11
Momentan leitende Kreißaalhebamme	3
Erfahrung als freiberufliche Hebamme	5
Erfahrung als Lehrhebamme	4

Fünf Interviews führte ich im Dezember 2007 und Jänner 2008 mit Hebammen aus dem Großraum Wien durch. Durch einen dreiwöchigen Aufenthalt zur Literaturrecherche in Osnabrück (Deutschland) hatte ich weiters die Möglichkeit, im Februar 2008 auch deutsche Hebammen zu ihren Erfahrungen zu befragen.

Kontakt zu meinen Interviewpartnerinnen bekam ich auf unterschiedliche Weise. Eine Bekannte stellte Kontakt zu meiner ersten österreichischen Interviewpartnerin her, die mich an drei weitere Hebammen vermittelte. Zwei österreichische Hebammen habe ich direkt über ihre Homepages kontaktiert. Auch allen Interviews mit Hebammen aus Osnabrück ging eine Kontaktaufnahme über die offizielle Email-Adresse ihrer Kliniken voraus.

Drei Interviews in Österreich fanden bei den Hebammen zu Hause statt, die restlichen drei in Kliniken oder in einem Kaffeehaus. Alle Interviews mit deutschen Hebammen führte ich an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz durch. Die Interviews dauerten zwischen 50 Minuten und zwei Stunden.

Die Position der Hebammen im Gesundheitssystem Deutschlands und Österreichs ist zwar ähnlich, dennoch gibt es wesentliche Unterschiede. Auf die für meine Arbeit relevanten Unterschiede im Bereich der Ausbildung, der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen und der Integration in die Schwangerenvorsorge werde ich in Kapitel 5.2 eingehen.

Erhebungsmethode

Anhand eines Interviewleitfadens findet beim problemzentrierten Interview eine Annäherung an ein davor festgelegtes Thema statt. Es gibt keine vorgefertigten Antwortkategorien, die Interviewte soll zu freien Erzählungen angeregt werden. Der Leitfaden dient lediglich als Orientierung für die Interviewerin, damit eine möglichst offene Gesprächssituation entstehen kann. Somit kann die Reihenfolge der Fragen variieren und je nach Interview finden unterschiedliche thematische Schwerpunktsetzungen statt (vgl. Hopf 1995).

Orientiert an der Methode des problemzentrierten Interviews war mein Leitfaden relativ offen konzipiert, da ich besonders die Themen erfassen wollte, die meine Interviewpartnerinnen in ihrer Arbeit am meisten beschäftigen. Dementsprechend passte ich den Leitfaden nach den ersten beiden Interviews auf Basis erster Erkenntnisse an.

Datenauswertung

In die Datenanalyse flossen alle elf Interviews mit ein. Dabei legte ich die Auswertungskategorien nicht im Vorhinein fest, sondern entwickelte diese direkt aus dem Material. Diese Herangehensweise sollte die Offenheit des Forschungsprozesses gewährleisten. Nach einer ersten Materialsichtung modifizierte ich die Kategorien, indem ich sie entsprechend dem Material ausdifferenzierte oder zusammenfasste. So entstand ein Codierleitfaden, mit Hilfe dessen ich das gesamte Material den zuvor entworfenen Auswertungskategorien zuordnete (vgl. Schmidt 2007). Nach einer ersten Grobanalyse kategorisierte ich das Material schließlich entlang der einzelnen Themen, die sich aus der Analyse

ergaben. Dazu verwendete ich das Analyseprogramm MAXQDA, eine Software zur computergestützten Analyse von qualitativen Daten. Die Software erleichterte mir, einen Überblick über die große Menge an Daten behalten zu können.

1.2 Ansatz

In Zusammenhang mit der Position der Hebammen in der Geburtshilfe stellt sich die Frage nach konkurrierenden Wissensformen zum Themenkomplex Geburt. Theoretischer Ausgangspunkt meiner Arbeit ist das von Brigitte Jordan formulierte Konzept des **Autoritären Wissens** (*Authorative Knowledge*). Jordans Konzept zeigt, wie auf Basis einer bestimmten Form von Wissen Entscheidungen getroffen und Handlungen legitimiert werden. So können die in der Geburtshilfe herrschenden Machtverhältnisse sichtbar gemacht werden (vgl. Jordan 1997: 56ff).

Dieses Konzept gilt freilich nicht nur für die Geburtshilfe. In jeder Situation existiert eine Vielzahl von Wissenssystemen, wobei meist nur eines dominanten Status erreicht. Das in einem Setting vorherrschende Wissenssystem nennt Jordan Autoritäres Wissen. Autoritäres Wissen erlangt seinen dominanten Status, weil es die „besseren“ Erklärungsmodelle für bestimmte Probleme bietet, oder sich in einer strukturell mächtigeren Position befindet. Meist spielen beide Gründe eine Rolle. Die Mitglieder einer Gemeinschaft treffen Entscheidungen auf der Grundlage von Autoritärem Wissen, das als Rechtfertigung für ihre Handlungen gilt. Diese Wissensform wird als legitim, offiziell und handlungsanleitend betrachtet (ebd.).

Autoritäres Wissen wertet andere Formen von Wissen häufig ab und stellt sie als falsch, gefährlich und rückwärtsgewandt dar: „Authorative Knowledge is persuasive because it seems natural, reasonable, and consensually constructed. For the same reason it also carries the possibility of powerful sanctions, ranging from exclusions from the social group to physical coerciveness.“ (Jordan 1997: 57). Durch die Abwertung anderer Wissenssysteme werden hierarchische Ordnungen von Wissen hergestellt (ebd.).

Autoritäres Wissen kann allerdings nicht von Personen „besessen“ werden, sondern ist als ein Zustand definiert, den eine Gemeinschaft erreicht hat. Es

legitimiert sich nicht, weil es wahr ist, sondern es erlangt durch seinen Status in einer sozialen Gruppe Autorität und beeinflusst so Vorstellungen von Moral und Rationalität (ebd.).

Laut Jordan hält im Bereich der Geburtshilfe Wissen basierend auf biomedizinischen Erkenntnissen autoritären Status. In ihren Untersuchungen zur Sichtbarwerdung von Autoritärem Wissen in der Geburtshilfe fokussiert sie im Besonderen auf die Bedeutung von Technologien und sozialen Interaktionen (ebd.).

In Kapitel Drei bringe ich Beispiele für das Konzept von Autoritärem Wissen, wende es auf die Situation in Österreich und Deutschland an und unterziehe es einer kritischen Betrachtung. In Kapitel Sechs und Sieben dient Jordans Konzept als Basis, auf deren Grundlage die Ergebnisse meiner Untersuchung verstanden werden können.

1.3 Aufbau der Arbeit

In der Einleitung dieser Arbeit wird mein persönlicher Zugang zum Thema Hebammen und Geburt sowie die Fragestellung und Methodik dieser Arbeit erläutert.

Im zweiten Kapitel stelle ich ethnologische Zugänge zur Thematik der Geburt dar. Dabei steht Geburt, verstanden als kulturell geformter Prozess, im Vordergrund. Die Verschiedenartigkeit der Vorstellungen zu Geburt und dem Umgang mit Geburt spiegelt sich in der Rolle und dem Status von Hebammen in einer Gesellschaft. Diese möchte ich anhand verschiedener Studien skizzieren. Weiters diskutiere ich ethnologische Studien zur kulturellen Konstruktion von Körpervorstellungen, sowie zum Einsatz von Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft.

Im dritten Kapitel stelle ich das Konzept von Autoritärem Wissen von Brigitte Jordan genauer vor, das in dieser Arbeit als theoretischer Ansatz dient. Mit Hilfe dieses Konzeptes sollen Machtverhältnisse zwischen verschiedenen Formen von Wissen sichtbar gemacht werden.

In Kapitel 4 geht es um verschiedene Ansätze einer Analyse der aktuellen Geburtshilfe. Ich will den Begriff der Medikalisierung diskutieren und auf die

Betreuungsstrukturen von Schwangeren und Gebärenden aus Sicht der Medikalisierungskritik eingehen. Weiters stelle ich die Frage, ob die schwangere und gebärende Frau als Konsumentin der Geburtshilfe verstanden werden kann.

In Kapitel 5 geht es um die Position der Hebammen in der Geburtshilfe in Österreich und Deutschland. Nach einem geschichtlichen Abriss zur Entwicklung des Hebammenwesens und seiner Berufsverbände skizziere ich die verschiedenen Arbeitsbereiche der Hebammen in der heutigen Zeit und gehe auf die für meine Arbeit relevanten Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich ein. Die Position der Hebammen ist von verschiedenen Faktoren abhängig, die ich für die österreichischen und deutschen Hebammen darlegen werde.

Im sechsten Kapitel soll die Frage nach der Position der Hebammen aus Sicht meiner Interviewpartnerinnen beantwortet werden. Zuerst stelle ich das berufliche Selbstverständnis der Hebammen und die von ihnen favorisierte Hebammengeburtshilfe dar. Danach soll die Bedrohung des Hebammenberufes anhand zweier Spannungsfelder gezeigt werden: Die Auswirkungen technologischer Entwicklungen auf die Arbeit von Hebammen und die Beziehung zwischen Frau und Hebamme.

Im siebten und letzten Kapitel schließlich lege ich schließlich dar, wie handlungsmächtig meine Interviewpartnerinnen sich in der Geburtshilfe fühlen. Abschließend gehe ich auf die Strategien ein, die sie anwenden, um ihre Vorstellungen von einer Hebammengeburtshilfe durchzusetzen.

2 Ethnologische Perspektiven auf Hebammen und Geburt

2.1 Anthropology of Birth

Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts wurde dem Thema der Geburt in der ethnologischen Forschung keine große Bedeutung zugemessen. Häufig hatten die damals fast ausschließlich männlichen Forscher weder Zugang zu noch Interesse an diesem Themenkomplex. In den wenigen Studien, die durchgeführt wurden, wurde Geburt im Kontext anderer Phänomene „mit untersucht“. Selten standen kulturelle Variationen von Schwangerschaft und Geburt selbst im Zentrum (vgl. Davis-Floyd/Davis 1997: 2). Arnold Van Gennep beispielsweise untersuchte Geburt in ihrer Bedeutung als Übergangsritual (vgl. Van Gennep [1909] 2005). Eine wichtige Untersuchung dieser Zeit ist Clellan Stearns Fords (1945) interkulturelle Vergleichsstudie zu Themen rund um Schwangerschaft und Geburt, wie Menstruation und Empfängnis (vgl. McClain 1982: 27). In den 1960er und 70er Jahren begann jedoch eine Reihe von Forscherinnen ethnologische Studien durchzuführen, die Geburt ins Zentrum rückten. Besonders Brigitte Jordan führte durch ihr Werk „Birth in four cultures“ (1978) einen Perspektivenwechsel herbei und etablierte damit eine *Anthropology of Birth*. Jordans Studie war die erste kulturvergleichende Studie, die Geburt aus einer biosozialen Perspektive untersuchte (vgl. Davis-Floyd/Davis 1997: 2).

Ausgehend von dieser Perspektive ist Geburt in keiner Gesellschaft nur ein „natürlicher“ Vorgang. Zum Verständnis von Geburt ist ein biosozialer Zugang notwendig, der die kulturspezifischen sozialen Prozesse auf Basis der biologischen Grundlagen untersucht (vgl. Jordan 1995: 26f). Laut Brigitte Jordan beschäftigt sich die *Anthropology of Birth* „mit den Arten und Weisen, in denen dieser natürliche, menschliche physiologische Prozess der Geburt kulturell geformt und in unterschiedlichen Gesellschaften unterschiedlich organisiert wird“ (Jordan 1995: 25). Die Art, wie Geburt in einer Gesellschaft gestaltet ist, ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Jordan zählt hierzu historische Entwicklungen, Ökologie, technologische Entwicklungen, das gesellschaftlich

vorherrschende Geschlechterverständnis, Vorstellungen vom Übernatürlichen sowie soziale Beziehungen. Jordan betont, dass auf diese Weise Geburtspraktiken systematische, ritualisierte Formen annehmen. Ausgehend von diesen systematischen, kulturspezifischen Anordnungen spricht sie von „Geburtssystemen“. Alle Aspekte des Geburtsprozesses wären somit „mutually dependent and internally consistent“ (Jordan 1978: 67). Die Mitglieder eines Geburtssystems glaubten an dessen moralische und technische Überlegenheit gegenüber anderen Geburtssystemen (vgl. Jordan 1978: 67f). Innerhalb eines solchen Systems wären nur in geringem Maße Variationen möglich. Zwischen verschiedenen Geburtssystemen hingegen wären große Unterschiede beobachtbar (vgl. Jordan 1978: 2). Ausgehend von ihrem Konzept der Geburtssysteme verglich sie in „Birth of four cultures“ auf Basis von umfangreichem ethnographischen Material die Geburtshilfe der USA, Yucatans (Mexiko), Hollands und Schwedens (vgl. Jordan 1978).

Seit Jordans Werk „Birth of four cultures“ hat sich der Zugang der Ethnologie zum Phänomen der Geburt stark verändert. Cecilia van Hollen (1994) konstatiert, dass Jordans holistischer Kulturbegriff der Vielfalt an Sichtweisen innerhalb einer Kultur nicht gerecht werde und Machtverhältnisse ausklammere. Denn Kultur werde durch soziale Prozesse produziert und müsse im jeweiligen politischen und ökonomischen Kontext begriffen werden. Jordan tendiere dazu, die Geburtssysteme Hollands, Schwedens und Yucatans harmonisch darzustellen und interne soziale Ungleichheiten auszusparen (vgl. Van Hollen 1994: 501f).

Geburt ist in verschiedenen Gesellschaften jedoch nicht nur unterschiedlich geformt und organisiert. Göran Aijmer (1992) beschreibt deshalb Geburt als Prozess der „Existenzwerdung“ (*coming into existence*), der sich nicht auf den bloßen physiologischen Vorgang des Geborenwerdens des Kindes bezieht. Geburt umfasse vielmehr den Zeitrahmen des Empfanges des Neugeborenen in der Gemeinschaft und dessen symbolische Anerkennung. Die Aufnahme des Neugeborenen in der Gemeinschaft muss im Kontext des Verwandtschafts-systems mit seinen zeitlichen und räumlichen Dimensionen verstanden werden (vgl. Aijmer 1992: 1ff). In diesem Sinn kann Geburt als kulturell konstruierter Prozess von *coming into existence* bis zur Initiation oder länger dauern (vgl. Aijmer 1992: 7).

Um Geburt als Teil eines kulturellen Systems zu verstehen, muss also mehr als der Moment der Entbindung selbst betrachtet werden. Denn schon Vorstellungen von der Befruchtung selbst haben Auswirkungen darauf, wie der Prozess der sozialen Einfügung in die Gemeinschaft von statten gehen wird. So werden in verschiedenen Gemeinschaften die mütterlichen und väterlichen Anteile an der Zeugung unterschiedlich bewertet. Die Gruppe der Melpa in Neu Guinea glaubt, dass das Kind aus dem Blut der Mutter und dem Samen des Vaters gebildet wird. In anderen Gesellschaften wird davon ausgegangen, nur ein Elternteil habe Einfluss auf diesen Prozess. Die Beteiligung des Vaters oder der Mutter ist in den Vorstellungen zur Zeugung nicht integriert. Manchmal sei weiters eine Kraft von außen notwendig, um ein Kind zu zeugen und die Linie der Ahnen fortzusetzen (vgl. Aijmer 1992: 9f). Auch die Beseelung (*animation*) des Ungeborenen ist Teil des Prozesses, durch den aus dem Fötus eine Person entsteht und seine Identität als Teil der Gemeinschaft geformt wird (ebd.).

Nach Göran Aijmer ist Geburt ein universell ritualisierter Prozess. Dieser umfasst, in einer zeitlich erweiterten Vorstellung von Geburt, Rituale vor und nach der Geburt. Dazu gehören beispielsweise die Namensgebung, die Rückkehr der Mutter in die Öffentlichkeit und die Präsentation des Neugeborenen vor der Gemeinschaft (vgl. Aijmer 1992: 15ff).¹

Geburt schafft weiters Kontinuität. So spielen Symbole von Räumlichkeit und Zeitlichkeit in den Ritualen rund um Geburt eine wichtige Rolle (ebd.). Die *Anthropology of Birth* untersucht demnach Geburt nicht als isolierten Moment, sondern eingebettet in seine zeitlichen und räumlichen Dimensionen. Dabei spielen Vorstellungen von der Entstehung eines Menschen oder von Befruchtung eine Rolle. Auch die Art der verwandtschaftlichen Organisation verleiht Geburt unterschiedliche Bedeutungen.

Parallel zum Entstehen der *Anthropology of Birth* in der Ethnologie der 1970er Jahre stieg auch das Interesse der Politik an traditionellen Geburtspraktiken, die als wichtiger Teil einer verbesserten Schwangeren- und Neugeborenenversorgung weltweit gesehen wurden. In diesem Zusammenhang hatten ethnologische

¹ Häufig ist es üblich, dass sich die Frau für eine bestimmte Zeit nach der Geburt aus der Gemeinschaft zurückzieht.

Studien zu Schwangerschaft und Geburt Einfluss auf die Gesundheitspolitik vieler Länder.

Carol McClain (1982) unterscheidet in ihrer Literaturübersicht Studien zu Geburt, die einen soziokulturellen Zugang wählen, von Studien aus biomedizinischer Sichtweise: Erstere haben das Ziel, geburtshilflichem Fachpersonal eine Sichtweise von Geburt näher zu bringen, die den Einfluss sozialer und kultureller Faktoren auf Geburt in den Vordergrund stellt. Demnach wären Praktiken, die routinemäßig angewandt werden, als kulturelle Präferenzen zu deuten. In diesen Studien wird der Biomedizin vorgeworfen, die kulturelle Dimension von Geburt zu vernachlässigen (McClain 1982: 40f).

Als Vertreterin dieses Zuganges nennt sie Sheila Kitzinger (1977). Diese plädiert dafür, kulturelle Differenzen zwischen schwangeren und gebärenden Frauen und dem Gesundheitspersonal in der Geburtshilfe zu beachten und Untersuchungen und Praktiken dementsprechend anzupassen. Nancy Milio (1975) verglich die Vorstellungen von Schwangerschaftsvorsorge der unteren und mittleren sozialen Schicht in Detroit. Sie kam zu dem Ergebnis, dass sich die Vorsorge an den Werten der Mittelschicht orientiert und deshalb den Bedürfnissen der Schwangeren aus der unteren Schicht nicht gerecht werden kann. Hier wäre kulturelles Verständnis von Seiten des Gesundheitspersonals und eine Umstrukturierung der Vorsorge von Nöten (McClain 1982: 41f).

Einher mit einem soziokulturellen Zugang zu Geburt geht häufig der Aufruf nach Studien zu lokalen Geburtspraktiken und einer Beurteilung traditioneller Geburtssysteme vor der Umsetzung von Gesundheitsprogrammen (vgl. McClain 1982: 43). Sheila Cosminsky beispielsweise plädierte dafür, die Auswirkungen traditioneller Praktiken nach den Kategorien schädlich, nützlich, neutral und unbekannt einzuteilen. So könnten als schädlich qualifizierte Praktiken durch bessere ersetzt und Praktiken mit positiven Auswirkungen wie das Stillen gefördert werden. Neutrale Praktiken könnten beibehalten werden und Praktiken mit unbekanntem Auswirkungen toleriert werden, bis Ergebnisse vorliegen (vgl. Cosminsky 1982: 250). Die Auffassungen darüber, welche Praktiken in welche Kategorie fallen, gehen freilich auseinander (vgl. McClain 1982: 43). Auch wurden diese Überlegungen in der Praxis kaum umgesetzt (vgl. Cosminsky 1982: 250; siehe Kapitel 2.2.2).

Studien mit biomedizinischem Zugang hätten hauptsächlich die Risiken der Geburt im Fokus, denen mit technologischen Interventionen begegnet werden kann. Kulturelle Einflüsse würden als Störfaktoren wahrgenommen und für den schlechten Zustand von Mutter und Kind verantwortlich gemacht. Sie haben eine Modernisierung traditioneller Gesundheitssysteme zum Ziel, weshalb ihnen häufig ein ethnozentristischer Zugang vorgeworfen wurde (ebd.).

Häufig wurden in ethnologischen Studien zum Themenkomplex Geburt traditionelle Geburtssysteme dem vorherrschenden biomedizinischen Geburtsmodell gegenübergestellt und für eine Integration beider plädiert (vgl. Kuntner 1997: 326). Dieser Ansatz hängt eng mit einer Kritik an der vorherrschenden Geburtshilfe in den USA und in Europa zusammen. Durch Studien über traditionelle Geburtspraktiken konnten alternative Formen im Umgang mit Geburt aufgezeigt werden. Ein Beispiel dafür ist die Gebärhaltung. Während in der westlichen Biomedizin seit dem 18. Jahrhundert die Rückenlage propagiert wurde, gebären Frauen in traditionellen Geburtssystemen meist in aufrechter Körperhaltung.² Eine kauende, kniende, stehende oder sitzende Position würde jedoch laut Liselotte Kunter atmungserleichternd wirken und habe so positive Auswirkungen auf den Geburtsverlauf (vgl. Kuntner 1995: 237). Heute gibt es in den Kreißsälen zunehmend die Möglichkeit, auch in aufrechter Lage zu gebären.

Andererseits kam es im Zuge der beschriebenen Kritik am biomedizinischen Geburtsmodell auch zu einer Idealisierung „traditioneller“ Geburtsmodelle und im Zuge dessen häufig zu einer unangemessen positiven Beurteilung traditioneller Hebammen, die der Realität oftmals nicht gerecht wurde. Patricia und Roger Jeffery kritisieren in diesem Zusammenhang ethnologische Studien zum Hebammenwesen, die die Besonderheiten einzelner Gruppen verallgemeinern und so zum vorherrschenden, stereotypen Bild des Hebammenwesens beitragen (vgl. Jeffery/Jeffery 1993: 9).

² In Europa gebären Frauen lange Zeit in halbsitzender Stellung. Im 16. Jahrhundert wurde der Gebärstuhl entwickelt. Er verschwand aber bis zum 19. Jahrhundert wieder, da die Rückenlage der Frau für den Arzt die bequemere Position während vaginalen Untersuchungen und der Geburt darstellte.

Jeffery und Jeffery plädieren dafür, den jeweiligen sozialen und ökonomischen Kontext von Hebammengeburtshilfe zu berücksichtigen. Somit müssten ethnologische Studien zum Hebammenwesen folgende miteinander in Beziehung stehende Aspekte berücksichtigen: Die Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen, die vorherrschenden Vorstellungen von Anatomie und Physiologie, die Position von weiblichen Heilerinnen. Weiters die gesellschaftliche Bedeutung von Geburt, die soziale Stellung der Frau und der von ihr geleisteten Arbeit, Verwandtschaftsbeziehungen und den Zugang von Frauen zu Eigentum (ebd.).

Die beschriebenen Aspekte berücksichtigen sie in ihrer eigenen Studie zu den *Dais*, die in Indien geburtshilfliche Tätigkeiten übernehmen. Auf diese Studie gehe ich im Folgenden eingehen.

2.2 Hebammen in der Ethnologie

Seit das Thema Geburt in den 1970er Jahren das Interesse von ethnologischen ForscherInnen weckte, wurde auch traditionellen GeburtsbegleiterInnen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Denn so wie der Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kulturell geprägt ist, variiert auch die Form der Geburtsbetreuung. Hebammen sind zwar auf der ganzen Welt im Bereich der Geburt tätig, darüber hinaus übernehmen sie aber sehr unterschiedliche Aufgaben rund um Geburt, wenden unterschiedliche Praktiken an und beschreiten verschiedene Wege, um Hebamme zu werden. Damit zusammenhängend unterscheidet Hebammen in verschiedenen kulturellen Kontexten vor allem der Status, den sie in einer Gesellschaft einnehmen (vgl. DeVries 1993: 131ff).

Ungeachtet dieser Unterschiedlichkeiten rückten Hebammen in den 1970er Jahren in den Fokus der Gesundheitspolitik, da sie als Schlüsselfiguren einer verbesserten Schwangerenvorsorge gesehen wurden. Die WHO (*World Health Organisation*) entwickelte in den 1970er Jahren den Begriff der *Traditional Birth Attendants* (TBAs), der GeburtshelferInnen auf der ganzen Welt umfasst. "The typical traditional birth attendant is illiterate, believes in folk models of the human reproductive process, does other work besides midwifery, and has limited opportunities to attend training sessions" (Maglacas/Simons 1986: 6). Da sie in lokale Strukturen eingebunden sei, könne sie jedoch Einfluss auf die

Gesundheitsversorgung vieler Länder nehmen. Die Notwendigkeit, TBAs aus- und weiterzubilden, wurde mit einer unzureichenden Versorgung von schwangeren und gebärenden Frauen sowie von Mutter und Kind nach der Geburt argumentiert. Vorhandene staatliche Angebote würden häufig nicht angenommen, da die Kluft zu ausgebildetem Gesundheitspersonal aufgrund des unterschiedlichen sozialen und ökonomischen Status für die lokale Bevölkerung oft schwer zu überbrücken wäre. Auch werden kulturelle Faktoren dafür verantwortlich gemacht, dass die staatlichen Versorgungsangebote oft nicht wahrgenommen werden (vgl. Kamal 1998: 44ff).

Da Hebammen ohne Training eine Gefahr für Mutter und Kind darstellen würden, wurde eine Reihe von Ausbildungsprogrammen ins Leben gerufen. Von der WHO ausgebildete TBAs sollten ihre Tätigkeiten auf die Phase der Schwangerschaft ausweiten, auftretende Komplikationen erkennen können und in schwierigen Fällen für eine Überweisung in die nächste Klinik sorgen. Weiters liegt ein Schwerpunkt des Trainings in der Vermittlung von grundlegenden Hygienemaßnahmen (vgl. Kamal 1998: 49).

Längerfristiges Ziel wäre es jedoch, die TBAs durch medizinisch ausgebildetes Personal zu ersetzen, da auch Trainingsprogramme häufig nicht die erwünschten Verbesserungen erzielten (vgl. Kamal 1998: 52).

Die Effektivität der von der WHO initiierten Trainingsprogramme wurde jedoch zunehmend in Frage gestellt: Jeffery und Jeffery kritisieren die Bemühungen der WHO, die Gesundheit von Mutter und Neugeborenem durch eine Ausbildung der TBAs zu verbessern. Dies führe zu einer Romantisierung von traditioneller Hebammengeburtshilfe, da ein relativ homogenes Bild von Hebammen produziert werde, das kulturelle Unterschiede vernachlässige. Weiters würden die Prozesse von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nicht als eingebettet in ein soziales Gefüge verstanden (Jeffery/Jeffery 1993: 7f). Die AutorInnen zeigen anhand ihrer Studie zu *Dais* im nördlichen Indien, dass das Vorgehen der WHO nicht immer die adäquate Strategie einer Verbesserung der Schwangerensorge ist.

2.2.1 *Dais* - Hebammen im nördlichen Indien³

Im nördlichen Indien gibt es keine Berufsgruppe, die herkömmlichen westlichen Vorstellungen von Hebammen entspricht. Die mit dem Beruf der Hebamme am ehesten vergleichbaren *Dais* sind Frauen, die bestimmte Aufgaben bei Geburten übernehmen und bei dem Großteil der stattfindenden Geburten anwesend sind. Sie nehmen allerdings eine sehr niedrige Stellung in der Gemeinschaft ein (vgl. Jeffery/Jeffery 1993: 11ff).

Um den Status der *Dais* im nördlichen Indien verstehen zu können, müssen die kulturellen Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt sowie die soziale Stellung der Frau mitbedacht werden. Denn verheiratete Frauen ohne Kinder haben in der gesellschaftlichen Rangordnung einen sehr niedrigen Status. Ihre Aufgaben liegen im Gebären von Nachwuchs und in der Verrichtung ihnen zugedachter, niedrig bewerteter Arbeiten.⁴ Weiters sollen sie durch den Brautpreis, der bei der Heirat übergeben wird, der Familie ihres Mannes zu Wohlstand verhelfen. Die Geburt eines Kindes kann ihren Status erhöhen (ebd.).

Der niedrige Status der Frau hat Auswirkungen auf den gesamten Komplex von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. So ist alles, was auf Sexualität hinweisen könnte, mit Gefühlen der Scham behaftet. Schwangerschaft und Geburt gelten als Hinweise auf vorangegangenen Geschlechtsverkehr und erfordern einen dementsprechenden Umgang. So soll eine schwangere Frau ihren Bauch möglichst gut verstecken (ebd.).

Das Blut, das eine Frau während der Geburt verliert, gilt als unrein. Somit sind auch die Wöchnerin und ihr Neugeborenes in höchstem Maße unrein. Alle Aufgaben, die einen körperlichen Kontakt zur Frau nötig machen, werden als verschmutzend wahrgenommen (ebd.).

Weiters ist die Frau nach der Geburt sehr verletzlich und muss vor verschiedensten Dingen geschützt werden. Damit Mutter und Kind vor dem „bösen Blick“ geschützt sind, verlassen beide das Haus in den ersten Tagen nicht. Die Plazenta gilt als besonders gefährlich für das Neugeborene und muss nach bestimmten Regeln verbrannt werden (ebd.).

³ Die Untersuchung wurde in zwei Dörfern in Uttar Pradesh im nördlichen Indien durchgeführt (vgl. Jeffery/ Jeffery 1993: 9).

⁴ Dazu gehören zum Beispiel das Dreschen und Malen von Getreide.

Mitglieder der Herkunftsfamilie der Frau sind bei einer Geburt nicht anwesend, zentrale Person ist die Schwiegermutter der Frau. Sie ruft die *Dai* kurz vor der Geburt und fällt auch während und nach der Geburt die wichtigen Entscheidungen. Die Gebärende selbst hat kaum Entscheidungsmacht (vgl. Jeffery/Jeffery 1997: 16f).

Die Arbeit der *Dai* bezieht sich nun hauptsächlich auf die verschmutzenden Aufgaben bei einer Geburt. Die vaginale Untersuchung der Frau ist eine Aufgabe, die aufgrund ihrer verschmutzenden und beschämenden Auswirkungen niemand anderer als die *Dai* übernehmen kann. Sie durchtrennt weiters die Nabelschnur, verbrennt die Plazenta, badet die Frau und säubert das Haus (vgl. Jeffery/Jeffery 1997: 20).

Die *Dai* leistet weiters keinerlei emotionale Unterstützung. Die Beratung der Frau und ihrer Familie gehört nicht zu ihren Aufgaben. Wenige *Dais* haben eine formelle Ausbildung und aus ihrer Sicht auch kein spezifisches Wissen. Sie erheben nicht den Anspruch, komplizierte Geburten managen zu können. Das einzige Instrument, das sie verwenden, ist eine Schere, um die Nabelschnur zu durchtrennen. Allein die Bereitschaft, die verunreinigenden Arbeiten bei der Geburt zu verrichten, zeichnet sie als *Dais* aus (ebd.).

Dais nehmen aufgrund ihres Kontaktes mit verschmutzenden Substanzen einen niedrigen Status ein und werden häufig gemieden. Es gilt nicht als erstrebenswert, die Aufgabe einer *Dai* zu übernehmen. Frauen entschließen sich meist aus ökonomischen Gründen dazu, diesen Weg zu gehen. Dabei handelt es sich oft um Frauen, die ohne männliche Unterstützung ihren Lebensunterhalt bestreiten müssen. Da Menstruationsblut als verunreinigend gilt, übernehmen meist Frauen nach der Menopause die Arbeit einer *Dai* (ebd.).⁵

Roger und Patricia Jeffery stellen in ihrer Untersuchung die Fokussierung der WHO auf *Dais* in Indien in Frage. Viele trainierte *Dais* könnten das im Training vermittelte Wissen nicht in ihre Tätigkeit einbinden. Die AutorInnen sehen die Gründe für den schlechten gesundheitlichen Zustand von Müttern und Kindern im Status von Frauen allgemein und Schwangeren und Gebärenden im Besonderen. Die Fokussierung auf die *Dai* wäre ein unpassender Ansatz in der Strategie einer verbesserten Mutter- und Neugeborenenversorgung, da ihre soziale Rolle als

⁵ Üblicherweise erhöht sich der Status einer Frau mit zunehmenden Alter. Dies ist bei älteren *Dais* aufgrund der verschmutzenden Auswirkungen ihrer Arbeit nicht der Fall.

Symptom der gesellschaftlichen Machtverhältnisse der Geschlechter zu deuten wäre. Somit wären sie nicht dafür geeignet, das in Trainings erlernte Wissen in die Bevölkerung zu tragen (vgl. Jeffery/Jeffery 1993: 26f). Mit ihrer Studie wollen die AutorInnen die idealisierten und stereotypen Vorstellungen, die von Hebammen und der von ihnen praktizierten Geburtshilfe existieren, aufbrechen und einen Beitrag zu einer differenzierten Sichtweise des Hebammenwesens leisten.

2.2.2 *Ilonel* - Hebammen im Hochland von Guatemala⁶

Hebammen in Guatemala sind meist ältere Frauen, die von der Gemeinschaft respektiert werden und einen hohen Status einnehmen. Sie fungieren als geburtshilfliche und rituelle Begleiterinnen (vgl. Cosminsky 1982: 237ff).

Die Besonderheit der Hebammen in Guatemala besteht in ihrer übernatürlichen Berufung. Denn nicht ein Kurs oder die Lehre bei einer erfahrenen Geburtshelferin macht eine Frau zur Hebamme, sie wird durch übernatürliche Kräfte, vom Schicksal dazu erwählt. Die Zeichen der Anrufung erscheinen als Träume oder Krankheiten. Widersetzt sich eine Frau ihrem Schicksal, wird sie (oder ihre Familie) von übernatürlichen Mächten durch Krankheit oder Tod bestraft. Die Zeichen, die einer Frau ihre Zukunft als Hebamme bedeuten, verleihen ihr den Status einer rituellen Spezialistin. So interpretieren Hebammen Zeichen und Omen und vermitteln zwischen ihren Klientinnen und der spirituellen Welt (ebd.).

Die Aufgabe der Hebammen umspannen die Bereiche der Schwangerschaft ab dem fünften Monat, die Geburt, sowie die ersten zwanzig Tage nach der Geburt. Während dieser Zeitspanne führt die Hebamme eine Reihe von Rituale durch, bei der die Anrufung von Heiligen eine besondere Rolle spielt. Zwanzig Tage nach der Geburt findet die Betreuung mit einem Ritual und einer Feier ihren Abschluss (ebd.).

Hebammen leisten neben ihrer geburtshilflichen Tätigkeit auch emotionale Unterstützung und üben eine wichtige soziale Kontrollfunktion in den Familien, die sie betreuen, aus (ebd.).

⁶ Die Untersuchung wurde im westlichen Hochland von Guatemala in den Jahren 1968-1969 und 1974-1978 durchgeführt. *Ilonel* ist Quiché und bedeutet Hebamme (vgl. Cosminsky 1982).

Sheila Cosminky hat sowohl Maya- als auch Ladino-Hebammen begleitet.⁷ Beide sind von Seiten der Politik dem Streben nach einer Modernisierung der von ihnen geleisteten Geburtshilfe ausgesetzt. Das Gesundheitsministerium bietet Kurse für traditionelle Hebammen an, in denen die Wichtigkeit der Desinfektion, der Geburt in Rückenlage und bei Komplikationen die Überstellung der Schwangeren oder Gebärenden in das nächste Krankenhaus hervorgehoben werden. Der Großteil der traditionellen Praktiken wie die Geburt in hockender Position, Schwitzbäder und die Behandlung mit Kräutern werden verurteilt (ebd.). Weiters werden auch Ausbildungskurse angeboten, wodurch die Anrufung der Hebammen nicht mehr die einzige Möglichkeit darstellt, den Beruf der Hebamme zu erlernen. Somit wirken Hebammen mit sehr unterschiedlichen Graden medizinischer Ausbildung nebeneinander: Hebammen mit einer offiziellen Hebammenlizenz, Hebammen, die an Hebammekursen teilgenommen haben, sowie Hebammen mit keinerlei Erfahrungen mit westlichen Vorstellungen von Geburtshilfe (ebd.).

Sheila Cosminky plädiert für eine Respektierung des Glaubenssystems der Maya und ihrer traditionellen Techniken. Im Gegensatz zum biomedizinischen Konzept, dem die Sichtweise von Geburt als Krankheit und die Trennung von Körper, Geist und sozialer Umwelt zugrunde liege, sei die Sichtweise der Maya eine holistische. Soziale Beziehungen, gesellschaftliche Wertvorstellungen und die Umwelt würden mit einfließen (vgl. Cosminky 1982: 225). Die Verurteilung der traditionellen Vorstellungen der Maya in den Programmen der Regierung geschieht nach Meinung der Autorin auf eine sehr unreflektierte Art und Weise: „Care should be taken in the programmes not to eliminate a beneficial practice in favour of one which may be less advantageous and even potentially harmful“ (Cosminky 1982: 214).

Ihrem Aufruf nach einer Integration traditioneller Techniken liegt also ebenso eine Kritik an der in den Trainingskursen vermittelten biomedizinischen Sicht zugrunde, deren Techniken unhinterfragt angewendet würden. Auch diese Techniken der Biomedizin verlangen demnach einer Evaluation (vgl. Cosminky 1982: 225).

⁷ Der Begriff der Ladinas bezeichnet Spanischsprachige Mestizinnen in Guatemala.

2.2.3 *Dais* – *Ilonel* – Hebammen: Ein Vergleich

Die in diesem Kapitel vorgestellten Studien zeigen die Verschiedenheit des Berufes der Hebamme sehr deutlich. *Dais* in Indien, *Ilonel* in Guatemala und Hebammen in Österreich und Deutschland wirken im Bereich der Geburt, darüber hinaus sind aber große Unterschiede erkennbar. Auf die Position der Hebammen in Österreich und Deutschland werde ich in Kapitel 5.3 genauer eingehen.

Auffällig ist der unterschiedliche Status der Hebammen in Guatemala, Indien und Österreich/ Deutschland. Während sich *Dais* auf der untersten Stufe der gesellschaftlichen Hierarchie Indiens befinden, nehmen *Ilonel* eine wichtige Position in der Sozialstruktur der Maya ein. In Österreich und Deutschland sind Hebammen als Geburtshelferinnen anerkannt, nehmen jedoch keine zentrale Position im Gesundheitssystem ein.

Dies ist auf die unterschiedliche kulturelle Bedeutung von Geburt sowie auf das in einer Gesellschaft vorherrschende Glaubens- und Wertesystem zurückzuführen. Denn *Ilonel* im Hochland von Guatemala nehmen als Vermittlerinnen zur übernatürlichen Welt einen hohen Status in der Gemeinschaft ein. Im nördlichen Indien hingegen wird jeder Ausdruck von Sexualität, und somit Geburt im Besonderen, als verschmutzend und gefährlich wahrgenommen. Dies überträgt sich auf die *Dai*, die bei der Geburt selbst eine reduzierte Rolle spielt. Sie ist für verschmutzende Aufgaben während der Geburt zuständig, die Schwiegermutter der Frau hingegen nimmt hier eine Machtposition ein und ist Entscheidungsträgerin. Auch in Österreich und Deutschland steht nicht die Hebamme im Zentrum der geburtshilflichen Versorgung. Lange Zeit stellten ÄrztInnen wichtige gesellschaftliche Instanzen dar und nehmen auch heute noch als Schlüsselfiguren im Gesundheitssystem eine privilegierte gesellschaftliche Stellung ein. Denn als VertreterInnen von Wissenschaft und Technologie, die in Österreich und Deutschland sehr hoch bewertet werden, könnten sie Bedrohungen in Form von Komplikationen und Missbildungen am Besten begegnen. Wie ich in Kapitel 4.1 zeigen werde, kann die Anwendung bestimmter Technologien während der Schwangerschaft und Geburt (zum Beispiel regelmäßige Ultraschalluntersuchungen) als Ritual verstanden werden. In diesem

Zusammenhang nähme der Arzt/ die Ärztin als AnwenderIn den Status einer rituellen BegleiterIn ein.

In Guatemala zeigt sich eine Bedrohung auf andere Weise. Der Körper spiegelt die Balance sozialer Beziehungen wider und ist somit besonders in der Schwangerschaft gefährdet. Aus diesem Grund sollten starke Emotionen wie Traurigkeit oder Wut während der Schwangerschaft oder Geburt vermieden werden, um Komplikationen in dieser Zeit zu verhindern. Es ist auch eine Aufgabe der *Ilonel* hierfür zu sorgen.

Dais haben ebenfalls die Aufgabe auf Bedrohung während der Geburt zu reagieren. Diese zeigt sich in Form von Verschmutzung durch die Geburt selbst und den „bösen Blick“. Dafür führen sie eine Reihe von Ritualen durch, wie das rituelle Verbrennen der Plazenta.

Ein weiterer Unterschied besteht in der Form, wie Frauen zu Hebammen werden. Da die Tätigkeit der *Dai* im nördlichen Indien aus genannten Gründen nicht als erstrebenswert gilt, entscheiden sich Frauen meist aus ökonomischen Gründen dazu, die Aufgaben der *Dai* bei der Geburt zu übernehmen. Sie haben meist keine spezialisierte Ausbildung absolviert. In Österreich und Deutschland muss eine formale Ausbildung abgeschlossen werden, um als Hebamme tätig sein zu können. In Guatemala hingegen werden Frauen von übernatürlichen Kräften als Hebammen auserwählt, unabhängig von ihren persönlichen Wünschen.

Weiters sind *Ilonel* für den gesamten Prozess von Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge zuständig, während die Aufgaben der *Dais* auf die Zeit der Geburt reduziert sind. In Österreich und Deutschland sind Hebammen per Gesetz für die Betreuung der Frau von der Frühschwangerschaft bis zum Wochenbett zuständig, in der Praxis ist aber der Großteil der österreichischen und deutschen Hebammen nur im Bereich der Geburt tätig.

2.3 Anthropology of Birth at Home

In diesem Kapitel gehe ich auf die kulturelle Dimension von Schwangerschaft und Geburt „at home“ – in den USA, Kanada und Deutschland – ein. Denn auch die Konzepte und Praktiken der Biomedizin sind als Produkt bestimmter historischer und kultureller Prozesse zu verstehen. Zuerst behandle ich die Konstruktion von

Körper und Geburt in den USA. Danach zeige ich, wie Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft in verschiedenen kulturellen Kontexten eine unterschiedliche Bedeutung zugeschrieben wird.

Zur Konstruktion des Körpers als Maschine

Wie am Beispiel der Geburt sichtbar, ist kein biologischer Vorgang rein biologisch zu begreifen. Vielmehr ist jeder biologische Prozess auch kulturell geformt.⁸ Das damit zusammenhängende Verständnis vom eigenen Körper ist das Ergebnis von Entwicklungen, die historische, ökonomische und politische Prozesse umfassen. Das Verständnis von Körper beeinflusst den Umgang einer Gesellschaft mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die amerikanische Kulturanthropologin Emily Martin untersuchte das in Europa und den USA vorherrschende Körper- und Geburtsverständnis aus feministischer Perspektive.⁹ Martin geht von der Unterdrückung der Frau durch eine männliche kapitalistische Definition von Körper und Geburt aus. Ziel ihrer Untersuchung war, herauszufinden, ob Frauen die vorherrschenden naturwissenschaftlichen Theorien in ihre persönlichen Vorstellungen von „Körper“ integriert haben und inwiefern sie sich dessen bewusst sind (vgl. Martin 1987: 41). Dabei interessierte sie besonders, wie diese Vorstellungen und das Wissen über körperliche Vorgänge von gesellschaftlichen Bedingungen beeinflusst sind (vgl. Martin 1987: 19). Sie untersuchte medizinische Lehrbücher sowie Beiträge der Frauengesundheitsbewegung und führte Interviews mit Frauen durch (vgl. Martin 1987: 29).¹⁰

Martin verwendet die Metapher des Körpers als Maschine: Im 16. und 17. Jahrhundert entstand die Auffassung von der Gebärmutter als Maschine, die in engem Zusammenhang mit dem Aufkommen von mechanischen geburtshilflichen Hilfsmitteln wie der Geburtszange steht. Ausgehend davon untersuchte Martin Parallelen zwischen Fabrikproduktion und menschlicher Fortpflanzung, die in

⁸ So sind beispielsweise das prämenstruelle Symptom und die Menopause westliche Phänomene, die in anderen kulturellen Kontexten anders oder gar nicht bekannt sind (vgl. Martin 1987: 27).

⁹ Emily Martin untersuchte weiters Vorstellungen von Menstruation und Menopause, die ähnlich beeinflusst sind, die ich aber hier nicht berücksichtigen werde.

¹⁰ Martin interviewte 165 Frauen verschiedener Altersgruppen, Klassenzugehörigkeit sowie ethnischer Zugehörigkeit. Sie versuchte eine Analyse entlang dieser Unterscheidungskriterien, auf deren Ergebnisse ich hier nicht eingehen werde.

medizinischen Lehrbüchern zu finden sind. Sie verglich die in den 1980er Jahren vorherrschende programmierte Geburt mit den Phasen eines Produktionsprozesses, in dem die Gebärmutter effiziente Arbeit leisten muss. Bei der programmierten Geburt ist für jede Geburtsphase eine bestimmte Zeitspanne vorgesehen. Falls diese überschritten wird, ist ärztliches Eingreifen bis hin zum Kaiserschnitt vorgesehen (vgl. Martin 1987: 82).

In den medizinischen Lehrbüchern des 20. Jahrhunderts wird die Gebärmutter als unwillkürlicher Muskel dargestellt, wodurch die Frau beim Geburtsprozess in den Hintergrund tritt. Sie ist in diesem Zusammenhang „passive Gastgeberin für den die Kontraktionen erzeugenden Uterus“ (Martin 1987:82) und kann die Wehen nicht beeinflussen. Der Arzt als Kontrolleur im Produktionsprozess kümmert sich um das Kind als Produkt. Als bestes Produktionsverfahren gelte eine Entbindung per Kaiserschnitt, bei der der Arzt das Management der Geburt ganz übernimmt und der Uterus keine Arbeit leisten muss (vgl. Martin 1987: 86f).¹¹

So wie ArbeiterInnen zunehmend durch Maschinen ersetzt und aus dem Produktionsprozess verdrängt wurden, rückte auch die Frau bei der Geburt in den Hintergrund. Im Vordergrund stand beispielsweise die Messung der kindlichen Herztöne mittels CTG.¹² Viele Frauen berichteten, dass ÄrztInnen den Ergebnissen der CTG-Überwachung große Aufmerksamkeit schenkten, während sie die Frauen selbst vernachlässigten. Auch die Formulierungen in geburtshilflichen Lehrbüchern lassen Martin auf ein zunehmendes Verschwinden der Frau im Geburtsprozess schließen, da sie meist nicht direkt erwähnt wird.¹³ Bei der In-Vitro-Fertilisation findet die Befruchtung außerhalb des Körpers der Frau statt, sie diene lediglich der Bereitstellung der nötigen Rohstoffe (vgl. Martin 1987: 177ff).

Martin untersuchte weiters, wie Frauen über ihren Körper sprechen. In ihrer Analyse der dabei transportierten Vorstellungen, die Frauen von ihrem Körper

¹¹ Im Englischen hat das Wort *labor* eine Doppelbedeutung. Es bedeutet sowohl Wehe als auch Arbeit.

¹² Mittels CTG (Kardio-Toko-Gramm) können während der Geburt die Herztätigkeit des Kindes und die Wehentätigkeit der Frau überwacht werden.

¹³ Es dominieren meist passive Formulierungen. Ein Beispiel dafür ist folgender Satz aus *Williams Obstetrics* (1950), eines der wichtigsten Lehrbücher der damaligen Zeit: „Unter Wehenarbeit wird eine Reihe von Prozessen verstanden, durch die die reifen oder fast reifen Produkte der Empfängnis aus dem Körper der Mutter ausgestoßen werden“ (Eastman 1950 zit. nach Martin 1987:179). Hier wird das Kind als Produkt eines Produktionsprozesses und die Mutter in passiver Position deutlich.

haben, ist ein Bild besonders dominant: Das Selbst, das vom Körper getrennt ist. Frauen sprechen von der Geburt als etwas, das mit ihnen geschieht. Die Wehen bei der Geburt passieren und werden als vom Körper getrennt wahrgenommen. Der Körper muss kontrolliert werden. Am deutlichsten wird die Aufspaltung von Körper und Selbst beim Kaiserschnitt erlebt (vgl. Martin 1987: 101).

Martin bringt das starke Gefühl der Trennung der Frauen mit der Aufspaltung des Lebenszusammenhanges in Arbeitsbereich und Privatbereich im 19. Jahrhundert in Verbindung.¹⁴ Dieser Prozess führte zu einer Entfremdung von bisher als Einheit wahrgenommenen Elementen. Auch in der Medizin wird eine Auflösung der personalen Einheit, beispielsweise durch die Transplantationsmedizin, vorangetrieben (vgl. Martin 1987: 31ff).

Die Trennung von Körper und Selbst, die Unwillkürlichkeit der Kontraktionen und die Geburt als Produktionsprozess sind also Vorstellungen, die die Wahrnehmung der Frauen beeinflussen, ihnen aber meist nicht bewusst sind. Martin meint, dass die von ihr befragten Frauen zwar die beschriebenen Widersprüche wahrnehmen, sich ihrer aber nicht bewusst wären (vgl. Martin 1987: 114f).

Selten verwendeten Frauen Ausdrucksweisen, die auf eine Einheit zwischen dem Selbst der Frauen und ihrem Körper, ihrer Menstruation oder ihren Wehen hinweisen. In einzelnen Beiträgen der Frauengesundheitsbewegung wurde die Einheit der körperlichen Prozesse und des Selbst propagiert und das Bild, Frauen „tun“ Geburt, vermittelt. In einem Großteil der Beiträge war aber der Einfluss der naturwissenschaftlichen Theorien sichtbar. Auch wenn die Frauengesundheitsbewegung gegen medizinische Definitionen und Praktiken auftrat, verwendete sie häufig gerade die Formulierungen dieser Denktraditionen (ebd.).

Ausgehend von der Metapher von Fortpflanzung als Produktionsprozess, bei der Frauen kontrolliert werden wie Arbeiterinnen, suchte Martin nach Formen des Widerstandes von Frauen (vgl. Martin 1987: 170). Das Bewusstsein der Frauen über ihre Unterdrückung durch ein „von außen übergestülptes technologisches Modell eines Produktionsprozesses“ (Martin 1987: 217) war bei den von ihr befragten Frauen verschieden stark ausgeprägt.

¹⁴ Dies geschah besonders während der Entwicklung kapitalistischer Gesellschaften.

Martin geht auf folgende Arten des Umganges mit der Unterdrückung durch die vorherrschende Definition von Körper näher ein: Akzeptanz, Lamentieren, Nichthandeln, Sabotage, Widerstand, Rebellion (vgl. Martin 1987: 220ff). Sie berichtet beispielsweise von einer Frau, die ihre Aufnahme ins Spital möglichst lange hinauszögerte. Vor dieser Geburt hatte sie bereits einen Kaiserschnitt hinter sich. Sie befürchtete, dass sie wieder per Kaiserschnitt entbinden müsste, falls die Geburt nicht schnell genug ablaufen würde. Aus diesem Grund verheimlichte sie ihre Wehen gegenüber ihrem Arzt, ihrem Ehemann und ihren Eltern, mit denen sie zusammenlebte. Erst als die Presswehen begannen, fuhr sie ins Krankenhaus (vgl. Martin 1987: 172f). Wie diese Frau berichteten viele davon, dass sie möglichst lange zu Hause blieben, um dem Druck der klinischen Regeln zu entgehen (ebd.).

Akzeptanz, Lamentieren und Nichthandeln sind häufige Formen des Umganges der Frauen mit ihnen widerstrebenden klinischen Regelungen. Als Sabotage bezeichnet Martin Handlungen, die eine Sache verhindern, aber nicht entdeckt werden sollen. Dazu zählt das vorschriftswidrige Essen und Trinken während der Wehen, das Abschalten der Monitore und langes Duschen oder Spaziergehen, wodurch keine CTG-Kontrolle mehr möglich war. Rebellion als organisierte Form von Widerstand wurde von den Frauen in den Interviews nicht berichtet (ebd.).

Martins Studie ist für diese Arbeit bedeutsam, weil sie zeigt, dass das in der westlichen Biomedizin vorherrschende Körperkonzept als Ergebnis bestimmter historischer und kultureller Prozesse zu deuten ist. Es handelt sich um die Konstruktion von Körperlichkeit durch die in der medizinischen Lehrmeinung vertretene Auffassung des Körpers als Maschine. Im Verständnis der von Martin befragten Frauen vom eigenen Körper und der verschiedenen körperlichen Prozesse, insbesondere der Geburt, spiegeln sich weiters Konzepte aus Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft wider und machen das System der sozialen Herrschaft und Kontrolle deutlich.

Der Ultraschall in der Schwangerschaft als kulturelles Phänomen

Durch den Einsatz des Ultraschalls wird der Blick ins Innere des Körpers möglich. Nicht mehr das Spüren der körperlichen Veränderungen steht im Vordergrund,

sondern der Blick über den Bildschirm, in den Körper. Damit bekommt der Fötus einen neuen Stellenwert.¹⁵

Bis ins 17. Jahrhundert wusste man wenig über die Entwicklung des Fötus im Mutterleib. Auf Abbildungen dieser Zeit sind Föten im Mutterleib oft als vollständig entwickelte Kinder zu sehen. Im Zuge anatomischer Untersuchungen erweiterten sich die Kenntnisse vom Entwicklungsprozess des Fötus. Im 19. Jahrhundert war das Arbeiten mit präparierten Föten fixer Bestandteil der medizinischen Ausbildung in den deutschen Universitäten. Parallel dazu wurde das Berühren vom Sehen als Diagnosemethode verdrängt. Die Untersuchungsmethoden der Hebammen beruhen auf Ertasten und Berühren mit den Händen, männliche Ärzte aber durften in Deutschland des 16. Jahrhunderts derartige Untersuchungen nicht durchführen. Durch die Entwicklung des Spekulum jedoch wurde es ihnen möglich, schwangere Frauen zu untersuchen, ohne sie dabei zu berühren. Den Hebammen ging dabei das Privileg der vaginalen Untersuchung verloren (vgl. Erikson 2007: 193ff).

Durch die 1965 im Life-Magazin veröffentlichten Bilder von Föten von Lennart Nilson rückten diese von einer begrenzten medizinischen in die öffentliche Wahrnehmung (vgl. Erikson 2007: 210).

Heute sind Untersuchungen des Ungeborenen mit Hilfe von Ultraschall ein nicht mehr wegzudenkender Bestandteil der Schwangerenvorsorge. 1979 führte Deutschland als erstes Land die verpflichtende Ultraschalluntersuchung ein und ist heute eines der Länder, das die höchsten Untersuchungsraten ausweist (vgl. Erikson 2007: 187f).

Die amerikanische Kulturanthropologin Susan Erikson untersuchte am Beispiel Deutschlands, wie der Blick in die Gebärmutter der Frau zu einem Selbstverständnis wurde, das aus der heutigen Schwangerenvorsorgen nicht mehr wegzudenken ist. Sie fand in ihrer Untersuchung heraus, dass Frauen in Deutschland die Ultraschalluntersuchungen sehr gerne in Anspruch nehmen. Ultraschalluntersuchungen werden nicht vordergründig als Diagnoseinstrument gesehen, sondern als Möglichkeit, Kontakt zum noch ungeborenen Kind zu finden.

¹⁵ Ultraschalluntersuchungen dienen der Bestimmung des Gestationsalters (Schwangerschaftsalter), der Kontrolle des fetalen Wachstums und dem Erkennen von Wachstumsstörungen, Makrosomie (Das Kind ist sehr groß und dick) und unterschiedlicher Fehlbildungen (vgl. Stiefel 1998: 493f).

Der von werdenden Eltern häufig verwendete Begriff „Babyfernsehen“ macht den Unterhaltungswert der Ultraschalluntersuchungen deutlich. ÄrztInnen hingegen beklagten, das Vergnügen würde die werdenden Eltern den Sinn der Untersuchungen vergessen lassen. Denn für sie dienen diese dem Auffinden von Anormalitäten und Missbildungen des Fötus (vgl. Erikson 2007: 210ff).

Auf diesen Aspekt weisen auch Lisa Mitchell und Eugenia Georges (2000) hin. Sie untersuchten das Erleben von Ultraschalluntersuchungen durch werdende Eltern in Kanada und Griechenland. Ausgehend von Donna Haraways Konzept des *Cyborgs* sprechen die Autorinnen vom *cyborg fetus of ultrasound imaging*.¹⁶ Dieser Begriff bezeichnet „the mode of knowing and feeling the fetus through the coupling of human and machine“ (Mitchell/ Georges 2000: 384). Die Autorinnen fokussierten in ihrer Studie das Verständnis und den Umgang mit dem *cyborg fetus* in spezifischen kulturellen Kontexten und begreifen ihn somit als kulturelles und historisches Konstrukt (vgl. Mitchell/ Georges 2000: 385).

In Kanada sind Ultraschalluntersuchungen ein wesentlicher Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Häufig werden dem Fötus aufgrund seines Verhaltens während der Untersuchung Persönlichkeitsmerkmale zugesprochen, und so eine Verbindung zu den werdenden Eltern oder den Untersuchenden hergestellt. Durch solche Äußerungen über seine Persönlichkeit und Ähnlichkeiten zu den Eltern findet eine Personifizierung des Fötus statt: „The ultrasound image is made culturally meaningful as a „baby““ (Mitchell/Georges 2000: 387).

Frau und Fötus werden nicht mehr als Einheit wahrgenommen, sondern der Fötus bekommt den Status eines selbständigen Individuums. Dies hat die Konsequenz, dass dem Fötus eigene Rechte zugesprochen werden, wie am Beispiel gerichtlich angeordneter Kaiserschnitte deutlich wird (ebd.).

Nach Mitchell und Georges komme es durch die Projektion des Körperinneren nach Außen gleichzeitig zur Auslöschung der körperlichen Grenzen. Das Wissen der Frau über und durch ihren Körper ginge verloren. Für die meisten Frauen steht allerdings die Möglichkeit, ihr Kind zu sehen, im Vordergrund, als ob erst die Visualisierung die Schwangerschaft bestätigen würde

¹⁶ *Cyborg* ist die Abkürzung von *cybernetic organism*. *Cyborgs* sind „Hybride aus Maschine und Organismus“ (Haraway 2007: 239) und entspringen den vorherrschenden Wissenschafts- und Technologieformen.

(vgl. Mitchell/Georges 2000: 388f). Durch die Übertragung der Bewegungen in Echtzeit wird das Gefühl von direktem Kontakt vermittelt. Wenige beklagten den autoritären Status des Ultraschalls, wodurch die Bewegungen gesehen werden können, bevor die Frau sie noch spüren kann. Auch die zusätzliche Überwachung der Frau durch die häufigen Ultraschalluntersuchungen wurde nur selten kritisiert (ebd.).

Die Rolle des/ der Untersuchenden besteht weiters darin, zwischen Frau und Fötus sowohl auf einer körperlichen als auch auf einer emotionalen Ebene zu vermitteln. So wurde der Ultraschall oft als Möglichkeit gesehen, eine emotionale Bindung zwischen dem Fötus und der Frau herzustellen (vgl. Mitchell/Georges 2000: 391). Während der Ultraschall also zuerst zur konzeptionellen Trennung zwischen Frau und Fötus beiträgt, wird ihm im Weiteren eine wichtige Rolle in der Wiederausammenführung beider Teile zugesprochen (ebd.).

Wie auch in Deutschland ist der Fötus in der nordamerikanischen Öffentlichkeit als „sozialer Akteur“ sehr präsent. Er spielt als Teil von Filmen und Werbung eine Rolle in der Unterhaltung sowie in politischen Debatten über die Abtreibung (vgl. Mitchell/Georges 2000: 400).

In Griechenland hingegen ist das lokale Wissen über Schwangerschaft und Geburt nicht völlig vom biomedizinischen Zugang ersetzt worden. Die Ultraschalluntersuchung ist, wie in Kanada, eine häufig durchgeführte und von den Frauen gewünschte Untersuchung. Dabei steht die Unversehrtheit des Fötus im Vordergrund. Weiters wird die Schwangerschaft durch die Ultraschalluntersuchung zur Realität. Anders als in Kanada jedoch wird die mögliche Persönlichkeit des Fötus während der Untersuchung nicht thematisiert. Der Fötus wird nicht als autonomes Subjekt mit Rechtsansprüchen wahrgenommen, seine Persönlichkeit entsteht erst durch soziale Beziehungen. Auf die unterschiedliche Wahrnehmung des Fötus weist auch der Umgang mit der Abtreibungsfrage hin: Die griechische Anti-Abtreibungsbewegung hat weit weniger Zulauf und einen kleineren Wirkungskreis als die nordamerikanische. Auch werden in Griechenland weit mehr Abtreibungen durchgeführt als in Kanada (vgl. Mitchell/Georges 2000: 400).

Der Ultraschall wird als unverzichtbarer Teil der modernen Geburtshilfe gesehen. Auch die Inanspruchnahme von Ultraschalluntersuchungen durch die Frau wird als modernes Verhalten gedeutet. Als Symbol für Modernität und die

Zugehörigkeit zu Europa hat er händische Untersuchungsmethoden, wie sie in Kanada noch angewendet werden, vollständig ersetzt (vgl. Mitchell/Georges 2000: 395ff).

Die *Cyborgification*, die Herstellung des *cyborgs* durch die Verbindung von Mensch und Maschine, beeinflusst das lokale Verständnis von Schwangerschaft und Geburt. Gleichzeitig zeigten die Autorinnen, dass der Ultraschall nicht als universelle Technologie zu verstehen ist, sondern dass diesem im jeweiligen kulturellen Kontext unterschiedlich Bedeutung zugemessen wird. Während in Kanada die Individualität des Fötus und die Verantwortung der Mutter für ihr ungeborenes Kind im Vordergrund steht, schafft die Ultraschalltechnologie in Griechenland Modernität und wurde so zu einem unverzichtbaren Teil jeder Schwangerenvorsorge.

3 Das Konzept von *Authorative Knowledge*

Wie ich in Kapitel 1.2 schon dargestellt habe, bezeichnet Jordans Konzept von Autoritärem Wissen eine Wissensform, die in einem Setting autoritären Status erlangt hat. Dies geht häufig mit der Abwertung anderer Wissensformen einher. Das Autoritäre Wissen wird zum Maßstab jeglicher Handlungen und Bewertungen und wird von den TeilnehmerInnen reproduziert. Wie zeigt sich die Dominanz von bestimmten Wissensformen laut Jordan nun in der Praxis?

Brigitte Jordan bezieht sich in ihrer Analyse auf die US-amerikanische Geburtshilfe, innerhalb derer verschiedene Wissensformen hierarchisch angeordnet sind. Medizinisches Wissen hat einen höheren Stellenwert als andere Formen von Wissen und wertet diese ab. In der konkreten Situation der Geburt werden nicht-medizinisches Wissen, insbesondere die Erfahrungen der Frau und das Wissen über ihren Körper von den Teilnehmenden nicht akzeptiert. Auch die Frau selbst bewertet medizinisches Wissen höher als ihr eigenes. Meist wird diese hierarchische Anordnung von den Anwesenden nicht hinterfragt (vgl. Jordan 1997: 61). Entsteht Widerstand gegen diese autoritäre Form von Wissen, werden die vorherrschenden Machtverhältnisse besonders deutlich. Durch von der Frau ungewollte, vom Gericht angeordnete Kaiserschnittgeburten wird Autoritäres Wissen von rechtlicher Seite exekutiert (vgl. Jordan 1987).

Als Beispiel für die hierarchische Anordnung verschiedener Wissensformen in der US-amerikanischen Geburtshilfe und den Einfluss von Technologie und sozialer Interaktion auf die Bildung dieser Ordnung, analysiert Jordan die Austreibungsphase einer Geburt.¹⁷ Diese Geburt wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes, das zwischen 1986 und 1989 durchgeführt wurde, visuell aufgezeichnet (Jordan 1997: 61ff). Ich möchte mich auf ihre detaillierte Analyse beziehen und so ihr Konzept von Autoritärem Wissen deutlich machen.

Jordan beschreibt den Kreißsaal, in dem eine Frau ihr erstes Kind gebär, als hoch-technologisierten Kreißsaal. Neben der Gebärenden war der Mann der

¹⁷ Die Austreibungsphase ist die letzte Phase der Geburt. Sie beginnt, wenn der Muttermund vollständig geöffnet ist (vgl. Geist/Harder/Stiefel 2007: 263f).

Frau anwesend, weiters eine Krankenschwester, die die Frau betreute, und eine weitere Schwester, die die Videokamera bediente. Später kamen ein Arzt und zwei Studierende der Medizin hinzu (ebd.).

Der in Jordans Analyse zentrale Punkt ist, dass die Geburt erst durch die Legitimierung des Arztes in die nächste Phase übergehen durfte. Obwohl die gebärende Frau deutlich spürte, dass ihr Baby bereit war, geboren zu werden, wurde sie von der Schwester angewiesen, noch nicht zu pressen. Gemeinsam machten beide Atmungs- und Entspannungsübungen, um die Geburt hinauszuzögern. Da auch die Schwester der Meinung war, dass die Geburt beginnen konnte, verließ sie den Raum, um den zuständigen Arzt zu suchen. Eine Studentin der Medizin, die hinzugekommen war, untersuchte die Frau ohne ihre Miteinbeziehung, konnte aber den Grad der Öffnung der Gebärmutter nicht feststellen. Schließlich betrat der Arzt den Raum, widmete sich den CTG-Ergebnissen und verlautbarte schließlich, dass die Frau bereit wäre zu pressen. Dabei richtete er sich an die Schwester, die den ärztlichen Beschluss an die Frau weitergab. Daraufhin wurde das Kind geboren (ebd.).

Im Sinne von Jordans Interpretation kann nur der Arzt entscheiden, wann die Frau zum Pressen bereit ist. Es geht also nicht um die Information, dass die Frau bereit ist zu pressen, sondern um die Verlautbarung dieser Information durch eine bestimmte Person. Erst durch die Legitimierung des Arztes wird sie zu Autoritärem Wissen. Das Wissen der Frau über ihre körperliche Erfahrung sowie das Wissen aller anderen Anwesenden hat keinen Einfluss auf die Entscheidung des Arztes (ebd.).

Der Status des biomedizinischen Wissens in der Figur des Arztes zeigte sich auch besonders im Umgang mit der Frau, da die soziale Interaktion in dieser Situation fast gänzlich ohne ihre Miteinbeziehung stattfand. Der Arzt und die Studierenden der Medizin stellten sich beispielsweise nicht vor, als sie den Raum betraten. Weiters kommunizierte der Arzt nie direkt mit der Frau, und die Interaktion mit der Schwester hatte hauptsächlich das Hinauszögern des Pressens zum Ziel. Auch die Vorbereitung zur Geburt fand ohne die Miteinbeziehung der Frau statt. Weil sie sich aber an die Anweisungen der Schwester hielt und versuchte, nicht zu pressen, wurde sie von den Anwesenden als „gute Patientin“ wahrgenommen (vgl. Jordan 1997: 70f).

Jordan weist in ihrer Analyse der US-amerikanischen Geburtshilfe den verwendeten Technologien eine besondere Bedeutung zu. Denn Technologien könnten die Beziehungen zwischen Menschen strukturieren und denen, die sie bedienen können und dürfen, Macht und Status verleihen. Der Vorrang des medizinischen Wissens gegenüber anderen Formen von Wissen basiert unter anderem auf Technologien, die von der Schwester und dem Arzt interpretiert werden, und auf Basis derer die gewählte Vorgangsweise legitimiert wird. Dies alles zeigt den Ausschluss der Frau und ihre Position am untersten Ende der Hierarchie. Die Entscheidungen werden vom Arzt als Vertreter von Autoritärem Wissen getroffen. In der beschriebenen Geburtssituation nimmt das CTG eine besondere Rolle ein. Die Schwester maß den CTG-Ergebnissen mehr Bedeutung zu als den Empfindungen der gebärenden Frau. Diese wurde nicht zu ihren Gefühlen befragt, sondern musste sich vielmehr den CTG-Ergebnissen unterordnen (ebd.).

Hier muss allerdings der zeitliche Kontext dieser Geburt berücksichtigt werden. Denn die Position der Frau im Geburtsprozess hat sich seit den 1980er Jahren deutlich verändert. Jordans erklärtes Ziel ist eine horizontale Anordnung verschiedener Wissensformen in der Geburtssituation: „What we need to think about is how we can move from a situation in which authoritative knowledge is hierarchically distributed into a situation (...) in which all the participants in the labor and birth contribute to the store of knowledge on the basis of which decisions are made“ (Jordan 1997: 72). Somit sollen die Erfahrung und das Wissen der gebärenden Frau biomedizinischem Wissen gleichwertig sein. Inwiefern Frauen die stattfindende Geburtshilfe auf Basis von biomedizinischem Wissen überhaupt ablehnen oder gutheißen, wird in Jordans Analyse jedoch nicht berücksichtigt.

Jordans Konzept wirft Fragen auf: Wie werden in Situationen, in denen verschiedene Wissensformen gleichwertig sind, Entscheidungen getroffen? Weiters ist aus Jordans Konzept nicht zu erkennen, wie die von ihr angestrebte horizontale Verteilung von Wissensformen erreicht werden kann.

Jordan beschreibt Autoritäres Wissen als Zustand und abgeschlossenen Wissenskomplex. Autoritäres Wissen erscheint den Mitgliedern einer Gesellschaft als naturgegeben und wird von ihnen reproduziert. Sie geht nicht auf jene

Prozesse ein, durch die bestimmte Wissensformen autoritären Status erlangen und alternative Formen von Wissen um ihren Status in einer Gesellschaft kämpfen. Weiters möchte ich die Darstellung von Autoritärem Wissen als ein abgeschlossener, undurchlässiger Komplex an Wissen, der klar von anderen Wissensformen zu trennen ist, hinterfragen. Ist es nicht vielmehr so, dass in der Praxis verschiedene Wissensformen ineinander übergehend erscheinen können und sich gegenseitig ergänzen, auch wenn eine Form davon dominanten Status erhält? Ist es nicht weiters so, dass diese Wissensformen einem ständigen Wandel ausgesetzt sind?

Letztlich, wenngleich Jordan biomedizinisches Wissen kritisch hinterfragt, untersucht sie nicht, wie bestimmte Praktiken in anderen kulturellen Kontexten ebenso zu sozialen Ungleichheiten führen (vgl. Van Hollen 1994: 503).

Wie können nun **Hebammen** in Jordans Konzept verortet werden?

In ihrem Artikel „*Authoritative Knowledge and its construction*“ geht sie auf die Rolle der Hebammen in Zusammenhang mit Autoritärem Wissen nicht ein. Sie erwähnt lediglich traditionelle Hebammen in Yucatan, wo ein für alle TeilnehmerInnen der Geburt gemeinsamer Komplex an Wissen existiere. In dieser horizontalen Wissensanordnung würde die Hebamme keine autoritäre Position einnehmen (vgl. Jordan 1997: 60).

In der Geburtshilfe Österreichs und Deutschlands würde, nach Brigitte Jordans Konzept von Autoritärem Wissen, das biomedizinische Wissen einen autoritären Status einnehmen. Als solches dient es als Grundlage jeglichen legitimen Handelns und Urteilens. Ein Beispiel für die Abwertung alternativer Handlungsweisen durch Autoritäres Wissen ist die häufige Darstellung von Hausgeburten als gefährlichen Entbindungsmodus von ärztlicher Seite.

Hebammen in Österreich und Deutschland befinden sich meines Erachtens nun an der Schnittstelle zwischen biomedizinischem und hebammenspezifischem Wissen. Die Ausbildung zur Hebamme ist biomedizinisch ausgerichtet und orientiert sich an den Standards dieser Form von Autoritärem Wissen. Sowohl die Arbeit angestellter als auch freiberuflicher Hebammen wird im Klagefall an biomedizinischen Normen gemessen.

In den Interviews wurde jedoch deutlich, dass sich meine Interviewpartnerinnen immer wieder von vorherrschenden geburtshilfflichen

Praktiken distanzieren. Durch eine Ausweitung von Hebammenforschung, wie sie beispielsweise in Großbritannien bereits etabliert ist, sollen in Zukunft vermehrt Studien zur Wirkung verschiedener geburtshilflicher Techniken und möglicher Alternativen von Hebammen durchgeführt werden. In Österreich soll Hebammenstudentinnen in ihrer Ausbildung zu diesem Zwecke wissenschaftliches Arbeiten vermittelt werden. Eine meiner Interviewpartnerinnen, Miriam Koloko, war in den Prozess der Umstellung der Hebammenakademien in Fachhochschulen involviert. Sie unterstützt die Akademisierung der Hebammenausbildung, ist aber vorsichtig mit ihren Prognosen in Bezug auf die Umsetzung neuer Erkenntnisse, die sich gegen verbreitete Praktiken wenden. In folgendem Fall treten ÄrztInnen als VertreterInnen des biomedizinischen Autoritären Wissens auf.

Miriam Koloko: „Aber ich erhoff mir jetzt da nicht so wahnsinnig viel, weil wir haben natürlich schon sehr viel Hebammenforschung. Es gibt schon vieles, was erforscht ist, was so Hebammenarbeit auch betrifft, und ich sehe einfach, dass ganz wenig davon umgesetzt wird. (...) Das heißt, da gibt's zum Beispiel gute Ergebnisse, die in großen Kliniken im Rahmen eines Forschungsprojektes angeschaut worden sind, die kostengünstiger wären, die weniger operative Geburtshilfe hervorrufen. Und es wird nicht umgesetzt.“ (Miriam Koloko, A)

I: „Woran happerts da?“

„Also die Ärzte haben kein Interesse daran. Und es wird alles von den Ärzten entschieden, noch ist es so, ja? Also (...) da gibt's eine Studie, da hat man geschaut, wenn man Frauen nicht mit einem Wehenmittel einleitet, sondern mit so ätherischen Ölen, die man auf ein Tampon gibt, also so Nelkenöl, und andere stimulierende Dinge, ob dann auch die Geburt losgeht. Und da hat man einfach gesehen, die Geburt geht super los. Also ganz gute Ergebnisse, den Kindern geht's viel besser, wie bei den eingeleiteten Geburten, die Frauen erleben nicht so dramatisch. [Und] so ein Gel kostet, weiß nicht, das kostet 200€ pro Frau. Und so ein Tampon kostet vielleicht 5€, alles in allem. Das heißt auf allen Ebenen eigentlich nur Gewinn, und das wird nicht umgesetzt. [Für die Ärzte] ist das uninteressant. Es wird nicht ernst genommen: „Wir nehmen unser Prostaglandin!““ (Miriam Koloko, A)

Hebammenspezifisches Wissen hält also nicht automatisch autoritären Status, selbst wenn es wissenschaftlich untermauert ist. Dies beobachten meine Interviewpartnerinnen in ihrer alltäglichen Arbeit.

Intuition als Autoritäres Wissen?

Auf der Grundlage des von Brigitte Jordan formulierten Konzeptes von Autoritärem Wissen untersuchten Robbie Davis-Floyd und Elisabeth Davis Intuition als Quelle

von Autoritärem Wissen. Im Fokus ihrer Untersuchung standen US-amerikanische Hebammen, die freiberuflich tätig sind und Hausgeburten begleiten.

Intuition „refers to our experience of the results of deep cognitive processes that occur without conscious awareness and cannot be logically explained or reproduced“ (Davis-Floyd/Davis 1997: 318). Im mechanistischen Weltbild des vorherrschenden biomedizinischen Modells stehen hingegen bewusste Erfahrungsprozesse, die logisch und methodologisch begründet werden, im Vordergrund. Somit kann Intuition im biomedizinischen Modell keine Quelle von Autoritärem Wissen darstellen (ebd.).

In der von Davis-Floyd und Davis durchgeführten Untersuchung machten Hebammen aber die Wichtigkeit von intuitivem Handeln als Aspekt ihres holistischen Zuganges deutlich. Sie hoben besonders die Bedeutung von physischer, emotionaler, intellektueller und psychischer Verbundenheit auf allen Ebenen hervor. Die Verbundenheit der Hebamme zur Frau, die wichtig für intuitives Handeln ist, hängt von der inneren Verbundenheit der Hebamme mit sich selbst ab. So betonten die Hebammen die Notwendigkeit einer Öffnung gegenüber sich selbst und der Frau, um auf einer intuitiven Ebene wahrnehmen zu können. Verschließt sich eine Hebamme ihrer inneren Stimme, muss sie allein auf Basis ihres intellektuellen Wissens agieren (Davis-Floyd/Davis 1997: 324ff).

Intuition wurde unterschiedlich lokalisiert. Sie sitze im Körper, wird als inneres Wissen wahrgenommen und habe eine spirituelle Dimension. Intuition ist demnach Teil von Körper, Psyche und Seele, aber klar von Rationalität zu trennen (ebd.).

Die innere Stimme der Intuition könne nicht falsch liegen. Die Kunst liege jedoch darin, innere Zweifel über eine Situation von intuitiver Wahrnehmung trennen zu können (ebd.).

In vielen Fällen müssten sich Hebammen zwischen medizinischen Vorgaben und ihrer Intuition entscheiden. Gegenüber der Pathologisierung von abweichenden Prozessen in der Biomedizin orientierten sich Hebammen am individuellen Geburtsrhythmus der Frau. Obwohl ihr Handeln also den Gebrauch von Intuition als Autoritäres Wissen spiegelt, geschieht dies auf einer informellen Ebene. Intuition wird nicht offiziell als Quelle von Autoritärem Wissen anerkannt. Sie wird von den Hebammen aus der Einzigartigkeit jeder Situation heraus erklärt (vgl. Davis-Floyd/Davis 1997: 337).

Somit stünde Autoritäres Wissen in Form von biomedizinischem Wissen dem holistischen Zugang der Hebammen gegenüber. Hebammen befinden sich im Spannungsfeld beider Pole. Selbst wenn sie Intuition als Quelle von Autoritärem Wissen ansehen, agieren sie in einem Feld, in dem nach den Regeln des biomedizinischen Paradigmas geurteilt wird. Abweichungen von vorgegebenen Normen tragen das Risiko ethischer, moralischer und rechtlicher Konsequenzen in sich (vgl. Davis-Floyd/Davis 1997: 317).

In Bezug auf die Rolle von Intuition gilt für Österreich und Deutschland Ähnliches wie in beschriebener Studie. Sie spielt nicht nur für Hausgeburtshebammen, sondern auch im klinischen Alltag eine Rolle, ist aber als Wissensquelle nicht anerkannt. Paula Matjes, die bereits sechzehn Jahre im selben Spital tätig ist, sieht Intuition als wichtigen Teil ihrer Arbeit. Sie warnt aber gleichzeitig vor einer Propagierung der Intuition vor anderen Berufsgruppen, da diese nicht als Teil des Autoritären Wissens gilt und somit die Arbeit der Hebammen als unprofessionell dargestellt werden könnte.

I: „Welche Rolle spielt Intuition für Sie?“

Paula Matjes: „Eine recht große. Ich glaube schon. Wobei das immer nichts so wirklich Greifbares ist, womit man wirklich argumentieren kann. Es ist was, was ich für mich nützen kann, aber viel weiter aber auch nicht. Da müssen sich Hebammen find ich sehr vor schützen, dass es immer dieses schöne, gute, nette Aura, alles schön und kuschelig, das wird nun nicht ganz so professionell. (...) Das ist nichts, womit man argumentieren kann vor anderen Berufsgruppen. Das find ich gefährlich. Aber eine Intuition braucht man schon. Ganz klar. Auf jeden Fall. Und wenn ich Hausgeburtshebammen sehe, dann bin ich noch mal erstaunt, was für eine gute Intuition die haben. Dass sie die Frauen rechtzeitig verlegen, bevor wirklich irgendwas Schlimmeres passiert, was dann vielleicht im Krankenhaus abläuft, ohne dass da aber Interventionen gelaufen sind, dass man sagen könnte, dadurch ist es so gekommen. Da bin ich doch schon immer wieder erstaunt.“
(Paula Matjes, D)

Sichtbar wird Autoritäres Wissen auch bei der Beurteilung von Hausgeburten, bei denen für Paula Matjes Intuition eine besondere Rolle spielt. Denn obwohl Hausgeburten in vielen Ländern, wie auch Österreich und Deutschland, von ärztlicher Seite häufig als gefährlich und verantwortungslos dargestellt werden, wurde ihre Sicherheit in vielen Studien gezeigt (Davis-Floyd/Davis 1997: 317). Die Ergebnisse der Studien wurden aber nicht Teil von Autoritärem Wissen.

Zuletzt möchte ich noch auf eine von Davis-Floyd und Davis beschriebene „neue“ Generation von Hebammen eingehen, die sie als postmoderne Hebamme bezeichnen. Diese postmodernen Hebammen “are educated, articulate, organized, political, and highly conscious of both their cultural uniqueness and their global importance“ (Davis-Floyd/Davis 1997: 320). Sie fordern die Konventionen der westlichen Medizin öffentlich heraus und stehen für die Bewahrung der Hebammentraditionen ein. Der Aufschwung der Hausgeburtshilfe in den USA und die Entstehung von Geburtshäusern wären Ergebnis eines politischen Engagements dieser kritischen Generation von Hebammen. Im Zuge der Professionalisierungstendenzen der *lay midwives* fordern diese die Anerkennung von Intuition als Quelle von Autoritärem Wissen (ebd.).

Das Entstehen der postmodernen Hebamme erklären die Autorinnen aus der spezifischen Geschichte der US-amerikanischen Hebammen heraus. In den 50er Jahren kam es zu einer Aufspaltung in *nurse-midwives* und *lay midwives*. *Lay Midwives*, die außerhalb der medizinischen Domäne arbeiteten, widersetzten sich dem Trend der Technisierung von Geburt. Sie entschieden sich für ein Wirken außerhalb der medizinischen Domäne (vgl. Davis-Floyd/Davis 1997: 319ff; mehr dazu in Kapitel 7.2). Das Phänomen der postmodernen Hebamme beschränke sich jedoch nicht auf die USA, sondern könne weltweit beobachtet werden (ebd.).

4 Diskurse rund um Schwangerschaft und Geburt

Die westliche Biomedizin ist ein komplexes Feld, in dem eine Vielzahl von AkteurInnen interagiert und das von verschiedensten Machtverhältnisse geprägt ist. Als solches war und ist sie Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen, die verschiedene Aspekte hervorheben. In diesem Kapitel gehe ich auf zwei Zugänge in der Analyse des biomedizinischen Systems ein: Auf die Medikalisierungskritik und den *Consumerism*-Ansatz. Davor noch ein kurzer Abriss über die jüngere Geschichte der Geburtshilfe:

Bis in die 1950er Jahre gebar ein Großteil der Frauen zu Hause. Durch verbesserte medizinische Möglichkeiten entwickelte sich die Klinikgeburt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einer Alternative zur Hausgeburt. Die Gründe für die Verlagerung des Geburtsortes vom eigenen Heim in die Klinik sind freilich vielfältig. Die von gesundheitspolitischer Seite forcierte Abwertung der Hausgeburt und der freiberuflichen Hebammen sowie die beengten Wohnverhältnisse in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sind nur einige Gründe (vgl. Pleiger/Egger 1985: 17ff).

Die Anzahl der Hausgeburten sank in rasantem Tempo. Während in Deutschland im Jahr 1903 nur 3% der Geburten in den Kliniken stattfand, waren es 1950 bereits 50%. 1975 gingen 99% aller Frauen zur Geburt in die Klinik (vgl. Schumann 2006: 135ff). Die tatsächliche Form der Geburtshilfe in der Klinik nahm allerdings erst in den 60er Jahren eine neue Entwicklung. Bis dahin stand in den Kliniken wie auch bei Hausgeburten das Prinzip der gekonnten Nicht-Intervention im Vordergrund (ebd.).¹⁸

Erst in den 60er Jahren veränderten neue Diagnosemethoden die geburtshilfliche Praxis nachhaltig. Mit Hilfe von Amnioskopie und der fetalen Blutanalyse konnte der Zustand des Fötus früher und genauer diagnostiziert

¹⁸ Beim Prinzip der gekonnten Nicht-Intervention steht geduldiges Abwarten im Vordergrund. Jede Intervention wird auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft, mit dem Ziel, unnötige Interventionen zu vermeiden.

werden.¹⁹ Dadurch wurde der Fötus zum Fokus des Geburtsgeschehens. Weiters kam es zu einer Neudefinition der „normalen“ Geburt. Orientiert an neuen medizinischen Normen und statistischen Durchschnittswerten setzte sich in den 70er Jahren das aktive Management der Geburt durch. Im Zuge der technisierten Geburt verlangte jede Abweichung von der definierten Norm eine Intervention. Dies führte zu steigenden Interventionsraten (ebd.).

In den 80ern setzte sich, beeinflusst durch die Technikkritik der Frauenbewegung, ein neues Modell der Geburtshilfe durch, das bis heute fortwirkt. Im Vordergrund steht die Frau, die über den Einsatz von Interventionen selbst bestimmen soll. Frauenfreundliche Veränderungen wie das Rooming-In, eine freundlichere Gestaltung der Kreißsäle, und die Begleitung der Frauen durch ihre Partner bei der Geburt setzten sich durch. Routinemäßig angewandte Eingriffe wie Dammschnitte und Einläufe wurden reduziert (ebd.). Häufig wird allerdings kritisiert, diese positiven Veränderungen seien oberflächlich und täuschten über die wahren Zustände rund um Schwangerschaft und Geburt hinweg (vgl. Schindele 1996: 59). Besonders die hohen Interventions- und Kaiserschnittraten stehen im Zentrum der Kritik.

4.1 Medikalisierung und Technisierung von Schwangerschaft und Geburt

Im Zuge der Kritik an der stattfindenden Geburtshilfe werden häufig die Begriffe der Medikalisierung und Technisierung genannt. Nach Peter Conrad bezeichnet **Medikalisierung** einen Prozess, „by which non-medical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders“ (Conrad 1992: 209). Phänomene, die ursprünglich als „normal“ beurteilt wurden, rücken als behandlungsbedürftige Probleme in den Bereich der Medizin. Diese erlangt so das Definitionsmonopol über diese Phänomene. Die alltägliche Wahrnehmung werde so von medizinischen Normen durchdrungen (vgl. Kolip 2000: 10).

¹⁹ Die Amnioskopie dient der Untersuchung des Fruchtwassers, um das Befinden des Fötus zu beurteilen. Durch den vermehrten Einsatz von CTG und Ultraschall ist dieser oft schmerzhaftes Eingriff heute aus der Praxis verschwunden (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 281).

Medikalisierungsprozesse wurden aus sozialwissenschaftlicher Perspektive in den verschiedensten Bereichen identifiziert. Ausgehend von Studien zur Psychiatrie wurde die Medikalisierung von Geburt, Menopause, Kindesmissbrauch, Alkoholismus und vielen anderen Phänomenen seit den 1970er Jahren untersucht. In dieser Zeit wurden der ärztliche Berufsstand sowie soziale Bewegungen und Interessensgruppen als Hauptantriebskraft des Medikalisierungsprozesses gesehen. Nach Conrad hat sich diese verlagert. Heute wären Pharmakonzerne, biotechnologische Industrien und KonsumentInnengruppen die dominanten AkteurInnen des Prozesses der Medikalisierung (vgl. Conrad 2005: 4f).

Wichtiger Vertreter der Medikalisierungsdebatte und radikaler Kritiker der Biomedizin war Ivan Illich, der von einer zunehmenden Medikalisierung des Lebens sprach. Er prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der Iatrogenese: Die Medizin schaffe durch Diagnose und Therapie neue medizinische Probleme, zur Beseitigung derer sie selbst zuständig ist (vgl. Illich 1981: 48).

Der Begriff der Medikalisierung wird nicht rein deskriptiv verwendet, sondern impliziert einen kritischen Zugang zu den Phänomenen, die er beschreibt. Aus diesem Grund wurde er häufig kritisiert. Deborah Lupton weist weiters auf die Einseitigkeit des Medikalisierungsbegriffes hin, der die negativen Aspekte in den Vordergrund stellt. Fast schein es, als würde die Medizin den Gesundheitszustand der Menschen verschlechtern, anstatt ihn zu verbessern. PatientInnen würden als passive Opfer der Medikalisierung dargestellt, die der Medizin und ihren ärztlichen VertreterInnen machtlos ausgeliefert wären. Deshalb wäre das *Empowerment* der PatientInnen anzustreben (vgl. Lupton 1997b: 97). Lupton plädiert dafür, die emotionale Dimension der Begegnung zwischen Laien und Fachpersonal mit zu denken. Die Widersprüche und gegenseitigen Abhängigkeiten im Bereich der Medizin würden von den VertreterInnen der Medikalisierungskritik vernachlässigt (vgl. Lupton 1997: 108).

Nichtsdestotrotz drang der Begriff, ausgehend von soziologischen Debatten zu Medikalisierung in den 70er Jahren, auch in die Laiensphäre ein und prägt seitdem die öffentliche Diskussion um Schwangerschaft und Geburt.

Die Diplompsychologin Petra Kolip teilt den Prozess der Medikalisierung in drei Phasen: Am Beginn stehe die Normierung körperlicher Prozesse. Anhand eines statistischen Durchschnittswertes wird der Normwert einer Erscheinung

ermittelt. Ein Beispiel dafür sind die in den Zeiten der programmierten Geburt der 80er Jahre festgelegten zeitlichen Normen für die verschiedenen Phasen des Geburtsprozesses. Als zweiter Schritt finde die Pathologisierung von abweichenden Erscheinungen statt, die damit behandlungsbedürftig werden. Schließlich könnten pathologische Normabweichungen durch die Medizin reguliert und behoben werden (vgl. Kolip 2000: 18ff).

Technisierung bezeichnet die steigende Bedeutung und den verstärkten Einsatz von Technologien in einem bestimmten Bereich. In Bezug auf die stattfindende Geburtshilfe impliziert die Verwendung des Technisierungsbegriffes häufig einen kritischen Zugang zum Einsatz von Technologien.

Die Technisierung und Medikalisierung bestimmter Phänomene stehen in engem Zusammenhang zueinander. Laut Conrad hatten technische Entwicklungen in den 1970er Jahren Einfluss auf zu dieser Zeit stattfindende Medikalisierungsprozesse, können aber nicht als treibende Kraft derselben verstanden werden (vgl. Conrad 2005: 5).

Im Bereich der Geburtshilfe wird von einer Medikalisierung und Technisierung seit der Formierung der Medizin als naturwissenschaftliche Profession im 18. Jahrhundert gesprochen. Robbie Davis-Floyd sieht, ähnlich wie Emily Martin (siehe Kapitel 2.3), die Ursprünge dieser Prozesse in der Auffassung des Körpers als Maschine, der durch den Einsatz von Technologie kontrolliert werden kann: Durch den cartesianischen Dualismus im 17. Jahrhundert kam es zu einer radikalen Trennung von Körper und Geist. Diese Trennung löste den Körper aus dem Bereich der Religion und machte ihn zum Gegenstand der Wissenschaft. In dieser Metapher des Körpers als Maschine gelte der männliche Körper als Prototyp, während der weibliche Körper als defekte Maschine wahrgenommen würde. Somit wäre auch der Prozess der Geburt ein gefährlicher und störungsanfälliger Vorgang, der Überwachung und Unterstützung durch die Medizin benötige. Robbie Davis-Floyd spricht vom technokratischen Geburtsmodell (*technocratic model of birth*) in der US-amerikanischen Geburtshilfe (Davis-Floyd:1993). Dieses Modell wäre auf Wissenschaft und Technologie aufgebaut, sowie auf den patriarchalen Strukturen der US-amerikanischen Gesellschaft. Im *technocratic model of birth* werde der natürliche Prozess der Geburt in einen mechanischen Prozesses umgewandelt. Durch die

konzeptionelle Trennung von Mutter und Kind erscheine das Kind als Produkt der Klinik und die Gebärende als möglicherweise defekte „Geburtsmaschine“ (ebd.).

Mit dem Medikalisierungsbegriff wird in Zusammenhang mit Geburt also eine Sichtweise bezeichnet, in der Schwangerschaft und Geburt nicht als normale körperliche Vorgänge, sondern als pathologische Prozesse wahrgenommen werden. Ich beziehe mich im Folgenden auf die Situation in Deutschland, die sich aber in ähnlicher Weise in Österreich zeigt.

Antje Brockman und Daria Reichard sprechen von einer Medikalisierung und Technisierung bereits in der Schwangerschaft. Denn vom Gesetzgeber ist eine bestimmte Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen vorgeschrieben, durch die Normabweichungen vom Arzt oder der Ärztin frühzeitig erkannt werden sollen. Entsprechen die Ergebnisse nicht den aufgestellten Normen, komme es zu einer Pathologisierung der Schwangerschaft (vgl. Brockman/Reichard 2000: 61).

Als Ausdruck der Medikalisierung in der Schwangerschaft sehen die Autorinnen das Bestreben, jede Form von Risiko im Sinn von Komplikationen zu minimieren. Um dieses Ziel zu erreichen, werden Schwangere in risikoschwangere und nicht-risikoschwangere Frauen eingeteilt. Die Risikokataloge, nach denen diese Einteilung stattfindet, werden ständig erweitert. Im deutschen Mutterpass sind 52 Risikokriterien vermerkt. Ein Teil des Risikostatus wird aus der Anamnese ermittelt. Dazu gehört das Alter der Schwangeren unter 18 und über 35 Jahren, allgemeine Erkrankungen, vorangegangene Kaiserschnitt- oder Zangengeburt, Mehrlingsgeburten oder Früh- und Totgeburten. Weiters können Untersuchungsergebnisse, die während der Schwangerschaft ermittelt werden, zur Klassifizierung einer Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft führen. Gewichtszunahmen, Urin- und Blutwerte, die nicht der Norm entsprechen, vorzeitige Wehentätigkeit, Blutungen oder Wassereinlagerungen zählen dazu (vgl. Brockman/Reichard 2000: 69ff).

In Deutschland gilt jede zweite Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft, in manchen Gebieten bis zu 80% aller Schwangerschaften. In anderen Ländern, wie etwa den Niederlanden, liegt die Rate der Risikoschwangerschaften ungleich niedriger, ohne negative Auswirkungen auf die Säuglingssterblichkeit zu haben (ebd.).

Doch schon die Definition als Risikoschwangere könne erhebliche Konsequenzen haben. Denn die Ängste und Verunsicherungen, die eine

Einstufung als Risikoschwangere auslösen kann, könnten sich negativ auf den Verlauf der Schwangerschaft auswirken und das Bedürfnis nach medizinischer Kontrolle erhöhen (ebd.). Denn die Konzentration der ÄrztInnen auf mögliche Komplikationen führe auch dazu, dass die medizinische Untersuchung der Frau im Vordergrund steht und eine psychosoziale Betreuung und Begleitung der Frau kaum stattfindet. Laut Eva Schindele wurde sogar belegt, dass die steigende Anzahl der Risikoschwangeren mit einer zunehmenden ÄrztInnendichte in direktem Zusammenhang steht (vgl. Schindele 1996: 62f). Weiters wird kritisiert, dass im in Deutschland und Österreich vorherrschenden System der Schwangerenvorsorge der Großteil der Schwangeren eine „Überversorgung“ erfahren würde, während die wirklichen Risikogruppen kaum erreicht würden. Hier wäre ein niederschwelliges Angebot nötig, das Migrantinnen, Minderjährige oder sozial schwächer gestellte Frauen in die Vorsorge integriert (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 61).

Auch die Geburt selbst wäre in hohem Maße medikalisiert und technisiert. Dies wird beispielsweise am Geburtsort sichtbar. Nahezu alle Geburten in Österreich und Deutschland finden in Kliniken statt.²⁰

Clarissa Schwarz und Beate Schücking führten an der Universität Osnabrück (Deutschland) eine Studie durch, im Zuge derer mehr als eine Million Geburten analysiert wurden. Diese kommt zu folgendem Ergebnis: Im Jahr 1999 brachten nur 6,7 % der Frauen ihre Kinder ohne medizinische Interventionen zur Welt.²¹ In 98,8 % der Fälle wird das CTG (meist als Dauer-CTG) angewendet. Geburtseinleitende Maßnahmen werden bei 23,4 % der Geburten gesetzt. 19,2% der Frauen gebären unter Periduralanästhesie. Bei 52,1 % der vaginalen Geburten wird ein Dammschnitt durchgeführt. 40% der Geburten werden medikamentös durch einen Wehentropf beschleunigt. Die Kaiserschnitttrate für primäre Kaiserschnitte liegt bei 10,4%, und 10,2 % der Geburten enden ungeplanter Weise in einem sekundären Kaiserschnitt (vgl. Schwarz/Schücking 2004: 22ff).

²⁰ Im Jahr 2002 fanden in Österreich 98,4% der Geburten in Krankenhäusern statt (vgl. Gesundheitsstatistik 2002: 26).

²¹ Dazu zählten die Autorinnen CTG, geburtseinleitende Maßnahmen, Periduralanästhesie, Dammschnitt und Kaiserschnitt.

Dieses Ergebnis werten die Autorinnen als Ausdruck einer Technisierung und Medikalisierung von Geburt. Sie kritisieren, dass Interventionen, die für geburtshilfliche Notfälle entwickelt wurden, mittlerweile bei normalen Geburten routinemäßig angewendet werden (ebd.).

Robbie Davis-Floyd interpretiert den beschriebenen vermehrten Einsatz von Technologien als Ersatzrituale. Denn Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Übergangsphasen im Leben von Frauen, in denen Rituale eine wichtige Rolle spielen. In einer technikorientierten Geburtshilfe erlangten technische Prozeduren als routinierte, bedeutungsvolle Vorgänge auf körperlicher und emotionaler Ebene rituellen Charakter. Ihr Ziel wäre es, den natürlichen Geburtsprozess zu kontrollieren. Weiters soll die Frau durch diese rituellen Prozeduren, wie Robbie Davis-Floyd für die US-amerikanische Geburtshilfe konstatiert, die amerikanischen Grundwerte internalisieren (vgl. Davis-Floyd 1993).²²

Auch die Historikerin Barbara Duden untersucht Geburt als rituellen Vorgang. Sie spricht der traditionellen Geburt proto-rituellen Charakter zu. In der körperlich-sozialen Interaktion von Frau und Hebamme in einem grenzwertigen Raum, durch gemeinsames Abwarten und Tun, finde bei der traditionellen Geburt die rituelle „Sinnggebung der Menschwerdung“ (Duden 1998: 156) statt. Vor dem Eintritt des Neugeborenen in die soziale Welt werde ihm durch ein streng weibliches Proto-Ritual Bedeutung verliehen. Geburt bedeutet in diesem Sinne einen Neubeginn (ebd.).

Durch Technisierung und Medikalisierung erfuhr die Geburt eine Bedeutungsveränderung. Heute bedeute Geburt keinen Neubeginn mehr, sondern wäre „ein kritischer Moment in der Karriere eines schon vorgeburtlich entstandenen Verwaltungsobjektes, eines sogenannten ‚Fötus‘. [Geburt] ist das Resultat einer Synergie, eines Zusammentreffens von mütterlichem Organismus mit einer Vielzahl von technischen Interventionen“ (Duden 1998: 155).

Nur durch das Fügen der Frau unter diese technischen Prozeduren, die die Funktion der notwendigen Rituale übernehmen, könne dem viel beschworenen Risiko der Geburt begegnet werden. Geburt als Interaktion von Frau und Technik werde nicht mehr von der Frau „getan“, sondern sie werde Teil der technischen Prozeduren. „Jede der rituell beschworenen Ängste liefert die Frau einer

²² Davis-Floyd meint hier die Dominanz von Wissenschaft und Technologie sowie die Unterordnung der Frau in einer patriarchalen Gesellschaft.

neuartigen Hilflosigkeit aus“ (Duden 1998: 166) und mache sie abhängig von den Angeboten der Medizin.

In Barbara Duden Analyse erscheint die Frau als passives Opfer einer fortschreitenden Technisierung. Diese Darstellung ist vielen KritikerInnen im Sinne von Medikalisierung und Technisierung gemein. Die Möglichkeit der Frau, auf die vorhandenen Verhältnisse zu reagieren, sie zu deuten und einzugreifen, wird häufig negiert.

4.2 Die Frau als Konsumentin in der Geburtshilfe

Eine Kritik an der stattfindenden Geburtshilfe im Sinne der Medikalisierung und Technisierung geht häufig davon aus, dass Frauen im Bereich der Geburtshilfe nur in geringem Maß die Möglichkeit hätten, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen. Es wird von einer nur scheinbaren Selbstbestimmung der Frau in der Geburtshilfe gesprochen (vgl. u. a. Ensel 2007: 8; Schwarz/Schücking 2004: 25). Dem entgegen werden schwangere Frauen auch als Konsumentinnen wahrgenommen. Diese Auffassung impliziert, dass sie sich frei für oder gegen eine bestimmte Intervention oder Form von Geburtsbegleitung entscheiden könnten und wirft Fragen nach der Stellung von Laien in der Medizin auf.

Deborah Lupton untersuchte in ihrem Artikel *“Consumerism, Reflexivity and the medical encounter”* das Verhältnis zwischen Laienpersonen und medizinischem Fachpersonal. Dabei kann seit den 1970er Jahren ein Schwenk hin zu Auffassung von PatientInnen als KonsumentInnen beobachtet werden, für den Lupton den Begriff des *Consumerism* verwendet (vgl. Lupton 1997: 373).

Der Zugang des *Consumerism* versteht das Arzt-Patient-Verhältnis als Dienstleistungs-Konsumationsverhältnis. Von diesem Standpunkt aus sind PatientInnen autonom handelnde, rational kalkulierende Subjekte, die die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu ihrem maximalen Vorteil nutzen. Eng hängt damit die Vorstellung des selbstreflexiven Individuums zusammen, das sich selbst und sein Umfeld einer ständigen Evaluierung aussetzt. Es lehnt ärztlichen Paternalismus und Abhängigkeiten von der Medizin ab und „shops around“ in einer breiten medizinischen Angebotspalette (ebd.).

Die Position von ÄrztInnen in diesem Zusammenhang verändert sich somit von unantastbaren ExpertInnen ihres Fachgebietes hin zu AnbieterInnen von Dienstleistungen in Form von Gesundheitsvorsorge. Sie konkurrieren nach den Regeln des freien Marktes und verkaufen Waren in Form von medizinischem Fachwissen (ebd.). Die Konstruktion von PatientInnen als KonsumentInnen geschieht in Opposition zum Bild der passiven PatientInnen, die die Dominanz des Arztes/ der Ärztin nicht kritisch hinterfragen (vgl. Lupton 1997: 374).

Laut Deborah Lupton vernachlässigt der Zugang des *Consumerism* jedoch wichtige Aspekte des Verhältnisses von Laien und Fachpersonal. Denn das Inanspruchnehmen von medizinischer Fürsorge wäre aus ihrer Sicht weniger das Ergebnis individueller Kalkulation, als ein komplexer dynamischer, soziokultureller Prozess. Die möglichen Spannungen und Widersprüche in der Begegnung zwischen Laien und ÄrztInnen würden im *Consumerism* nicht berücksichtigt werden (ebd.).

In einer von ihr durchgeführten Studie in Sydney befragte Lupton die TeilnehmerInnen unter anderem nach ihren persönlichen Erfahrungen mit medizinischem Fachpersonal, ihren Vorstellungen von „guten“ und „schlechten“ ÄrztInnen und dem gesellschaftlichen Status von ÄrztInnen. Sie fand heraus, dass ein Großteil ihrer InterviewpartnerInnen Teile des *Consumerism*-Ansatzes vertraten. Stark abhängig von persönlichen Erfahrungen stellen diese aber nur einen Aspekt des Arzt-Patient-Verhältnisses dar. Denn viele Formen von Konsumation finden auf einer unterbewussten Ebene statt und sind mit starken Emotionen verbunden. In der Begegnung zwischen PatientInnen und ÄrztInnen ginge es nicht nur um den „Gebrauchswert“ der Ware Gesundheitsvorsorge, sondern ebenso um kulturelle, symbolische und emotionale Werte. Diese würden im *Consumerism*-Ansatz vernachlässigt. Auch würden Abhängigkeiten von der Medizin auf unbewussten Ebenen in der Vorstellung von reflektierenden KonsumentInnen nicht mitbedacht (vgl. Lupton 1997: 379f).

Da in westlichen Gesellschaften Autonomie und Rationalität hoch bewertet werden, könne es zu Spannungen zwischen der Rolle als KonsumentIn und der Sehnsucht, die Rolle der/des passiven Patientin/ Patienten einzunehmen, kommen. Weiters sieht Lupton die Diskrepanz von Fachwissen als Hindernis für ein funktionierendes Dienstleistungs-Konsumationsverhältnis. Auch berge das Untergraben ärztlicher Autorität im Sinne des *Consumerism* die Gefahr, die

positiven Aspekte der PatientInnen-ÄrztInnen Beziehung zu übersehen. Denn Vertrauen und emotionale Unterstützung wären wichtige Aspekte im Heilungsprozess (ebd.).

Aus Luptons Sicht wird der *Consumerism*-Zugang der Realität also nur in geringem Ausmaß gerecht. In Bezug auf die Geburtshilfe wirft er die Frage auf, inwiefern hier von schwangeren Frauen als Konsumentinnen gesprochen werden kann.

Der Begriff der Konsumentin wird, besonders in englischsprachigen Ländern, immer mehr verwendet. Die Sprechweise von schwangeren und gebärenden Frauen als Konsumentinnen impliziert, dass sich diese selbstbestimmt für oder gegen bestimmte Geburtsmodi oder Interventionen entscheiden würden. Der Aspekt der Selbstbestimmung wurde besonders im Zusammenhang mit der Frage der Zulässigkeit des Wunschkaiserschnittes von ärztlicher Seite hervorgehoben (vgl. Reime 2003: 19).

Sicherlich existiert die schwangere Frau als rational agierende Konsumentin, die sich bewusst und „selbst bestimmt“ eine Klinik oder die begleitende Hebamme aussucht. Die Möglichkeiten von Vorbereitungskursen in der Schwangerschaft, von Geburtsmodi, von der Wassergeburt bis zur Hockergeburt, oder von Formen der Hebammenbegleitung sind umfangreich. Durch die sinkenden Geburtenzahlen konkurrieren geburtshilfliche Abteilungen um schwangere Frauen, wodurch die Repräsentation der Kliniken nach außen an Wichtigkeit gewinnt.

Nichtsdestotrotz sind der Prozess der Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes mit starken Emotionen verbunden. Auf die Entscheidungen von Frauen wirken eine Vielzahl von Faktoren, die eine rationale Entscheidung erschweren können. Raymond DeVries betont, dass das geburtshilfliche Angebot selbst sowie das Fachpersonal großen Einfluss auf die Wünsche der Frauen habe und diese forme. Weiters hebt er die Rolle der Medien hervor (vgl. DeVries 2001: 260). Auch das soziale Umfeld der Frauen könne großen Einfluss auf ihre Entscheidungen haben.

Birgit Reime beschreibt die Beziehung zwischen schwangeren Frauen und ÄrztInnen oder Hebammen in Form eines Konsumentinnen-AnbieterInnen Verhältnisses deshalb als asymmetrische Beziehung. Sie nennt dafür vier Gründe:

Das Wissen des Fachpersonal beruhe auf einer professionellen Ausbildung. Der so entstehende Wissensunterschied zwischen Frauen und Fachpersonal führe häufig dazu, dass die Kenntnisse und Empfindungen der Frau nicht ernst genommen würden. Zweitens habe die Geburt für beide eine unterschiedliche Bedeutung. Die Frau wäre in einer biographischen Ausnahmesituation, während Hebammen und ÄrztInnen routinisiert handeln würden. Dies führe zu einem Machtgefälle. Weiters halten Hebammen und ÄrztInnen letztlich die Entscheidungsmacht über medizinische Eingriffe inne. Nicht immer stünden dabei medizinische Motive im Vordergrund, sondern ebenso beispielsweise ökonomische. Letztlich würden soziokulturelle Unterschiede einen gleichberechtigten Umgang erschweren (vgl. Reime 2003: 17f). DeVries weist weiters darauf hin, dass berufliche Interessensgruppen im Vergleich zu Konsumentinnengruppen meist besser organisiert wären, über breitere finanzielle Ressourcen verfügten und mit besseren Verbindungen zu politischen EntscheidungsträgerInnen ausgestattet wären. KonsumentInnengruppen wären meist heterogener und hätten es dadurch schwerer, mit einer Stimme zu sprechen (vgl. DeVries 2001: 260).

Der Begriff der Konsumentin könne also nach Ansicht der genannten AutorInnen nicht ohne weiteres auf schwangere und gebärende Frauen übertragen werden, da die Beziehung zwischen Fachpersonal, Gesundheitssystem und der Frau (und deren Familie) weit komplexer ist als aus der *Consumerism*-Perspektive dargestellt. Trotzdem konnten von Frauen gebildete Interessensgruppen besonders in den USA und Großbritannien Einfluss auf die Geburthilfe nehmen. Dabei ging es hauptsächlich um die Forderung nach adäquater Aufklärung und Informationsweitergabe (vgl. Reime 2003: 19).

In Österreich und Deutschland ist die Laienbewegung in der Geburtshilfe im Vergleich zu anderen Ländern kaum organisiert. Dennoch werden hier schwangere Frauen in zunehmendem Maße als Konsumentinnen oder Kundinnen wahrgenommen. Dies zeigt sich in der alltäglichen Arbeit meiner Interviewpartnerinnen. Aufgrund der sinkenden Geburtenraten müssen sich besonders kleine geburtshilfliche Abteilungen um Geburten bemühen. Sie bieten Informationsabende an und versuchen, den Wünschen der schwangeren Frauen

entgegen zu kommen. Karina Edlinger, leitende Kreißsaalhebamme, sieht sich in diesem Zusammenhang als Anbieterin einer Dienstleistung.

„Ich seh mich als ein Dienstleistungsberuf, also es ist nimma mehr so, dass die Frau zu mir kommen muss, sondern ich muss mich anstrengen, ich muss meine Qualität halten, dass ich ein Klientel bekomme.“ (Karina Edlinger, A)

Die Konsumhaltung der Frauen wird aber auch kritisiert. Christine Lutz:

„Und das ist eine Erziehungsfrage, was in uns Menschen halt mittlerweile so drinnen ist: Was ich haben will, das krieg ich. Und das ist eine Konsumgesellschaft geworden. Und die, finde ich, überträgt sich auch auf die Geburt.“ (Christine Lutz, D)

Die Wahrnehmung der Frau als Kundin und der Hebamme als Dienstleisterin wird von Angelica Ensel (2007), Hebamme und Ethnologin, hinterfragt: Denn werde die Frau nicht als Kundin gesehen, „die eine Ware kauft, sondern als Partnerin, die uns aussucht, um sie in einem für sie zentralen Lebensprozess zu begleiten“ (Ensel 2007:12), könne eine emanzipatorische und partizipatorische Begleitung stattfinden. Dabei wären Vertrauen und eine Begegnung auf Augenhöhe essentiell. „Wenn Frau und Hebamme sich in diesem Prozess über die für sie jeweils leitenden Werte verständigen und darin weitgehend übereinstimmen, dann braucht die Frau sich nicht angesichts eines geburtshilflichen Warenkorbes verunsichern lassen“ (ebd.). Auch in dieser Sichtweise könne die Beziehung zwischen Hebamme und Frau nicht als Dienstleistungs-Konsum Beziehung gesehen werden, da die Bedeutung einer Geburt als Übergang darüber hinausgehende partnerschaftliche Betreuungsaspekte benötige. Selbstbestimmung, Emanzipation und Partizipation der Frau sollen als Prinzipien internationaler Hebammenarbeit gefördert werden (ebd.). Im Ethik-Kodex des ICM (*International Confederation of Midwives*) ist das „Recht [der Frauen], sich aktiv an Entscheidungen betreffend ihrer Betreuung zu beteiligen“ (ÖHG 2003: 14) verankert.

Denn, wie oben angedeutet, ist die Hebammen-Frau Beziehung auch eine Machtbeziehung, da die Hebamme über das nötige Fachwissen über Schwangerschaft und Geburt verfügt, während die Frau darauf angewiesen ist. Das lange Zeit vorherrschende paternalistische Modell, bei dem der Arzt/ die Ärztin für die PatientInnen/ Frauen Entscheidungen trifft, wird häufig als nicht mehr

zeitgemäß betrachtet. Heute wird versucht diesem Machtgefälle mit dem Beratungsprinzip des *informed consent* (informierte Entscheidung) zu begegnen. Dabei soll die Frau aufgrund der umfassenden Information des Arztes/ der Ärztin und der Hebamme über die Risiken und Nebenwirkungen von Behandlungsmethoden und Eingriffen sowie von Alternativen eine eigenständige Entscheidung treffen. Das Selbstbestimmungsrecht soll im Vordergrund stehen (vgl. Ärzteblatt 2008).

Die reelle Umsetzbarkeit dieser informierten Entscheidung wird jedoch häufig hinterfragt. Denn die Wissensdiskrepanz zwischen dem Fachpersonal und den Frauen stelle meist ein nicht zu überbrückendes Hindernis dar (vgl. Schneider 2003: 79). Weiters wäre häufig nicht geklärt, wer für die Aufklärung zuständig wäre. Auch der erhöhte Zeitaufwand wird als Hindernis einer Aufklärung im Sinne des *informed consent* gesehen (vgl. Endel 2002: 173). Von Seiten der PatientInnen/ Frauen stellt sich die Frage, ob die Fähigkeit zur autonomen Entscheidung überhaupt vorhanden wäre. Irene Switankowsky (1998) nennt als Voraussetzung für eine autonome Entscheidung vier Aspekte: Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Rationalität und „a genuine sense of self“ (Switankowsky 1998: xi). Letzteres bezieht sie auf die persönlichen Werte und Ziele einer Person (ebd.). Meines Erachtens sind die genannten Voraussetzungen in der Praxis, vor allem in Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen, nur selten in dieser Form vorhanden. Wie auch Deborah Lupton (siehe oben) in ihrer Studie herausfand, wird es häufig als angenehmer empfunden, in die Rolle des/ der passiven PatientIn zu schlüpfen, als die Verantwortung für eine getroffene Entscheidung zu übernehmen (vgl. Lupton 1997: 380).

5 Die Position der Hebammen in der Geburtshilfe Deutschlands und Österreichs

5.1 Die Geschichte des Hebammenwesens in Europa

Schon aus der Antike gibt es Hinweise darauf, dass Frauen einander bei der Geburt beistanden (vgl. Gubalke 1964). Wann der Beruf der gewerblich tätigen Hebamme entstand, ist jedoch unklar. Die ersten Nachweise stammen aus dem 13. und 14. Jahrhundert (vgl. Flügge 1998: 34ff). Vermutlich wurde Geburtshilfe lange Zeit als solidarische Nachbarschaftshilfe von Frauen geleistet, und Hebammen nur bei komplizierten Fällen hinzugezogen (vgl. Scherzer 1988: 13).

Die Geburtshilfe war jedenfalls bis ins 18. Jahrhundert eine Angelegenheit der Frauen. Hebammen hatten keine formale Ausbildung, sondern erlangten ihr Wissen aus ihrer praktischen Erfahrung.²³ Da Männer keinen Zutritt zum Geburtsgeschehen hatten, mussten im 13. Jahrhundert die Hebammen die Pflicht der Nottaufe übernehmen. Sie bekamen von der Kirche eine Reihe von Aufgaben übertragen, die in manchen Gegenden auch Beichte und Absolution umfassten. Die Stellung, die die Kirche den Hebammen hier zugestand, barg allerdings auch die Gefahr einer Bestrafung bei Nichteinhaltung ihrer Pflichten. Im Zuge der Hexenverfolgung wurde Hebammen häufig ein Pakt mit dem Teufel unterstellt (vgl. Gubalke 1964: 65f).

Die in dieser Zeit entstandenen kirchlichen Hebammenordnungen stellen die Vorläufer der ersten städtischen Hebammenordnungen des 15. Jahrhunderts dar. Denn im Interesse der erst entstehenden Städte lag die Ordnung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, wodurch die Tätigkeit der Hebamme als Amt der Stadt eingerichtet wurde. Zunächst blieben Hebammen als „geschworene Frauen“ für die Geburtshilfe zuständig (vgl. Scherzer 1988: 24ff). Im Zuge der ersten Universitätsgründungen entwickelte sich zur selben Zeit die „Buchmedizin“, deren Vertreter sich von verschiedenen Ausübenden der

²³ Böhme spricht von lebensweltlichem Wissen der Hebammen gegenüber dem späteren wissenschaftlichen Wissen der Ärzteschaft (vgl. Böhme 1980: 30).

praktischen Heilkunde abgrenzten.²⁴ Durch die Institutionalisierung der Stadtärzte in den mittelalterlichen Städten gelangte die Hebamme unter die Kontrolle der entstehenden männlich geprägten Geburtshilfe.²⁵ Auch wenn das praktische Wissen der Ärzte zu dieser Zeit noch sehr gering war (ebd.), mussten die Hebammen ab dem 17. Jahrhundert eine Prüfung unter ärztlicher Anwesenheit bestehen, um als Stadthebamme zugelassen zu werden (vgl. Seidel 1998: 90). Später wurde eine Zusatzausbildung für bereits tätige Hebammen forciert, um diese in den neuesten anatomischen Erkenntnissen der Zeit zu unterrichten (vgl. Scherzer 1988: 61).

Die Hebammenordnungen legten die Rechte und Pflichten der Hebammen fest. So sollten sie keine Abtreibungen vornehmen, uneheliche Geburten anzeigen und jeder Frau unabhängig von deren finanziellen Möglichkeiten dienen. Auf diese Weise übernahm die Hebamme eine Kontrollfunktion über die von ihr betreuten Frauen. Das Verabreichen von inneren Arzneien, wie wehentreibender Mittel, fiel in den Aufgabenbereich des Arztes und war ihr untersagt (vgl. Scherzer 1988: 47). Hebammen standen also zunächst vorwiegend unter kirchlicher, dann unter staatlicher Kontrolle und schließlich unter der Kontrolle der sich formierenden Medizin.

Im 18. Jahrhundert entstanden die ersten Hebammenschulen und Entbindungsanstalten, in denen vorwiegend Ärzte in der praktischen Geburtshilfe ausgebildet werden sollten. Unverheiratete Schwangere aus den unteren sozialen Schichten konnten in den Entbindungsanstalten kostenlos niederkommen und stellten die Versuchsobjekte für den entstehenden Ärztestand dar (vgl. Metz-Becker 1997: 36f).

Im Zuge der Institutionalisierung der Geburtshilfe als ärztliche Disziplin und der damit einhergehenden Verwissenschaftlichung wurden Hebammen zunehmend aus ihrem angestammten Tätigkeitsbereich verdrängt. Häufig ging dies auch mit einer Diffamierung der Hebammentätigkeit als tollpatschige und gefährliche Pfuscherei von Seiten der Ärzteschaft einher (vgl. Metz-Becker 1997: 34ff). Weiters durften Hebammen keine instrumentellen Hilfsmittel verwenden, wodurch

²⁴ Dazu gehörten neben Hebammen auch Bader, Barbieri, Wundärzte und Chirurgen.

²⁵ Da Frauen zu dieser Zeit keine Möglichkeit hatten, den Beruf der Ärztin zu erlernen (Frauen durften in Österreich erst ab 1900 Medizin studieren) verwende ich hier bewusst die männliche Form.

Kaiserschnittgeburten und Totgeburten in den Zuständigkeitsbereich der Chirurgen übergangen. Die Zuständigkeit der Hebammen ist seitdem auf die Begleitung von normalen Geburten begrenzt (vgl. Scherzer 1988: 61).

Im ländlichen Raum stellte sich die Situation freilich etwas anders dar. Hier blieb die Geburtshilfe teilweise bis ins 18. Jahrhundert im Machtbereich der Frauen. Es war üblich, dass die verheirateten Frauen des Dorfes eine Hebamme bestimmten. Diese ortsansässige Hebamme stammte meist aus der dörflichen Mittelschicht. Wichtig war ihre Ehrbarkeit und Eingebundenheit ins soziale Gefüge, sowie, dass sie das Vertrauen der Frauen des Dorfes genoss. Diese verheirateten oder verwitweten Landhebammen schöpften aus ihrer praktischen Erfahrung, besaßen aber noch keine theoretische Ausbildung. Medizinische Kenntnisse wurden von erfahrenen Hebammen mündlich weitergegeben (vgl. Flügge 1998: 41ff).

Die angestrebte Ausbildung für Hebammen und die damit zusammenhängende Verdrängung der Laienhebammen ging in ländlichen Gebieten weniger schnell von statten als in den Städten. Viele Hebammen konnten sich zunächst erfolgreich den Bestrebungen der Obrigkeit widersetzen, da sie das Vertrauen der Dorfgemeinschaft genossen. Weiters war die von ihnen geleistete Geburtshilfe kostengünstiger, und die Ziele der Zentralgewalt konnten durch die schwere Erreichbarkeit der teils abgelegenen Gebiete nur schwer umgesetzt werden.²⁶ Erst im 19. Jahrhundert übernahmen zunehmend ortsfremde, junge, unverheiratete Frauen die Aufgaben der Hebammen. Sie waren in den Hebammenschulen der Städte ausgebildet worden und hatten ein Recht auf entsprechende Belohnung (ebd.). Lange Zeit hindurch existierten aber eine Vielzahl verschiedener Hebammentypen mit unterschiedlichen Graden an Ausbildung und legaler Anstellung nebeneinander (ebd.).

Hebammenverbände

In Deutschland wie in Österreich begannen sich Hebammen am Ende des 19. Jahrhunderts zu organisieren. Es entstand eine Reihe von Verbänden mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten, die meist mit der Gründung von

²⁶ Die dörflichen Hebammen arbeiteten meist unentgeltlich. Manchmal wurden sie mit Naturalien bezahlt.

Fachzeitschriften einhergingen und teilweise in Konkurrenz zueinander standen. Der Allgemeine Österreichische Hebammenverein, der erste Hebammenverband Österreichs, wurde 1887 gegründet (vgl. Bohle 2001: 76). In Deutschland fand 1885 das erste Treffen Berliner Hebammen statt, das als Beginn der deutschen Hebammenbewegung gesehen werden kann (vgl. Szász 2006: 10). In beiden Ländern hatten die Verbände ähnliche Ziele: eine soziale Absicherung der Hebammen im Krankheits- und Todesfall sowie im Alter und der fachliche Austausch standen im Vordergrund. Der Status der Hebammen in der Gesellschaft sollte gehoben werden (ebd.).

In der faschistischen Ideologie der Rassenhygiene im Nationalsozialismus wurde den Hebammen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Durch ihre Nähe zur Bevölkerung hatten sie die Möglichkeit, die Ideologie der Nationalsozialisten schnell zu verbreiten. Gleichzeitig stellten sie durch ihr Wissen über Empfängnisverhütung und Abtreibung eine Gefahr für die Machthaber dar, weswegen die Berufsverbände Österreichs und Deutschlands von kritischen Mitgliedern „gesäubert“ wurden und in der Reichsfachschaft Deutscher Hebammen vereinheitlicht wurden. Dieser straff organisierte Verein stellte keine Interessensvertretung der Hebammen dar, sondern war ein Instrument, um die Bevölkerung zu kontrollieren (vgl. Tiedemann 2006: 43ff). Immer wieder gab es Hebammen, die sich den Vorschriften widersetzen und sich weigerten, Zwangsabtreibungen durchzuführen und behinderte Kinder zu melden. Weiters betreuten sie auch Frauen, die aus rassistischen oder politischen Gründen verfolgt wurden (vgl. Rüb 2004: 12).

Die Hinzuziehungspflicht wurde erstmals im Reichshebammengesetz von 1938 verankert. Unabhängig von der Ideologie, die hinter der Stärkung der Hebammen stand, ist das durch die Hinzuziehungspflicht staatlich geschützte Tätigkeitsmonopol der Hebammen für den Berufsstand bis heute von großer Bedeutung (vgl. Tiedemann 2006: 59; siehe Kapitel 5.3).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurde die Reichshebammenschaft aufgelöst. Der „Bund deutscher Hebammenverbände e. V.“, die Vorläuferorganisation des Bundes Deutscher Hebammen, wurde 1954 gegründet (vgl. Schuhmann 2006: 118ff).

Das Österreichische Hebammengremium wurde erst 1974 wieder ins Leben gerufen.²⁷ Über die Zeit dazwischen existieren kaum Unterlagen, die die Situation der Hebammen deutlich machen. Die Tatsache, dass es 29 Jahre lang keine Standesvertretung der Hebammen in Österreich gab, lässt auf ihre schwache Position schließen (vgl. Pleiger/Egger 1985: 14).

Aus Ermangelung an Quellen zur Geschichte des österreichischen Hebammenwesens und ihrer Vertretung beziehe ich mich im Folgenden auf die Situation der Hebammen in Deutschland. Auch wenn daraus keine Rückschlüsse auf die österreichische Situation gezogen werden können, so wirkten die medizinischen Entwicklungen des 20. Jahrhunderts in den Ländern doch in ähnlicher Weise.

Die 50er Jahre waren von der beruflichen Krise der niedergelassenen, freien Hebammen geprägt, da diese vom Trend zur Klinikgeburt besonders betroffen waren. Sie befanden sich aufgrund der immer geringer werdenden Anzahl von Hausgeburten häufig in finanziellen Notlagen und waren auf staatliche Unterstützung angewiesen.²⁸ Die Gebührenerhöhungen für Hebammenleistungen konnten die Preissteigerungen dieser Zeit meist nicht einmal ausgleichen. Durch strukturelle Unklarheiten zwischen Ländern und Bund blieb die Situation der freiberuflichen Hebammen lange ungeregt. Erst 1954 konnte die Zuständigkeit für das Hebammenwesen durch einen Beschluss des Bundesrates gelöst werden (vgl. Schumann 2004). Aufgrund der wirtschaftlich schlechten Lage verlor der Hebammenberuf an Attraktivität und die Zahl der Hebammenschülerinnen sank. Die veränderten Bedingungen führten zu einem starken Schrumpfen der Anzahl der berufstätigen Hebammen. Während 1959 noch 10.149 Hebammen praktizierten, waren es 1975 nur noch 2.425. Ob der Gesetzgeber den Berufsstand der Hebammen aus anders gelagerten gesundheitspolitischen Interessen strategisch schwächte, bleibt ungeklärt (ebd.).

Ein großes Problem der Klinikhebammen war der Verlust ihrer Selbstständigkeit in den Kliniken. Durch die Technisierung und Medikalisierung

²⁷ Dorothea Rüb weist allerdings darauf hin, dass „sich die Hebammengremien der Bundesländer [1954] wieder auf eine gemeinsame Österreichische Hebammenzeitung [einigten.“ (Rüb 2004:12). Dies lässt vermuten, dass es in den Bundesländern Zusammenschlüsse von Hebammen gab, die sich erst 1974 zu einer Organisation zusammenschlossen.

²⁸ Im Hebammengesetz von 1938 war das Mindesteinkommen für Hebammen festgelegt worden, das auch weiterhin seine Gültigkeit behielt. Damit und mit der Niederlassungserlaubnis wollte der Gesetzgeber den Berufsstand wirtschaftlich absichern.

der Kreißsäle und eine zunehmende Ärztedichte in den 60er und 70er Jahren verlagerte sich der Kompetenzbereich der Hebammen und sie nahmen meist nur den Status von Arztassistentinnen ein (vgl. Schuhmann 2006: 149). Weiters machten große Teile der Ärzteschaft die Hausgeburtshilfe für die schlechten Mortalitäts- und Morbiditätsraten verantwortlich. In dieser Zeit war die Existenzangst der Hebammen groß. Sie befürchteten, die im Gesetz verankerte Hinzuziehungspflicht könnte fallen und der Beruf der Hebamme wäre somit der Verdrängung ausgesetzt. Aus dieser sehr gefährdeten Position der deutschen Hebammen heraus begann der Berufsverband, politisch aktiv zu werden (vgl. Schumann 2006: 160).

Historisch gesehen ist diese Zeit von großer Bedeutung, da hier die Schwächung der Hebammen seinen Tiefpunkt erreichte und das Bestehen des Berufsstandes in Frage stand. Seit diesem Zeitpunkt fand wiederum eine Stärkung statt. Große Unterstützung leistete dabei die Ende der 70er Jahre entstandene Frauengesundheitsbewegung, die eine alternative Geburtshilfe außerhalb der Klinik und weitreichendere Hebammenunterstützung forderte (vgl. Schuhmann 2006: 152). So konnte im neuen Hebammengesetz 1985 die Hinzuziehungspflicht beibehalten werden.

Den Kostendruck im Gesundheitssystem in den 1980er Jahren bekamen auch die Hebammen zu spüren. Die Anzahl der Risikogeburten stiegen und viele Kreißsäle wurden in hochtechnologische Intensivstationen umgebaut. Die geringe Personalbesetzung und der veränderte Arbeitsaufwand führte zu einer hohen Arbeitsbelastung (vgl. Schuhmann 2006: 188ff). 1990 organisierte der Berufsverband eine bundesweite Aktion, bei der tausende Hebammen auf die Straße gingen und auf ihre Arbeitssituation hinwiesen. Im selben Jahr konnten die Verhandlungen um eine Gebührenerhöhung nach langer Zeit abgeschlossen werden. Auch wenn dies als Erfolg der Hebammenverbände gewertet werden kann, wurden die Erhöhungen als völlig unzureichend kritisiert (ebd.).

Ausgehend von der Situation in den Kreißsälen liegen die Schwerpunkte des Hebammenverbandes heute in einer Förderung der normalen Geburt, dem Hebammenkreißaal, der Schwangerenvorsorge durch Hebammen und einer praxisorientierten Hebammenforschung.

5.2 Arbeits- und Tätigkeitsfelder von Hebammen

Hebammen können als angestellte Hebammen arbeiten, freiberuflich tätig sein, oder als angestellte und freiberufliche Hebamme arbeiten. Hebammen, die in einem Krankenhaus angestellt sind, arbeiten meist im Schichtdienst und beziehen ein festes Gehalt. Der Großteil der Hebammen arbeitet als Kreißaalhebamme, mögliche andere Tätigkeitsfelder sind die Schwangerenambulanz, die präpartale Station und die integrative Wochenstation. Die Kreißaalhebamme ist für die Aufnahme und Untersuchung der Gebärenden zuständig, sie leitet die Geburt und untersucht das Neugeborene (vgl. BÜchse 2001).

Freiberufliche Hebammen decken die Versorgung im außerklinischen Bereich ab. Sie bieten Geburtsvorbereitung, Geburtsbegleitung und Nachsorge (vgl. BÜchse 2001: 53). Voraussetzung ist der Eintrag ins Hebammenregister der Berufsverbände.

Beleghebammen bieten die Möglichkeit, mit der eigenen Hebamme im Krankenhaus zu gebären. Allerdings bieten nicht alle Spitäler die Geburt mit eigener Beleghebamme an.

Geburtshäuser bieten ebenfalls die Geburt in einem nicht-klinischen Setting. In Österreich musste jedoch das Wiener Geburtshaus Nussdorf schließen, da kein Vertrag mit der Krankenkasse ausverhandelt werden konnte. In Deutschland gibt es laut dem „Netzwerk der Geburtshäuser“ ungefähr 100 Geburtshäuser. Seit Juni 2008 wird dort ein Teil der Kosten von der Krankenkasse rückerstattet (vgl. Geburtshaus 2008).

Familienhebammen übernehmen die Betreuung von Frauen und Kindern vor und nach der Geburt im häuslichen Bereich. Schwerpunkt ist neben der medizinischen die psychosoziale Betreuung von Frauen, die Angehörige von Risikogruppen sind, wie Risikoschwangere, Migrantinnen oder sozial benachteiligte Familien (vgl. Familienhebamme 2008). Weiters sind Hebammen in Beratungsstellen, Arztordinationen und Gesundheitsämtern tätig, oder als Lehrhebammen in der Ausbildung.

Genauere Zahlen zur Anzahl der Hebammen in den verschiedenen Bereichen gibt es nicht. Aus der Klinikgeburtenrate von 98,4% in Österreich (vgl. Gesundheitsstatistik 2002: 26) ist aber ersichtlich, dass nur ein sehr geringer Teil

der Hebammen in der Hausgeburtsilfe tätig ist. Viele Hebammen kombinieren die Anstellung in einer Klinik mit einer freiberuflichen Tätigkeit im Bereich der Vor- oder Nachsorge.

Auch wenn die Arbeitsbereiche der Hebammen in Österreich und Deutschland ähnlich sind, gibt es doch zusätzlich einige Unterschiede, die es zu berücksichtigen gilt: So sind die **Leistungen der Krankenkassen** in Österreich und Deutschland verschieden. Prinzipiell werden die Kosten für alle Schwangerschaftsuntersuchungen durch einen Arzt oder eine Ärztin, die Geburt und die Zeit des Wochenbettes in einem öffentlichen Spital von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

In Bezug auf Hebammenleistungen muss differenziert werden. Bei einer Hebamme mit Kassenvertrag werden in Österreich bei einer ambulanten Geburt weiters die Kosten zweier Hausbesuche oder Hebammensprechstunden vor der Geburt und täglich ein Hausbesuch bis zum fünften Tag nach der Geburt übernommen. Dasselbe gilt, wenn die Frau vorzeitig entlassen wird. Bei einer Hausgeburt werden vier Hausbesuche oder Sprechstunden, die Betreuung während der Geburt zu Hause und ebenfalls fünf Hausbesuche nach der Geburt abgegolten (vgl. Hebammenbroschüre 2007: 19ff). Die Wahlhebamme, die keinen Kassenvertrag hat, wird von der Frau persönlich bezahlt. Diese bekommt einen Teil der Kosten von der Krankenkasse rückerstattet (ebd.). Nicht übernommen werden Besuche in der Frühschwangerschaft, Geburtsvorbereitungen, Geburtsbegleitung durch eine Beleghebamme, Rückbildungsgymnastik und Stillberatung (ebd.).

In Deutschland übernimmt die Krankenkasse weit mehr Leistungen. In der Hebammengebührenverordnung sind diese festgeschrieben. So vergütet die Krankenkasse Leistungen im Bereich der Schwangerenvorsorge, bei der Geburt und im Wochenbett. Freiberufliche Hebammen können bis zu zwölf Beratungen einer Schwangeren, die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Geburtsvorbereitungskurse mit der Krankenkasse abrechnen. Weiters werden Geburten in Krankenhäusern, Geburtshäusern sowie Hausgeburten, Wochenbettbesuche, Rückbildungsgymnastik und Stillberatung übernommen (vgl. Heb-GV 1987).

Auch sind Hebammen in Deutschland in den **Mutterpass** integriert. Somit kann die Frau selbst entscheiden, ob sie die Untersuchungen in der

Schwangerschaft von einem Arzt/ einer Ärztin oder von einer Hebamme durchführen lassen will. Die im Mutterpass festgelegten Untersuchungen sind nicht an finanzielle Unterstützung gekoppelt und müssen nicht verpflichtend durchgeführt werden. Allerdings werden, anders als in Österreich, elf Schwangerschaftsuntersuchungen im Mutterpass empfohlen (vgl. Bohle 2001: 110ff).

In Österreich fordert das Österreichische Hebammengremium seit Jahren die Einbindung von Hebammen in den Mutter-Kind-Pass. Dies wäre ein wichtiger Schritt zur Integration der Hebammen in die Schwangerenvorsorge, da die Betreuung von Schwangeren durch Hebammen von der Krankenkasse bislang nicht abgegolten wird. Auch ist in Österreich der Erhalt des Kinderbetreuungsgeldes an die Erfüllung des Mutter-Kind-Passes gekoppelt (vgl. Bohle 2001: 117). Aufgrund der beschriebenen Umstände sind in Deutschland weit mehr Hebammen in der Schwangerenvorsorge tätig als in Österreich.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen Deutschland und Österreich liegt in der **Ausbildungsform**. In Österreich gab es bis 1994 Hebammenschulen. Im Zuge des neuen Hebammen-gesetz 1994 wurden die Hebammenschulen in Akademien umgewandelt und die Ausbildungsdauer von zwei auf drei Jahre verlängert. Voraussetzung für die Aufnahme ist das Maturaniveau. Im Zuge der Bologna-Deklaration, die die Vereinheitlichung des europäischen Hochschulraumes vorsieht, befinden sich die österreichischen Hebammen-akademien in einer Umbruchphase (vgl. Hebammenzeitung 2004). Die Umwandlung der Hebammenakademien in Fachhochschulen wurde in Graz, Krems, Salzburg und Innsbruck schon vollzogen. Durch die Umwandlung in Fachhochschulen wird den Studierenden ein weiterer universitärer Bildungsweg ermöglicht.

In Deutschland hingegen sind der Haupt- oder Realschulabschluss sowie die Vollendung des 17. Lebensjahres Voraussetzung für die Aufnahme in einer Hebammenschule (vgl. Hebammen-gesetz [HebG] 1983 § 7). Die Dauer der Ausbildung beträgt ebenfalls drei Jahre. Die auch für Deutschland geltende Bologna-Deklaration wurde noch nicht umgesetzt. Damit erfolgt die Anerkennung im Ausland erst nach zweijähriger Berufstätigkeit.

Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass das Österreichische Hebammengremium im Gegensatz zur deutschen **Hebammenvertretung**, dem

Bund Deutscher Hebammen, einen Kammerstatus inne hat. Somit gilt in Österreich für alle Hebammen eine verpflichtende Mitgliedschaft im Gremium. Weiters setzt das ÖGH den verpflichtenden Besuch einer bestimmten Anzahl von Fortbildungen fest. In Deutschland hingegen kann jede Hebamme für sich entscheiden, ob sie der Berufsvertretung beitreten will.

5.3 Die Position der Hebammen in Österreich und Deutschland

Welche gesellschaftliche Position nehmen Hebammen nun in verschiedenen Ländern ein? Fest steht, dass der Status von Hebammen in verschiedenen Ländern sehr variiert. Raymond DeVries geht in seinem Beitrag „*A cross-national view of the status of midwives*“ (1993) der Frage nach, welche Faktoren für den Status von Hebammen in verschiedenen Ländern verantwortlich sind und welchen Einfluss dieser auf die Zukunft des Hebammenwesens hat. Ich möchte im Folgenden auf DeVries Überlegungen eingehen und versuchen, diese auf die Situation der Hebammen in Österreich und Deutschland anzuwenden.

Die vielfältigen Ausprägungen des Hebammenberufes zeigen sich in vielen Bereichen. Der Weg, den eine Person beschreiten muss, um die Tätigkeit einer Hebamme ausführen zu dürfen, ist sehr unterschiedlich. Wie ich in Kapitel 2.2.2 gezeigt habe, wird in Guatemala beispielsweise die Hebamme von höheren Mächten berufen und muss sich ihrem Schicksal fügen, will sie nicht unter den Konsequenzen leiden. In manchen Gesellschaften übernehmen auch nahe Verwandte geburtshilfliche Tätigkeiten (vgl. Aijmer 1992: 3). In den Ländern, in denen eine formale schulische Ausbildung zur Ausübung des Hebammenberufes nötig ist, findet sich eine Vielzahl von Ausbildungsformen. Manchmal ist die Ausbildung von Hebammen an die der Krankenschwestern und –pfleger gekoppelt. Während in Deutschland die Vollendung des 17. Lebensjahres sowie der Hauptschul- oder Realschulabschluss erforderlich ist (vgl. HebG 1983 §7), können in Österreich nur Personen mit Matura die Ausbildung zur Hebamme absolvieren. Weiters nehmen Hebammen unterschiedliche Rollen im

Gesundheitssystem ein und sind in verschiedenen Bereichen tätig. Und letztendlich werden sie dementsprechend auch unterschiedlich entlohnt.

DeVries bezieht sich in seiner Analyse auf drei sich überlappende Bereiche, die Einfluss auf den Status von Hebammen haben: Technologie, gesellschaftliche Struktur, und Kultur:

Technologische Entwicklungen verändern den Status von Hebammen, da sie die Autorität von Hebammenwissen und –tradition in Frage stellen und die gesellschaftlichen Vorstellungen von Geburt verändern können. Ein Beispiel dafür ist die Entwicklung der Geburtszange, deren Gebrauch den Hebammen verboten war und die Schwächung des Hebammenberufes in Europa unterstützte. Durch den Einsatz neuer Technologien bestehe die Gefahr, dass Hebammen schrittweise ersetzt würden, da ihre spezifischen Wissensformen nicht mehr benötigt würden. Durch die Ablehnung aller anderen Wissensquellen in der Ausbildung, wie Intuition und die körperliche Erfahrung der Frau (siehe dazu Kapitel 3), gehen diese verloren und können nicht mehr an die zukünftigen Hebammengenerationen weitergegeben werden (vgl. DeVries 1993: 133ff).

Die **gesellschaftliche Struktur** wiederum beinhaltet politische, ökonomische, gesetzliche, erzieherische und religiöse Verbindungen zwischen medizinischen Organisationen und anderen gesellschaftlichen Institutionen (vgl. DeVries 1993: 133). Während Hebammen in manchen Ländern staatlich anerkannt und ins Gesundheitssystem integriert sind, nehmen sie anderswo eine eher marginale Position ein. Verantwortlich dafür ist die politische Struktur. Regierungen nehmen durch gesetzliche Bestimmungen, wie die Festlegung der Bezahlung von Hebammen, Einfluss auf deren Position. Ob Hebammenleistungen von öffentlicher Hand bezahlt werden, kann als Hinweis auf die Position der Hebammen in einem Land verstanden werden. Im Gegensatz zur Ärzteschaft verfügen Hebammen auch oft über keinerlei berufliche Verbindungen, über die sie Einfluss auf politische Entscheidungen nehmen könnten (vgl. DeVries 1993: 136ff).

Als letzten Punkt nennt DeVries **kulturelle Rahmenbedingungen**: „Midwifery will not long survive if it does not “make sense” in terms of the local culture.“ (DeVries 1993: 138). Welche Position Hebammen in einer Gesellschaft einnehmen ist beeinflusst durch die vorherrschenden kulturellen Wertvorstellungen in einer Gesellschaft und somit auch von Vorstellungen von

Schwangerschaft und Geburt und dem adäquaten Umgang damit. Konzepte von Technologie und dominante Geschlechterverhältnisse spielen hier ebenfalls eine Rolle (ebd.). Allerdings kann gesellschaftlicher Wandel die Position von Hebammen auch verbessern. In den 1960er und 1970er Jahren erhielten alternative Zugänge zu Geburt im Zuge der politischen Bewegungen dieser Zeit Aufschwung. Vorherrschende Ideen wurden hinterfragt und die Medikalisierung der Geburt kritisiert (vgl. DeVries 1993: 139).

Am Beispiel von *lay midwives* wird die dominante Position der Ärzteschaft auf einer strukturellen und kulturellen Ebene deutlich, Diese nutzten ihre Verbindungen zur Politik, um das Hebammenwesen zu schwächen und diese als gefährliche und schlecht ausgebildete Geburtshelferinnen diskreditieren. Versuche der *lay midwives*, vom Staat anerkannt zu werden und eine Lizenz zu erhalten, stießen auf großen Widerstand der Ärzteschaft (vgl. deVries 1993: 140). Die Beziehung zwischen Hebammen und dem Ärztstand in einem Land ist freilich sehr unterschiedlich. In Kapitel 6.1.2 möchte ich auf diese Beziehung aus Sicht meiner Interviewpartnerinnen eingehen.

Letztlich stellt DeVries die These auf, dass Berufsgruppen in dem Maße an Macht gewinnen könnten, wie sie es schaffen, Risiko für ihre KundInnen zu minimieren. Dies gelte auch für Hebammen. Wo Hebammen die ersten Ansprechpartnerinnen sind, um Risikominimierung in Schwangerschaft und Geburt zu betreiben, würden sie einen höheren Status einnehmen. Wenn andere Berufsgruppen ein besseres Risikomanagement anbieten könnten, oder das Risiko der Geburt sinke, würden sie an Status verlieren. Dementsprechend erhöhe sich der Status der ÄrztInnen durch steigende Kaiserschnittraten (vgl. 1993: 143ff).

Ausgehend von dieser These zeichnet DeVries ein pessimistisches Bild von der Zukunft des Hebammenberufes und warnt vor einer Strategie, Hebammen als Expertinnen von Geburten mit niedrigem Risiko zu positionieren. Folgend seiner These wird jenen Macht verliehen, die hochriskante Situationen meistern können. Aber um dies zu erreichen, müssten Hebammen ihre Tradition, ihr spezifisches Wissen und ihre Identität opfern (ebd.).

Wie ist nun die Position der Hebammen in **Österreich und Deutschland?**

Im österreichischen Hebammengesetz sind die „Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge“ (HebG 1994, §2) als Tätigkeiten des Hebammenberufes festgelegt. Gleiches gilt für den deutschen Hebammenberuf (vgl. HebG 1985, §5). Weiters gilt in beiden Ländern seit dem Hebammengesetz 1938 die Hinzuziehungspflicht, nach der bei jeder Geburt eine Hebamme zugezogen werden muss. (HebG 1985, §4; HebG 1994, §3). Umgekehrt gibt es allerdings keine Pflicht auf Seite der Hebammen, bei der Entbindung einen Arzt zuzuziehen. Damit wird den Hebammen ein Tätigkeitsmonopol für die Geburtshilfe zugestanden. Sie sind dazu befugt, als normal geltende Geburten eigenverantwortlich zu leiten und sind nicht von ärztlichen Weisungen abhängig (vgl. Neuscheler 1991: 48).

„Erst bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidrigen oder gefahrdrohenden Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbetts darf die Hebamme ihren Beruf nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin/ einem Arzt ausüben.“ (HebG 1994, §4 (1)).

Die Zuständigkeit der Hebamme für die Geburt ist also durch die Hinzuziehungspflicht sichergestellt. Diese Tatsache sagt aber nicht viel über ihre tatsächliche Autonomie aus. Die in Kliniken angestellten Hebammen müssen sich häufig, obwohl sie per Gesetz die eigenverantwortliche Leitung der Geburt überhaben, an Weisungen von Seiten der Verwaltung und Ärzteschaft halten (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 137). Ihr Gestaltungsspielraum ist daher eingeschränkt. Durch die unklaren Grenzen zwischen normalen und pathologischen Verläufen sind die Bereiche der Berufsgruppen auch schwer zu trennen.

Freiberufliche Hebammen haben zwar eine größere Autonomie, nehmen aber trotzdem eine marginalisierte Position ein, da in Österreich nur wenige Hebammenleistungen aus öffentlicher Hand (angemessen) bezahlt werden, wodurch sich die Einkommenssituation freiberuflich tätiger Hebammen oft schwierig gestaltet. In Österreich sind die meisten Hebammen einzeln tätig, eine Situation, die durch die Rufbereitschaft sehr belastend sein kann. Gemeinschaftsprojekte wie Geburtshäuser und Hebammenpraxen sind in Deutschland häufiger anzutreffen und Leistungen dieser Art werden von der Krankenkasse beglichen (vgl. Oblasser 2004: 23).

Auch trifft die Hausgeburtsilfe in der Ärzteschaft auf Widerstände und wird häufig als gefährlich dargestellt. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) forderte das Verbot von Hausgeburten, da ihrer Meinung nach die Mortalität bei außerklinischen Geburten wesentlich höher wäre als bei Klinikgeburten. Studien zeigten hingegen, dass dies nicht zutreffen würde und verlangten eine genauere statistische Auswertung von Mortalität und Morbidität (vgl. Lindner/Lindner 1995).

Weiters wird den Hebammen in beiden Ländern vom Gesetz her mehr zugestanden, als sie in der Realität leisten. In beiden Ländern ist ein Großteil der Hebammen nur im Bereich der Geburt tätig. Wochenbettbetreuung wird häufig von Krankenschwestern- und pflegern geleistet. Die Betreuung der Frau in der Schwangerschaft ist fest in der Hand von ÄrztInnen. Auch in der Öffentlichkeit sind Angebote von Hebammen, die über die Betreuung bei der Geburt hinausgehen, nicht sehr bekannt.

Obwohl freiberufliche Hebammen, die Hausgeburten anbieten, in einer kleinen Nische der geburtshilflichen Versorgung tätig sind, steigt das Interesse an alternativen Möglichkeiten. Akupunktur und Homöopathie beispielsweise werden zunehmend von Frauen nachgefragt und teilweise auch in Kliniken angeboten. Allerdings werden diese Methoden gerne zusätzlich zur den Angeboten einer hochtechnologischen Versorgung genutzt, und gehen weniger mit einer Ablehnung der medizinischen Perspektive einher.

Einfluss auf die Stellung der Hebammen in einem Land haben kulturelle Rahmenbedingungen. 2007 bekam in Österreich jede Frau statistisch gesehen 1,38 Kinder (vgl. Statistik Austria 2008), in Deutschland 1,37 (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2008). Durch das Sinken der Geburtenraten werden die Prozesse von Schwangerschaft und Geburt zu einschneidenden und oft einmaligen Momenten in den Lebensbiographien von Frauen, die immer weniger in der unmittelbaren Umgebung „erfahrbar“ sind. Weiters bietet die Medizin heute viele Möglichkeiten, in die Prozesse von Schwangerschaft und Geburt lenkend einzugreifen. Dies kann zur Vorstellung der Machbarkeit und Planbarkeit dieser Prozesse führen.

Hebammen sind nicht die ersten Ansprechpartnerinnen von schwangeren Frauen. Meist sind der Gynäkologe oder die Gynäkologin die erste Anlaufstelle.

Der größte Teil der Frauen hat erst kurz vor der Geburt Kontakt mit der Hebamme, die sie bei der Geburt betreuen wird. Dies hängt nicht nur mit der strukturell ungünstigen Situation der Hebammen zusammen, sondern auch mit den vorherrschenden Vorstellungen über Schwangerschaft und Geburt und deren Bedeutung als riskante Prozesse.

Hebammen sind zwar fester Bestandteil des Gesundheitssystems, nehmen hier aber eine relativ unwichtige Position ein. Vorwiegend bei der Geburt selbst tätig, spielen sie in den anderen Bereichen ihres eigentlichen Tätigkeitsfeldes eine nur geringe Rolle. Auch sind Hebammen in Österreich und Deutschland nur für die Betreuung von „normalen“ Geburten zuständig.

Zur Analyse der Zukunft des Hebammenberufes müssten laut DeVries drei Ebenen bedacht werden: Er unterscheidet die Interessen von Hebammen als Personen von den Interessen des Hebammenwesens als Berufsgruppe, sowie von den Interessen der Frauen, die sie betreuen.

Eine angemessene Bezahlung, geregelte Arbeitszeiten und Zeit für das Privatleben wären Interessen der Hebammen als Personen. Im Interesse der Hebammen als Berufsgruppe läge eine Organisationsform, die Autonomie und Gestaltungsfreiheit bietet. Ein breites geburtshilfliches Angebot läge im Interesse der Frauen. Diese haben mehr Wahlfreiheit, wenn sie zwischen Alternativen wählen können. Demnach wären die Angebote autonom arbeitender Hebammen im Interesse der Frauen (vgl. DeVries 1993: 141ff).

Die Interessen der beschriebenen Ebenen können sich widersprechen. DeVries nennt als Beispiel die Niederlande, wo Hebammen relativ autonom arbeiten. Unregelmäßige Arbeitszeiten aber sind anstrengend und können das Privat- oder Familienleben beeinträchtigen, und liegen nicht im Interesse der Hebammen als Personen (ebd.).

Für Österreich und Deutschland lässt sich in Bezug auf die **beruflichen Interessen** der Hebammen aus oben beschriebenen strukturellen und kulturellen Gründen konstatieren, dass ihrem Bedürfnis nach Gestaltungsfreiheit und Autonomie in der Praxis nur in geringem Maße entsprochen wird. Dies werde ich im Laufe der Arbeit anhand meines Interviewmaterials zeigen. Allerdings möchte ich DeVries Annahme, dass berufliche Autonomie von Grund auf im Interesse der Hebammen liegt, hinterfragen. Denn ein hoher Grad an Autonomie ist mit einem

Zuwachs an Verantwortung für alle Hebammen verbunden. So mag ein höherer Grad an Autonomie im Interesse der Berufsgruppe liegen, dem **Interesse einzelner Personen** aber widersprechen. Es kann bequemer sein, dem Arzt oder der Ärztin die Verantwortung über eine Entscheidung oder einen Eingriff zu überlassen. In Bezug auf die österreichischen Hebammen nimmt Claudia Oblasser, Hebamme und M.A. in *Midwifery Practice*, den Wunsch nach mehr Autonomie im Arbeitsalltag oft nur eingeschränkt wahr. Der Hebammenstand als Gesamtes jedoch strebe nach einem höheren Grad an Autonomie (vgl. Oblasser 2004: 24).

Im Interesse der **Hebammen als Personen** liegt weiters wie erwähnt eine geregelte Arbeitszeit und Zeit fürs Privatleben. Angestellte wie freiberufliche Hebammen jedoch haben häufig mit einer hohen Arbeitsbelastung zu kämpfen.

Dies veranschaulicht das Beispiel von Christine Lutz, die als angestellte und freiberufliche Hebamme in der Vor- und Nachsorge tätig ist. Wie die meisten freiberuflichen Hebammen arbeitet sie nicht im Team, wodurch sie die durch die Rufbereitschaft hohe Arbeitsbelastung alleine tragen muss. Dies hat Auswirkungen auf ihr Privatleben:

„Das ist einfach der klassische Beruf fürs Burn-Out-Syndrom, und da hängen natürlich auch genug Leute mit einem Burn-Out-Syndrom herum. (...) Es ist sicher eine Berufsgruppe mit vielen engagierten Frauen, aber (...) sie sind müde, es ist einfach anstrengend. Ich bin auch müde, und ich arbeit jetzt drei Jahre, und bin`s einfach zu gach angegangen. Ich wollt halt unbedingt in der Schwangerenbetreuung sein, ich wollt unbedingt Frauen zu Hause im Wochenbett betreuen, aber (...) Geburt ist nicht planbar. Das heißt, ich mach mir irgendwann im Jänner aus, ich betreu eine Frau im April nach. Hab ich dann vielleicht das Problem, dass ich ganz gern auf Urlaub fahren würde. Geht nicht. (...) Man muss halt so flexibel sein. Und (...) dann entbindet die halt, und dann hast du halt endlich mal drei Tage frei und Freitag, Samstag, Sonntag, und dann fahrst du da Visiten machen. Und dann klettert man irgendwann in der Dunkelheit, kriecht man aus dem Bett, macht sich davon, macht seine Visite, die Familie hat das Gefühl, du hast nichts anderes zu tun den ganzen Tag als bei ihnen zu sein, für die gibt's keine Zeit, keinen Raum, die sind nur mit ihrem Baby. Und du denkst dir halt, ja okay, mein Freund liegt jetzt zu Haus und hofft, dass ich vielleicht vor Mittag noch einmal heim komm. Drum wird sich da auch viel ändern, (...) Hebammen waren halt früher allein stehende Frauen ohne Familie, und ich bins jetzt auch. Und das ist schon ein hoher Preis, und ich möchte ihn halt auch nicht zahlen, und den wollen viele nicht zahlen. (...) Es ist halt mehr Berufung als Beruf.“ (Christine Lutz, A)

Negative Auswirkungen auf ihr Privatleben beschreibt auch Angelika Sturmvoll, die die Stelle einer leitenden Kreißsaalhebamme inne hat. Durch die vielen Überstunden, die sie leisten muss, habe sie kaum noch Freizeit.

„Und ich merk einfach für mich persönlich, dass ich kaum noch Zeit hab, Freundschaften zu pflegen. Ich hab noch meine Tochter, die ist halt im Moment noch sechzehn, und im Moment ist sie noch zu Hause. (...) Und das tut mir schon manchmal leid, dass ich dann relativ wenig Zeit jetzt für sie habe. Das Privatleben leidet schon darunter, und das ist mal klar was, was eigentlich zufrieden macht, dauerhaft. Also das find ich persönlich schon belastend.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Die **Interessen der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin** liegen laut DeVries in der Wahlfreiheit. Diese ist in Österreich in Bezug auf die Schwangerenvorsorge definitiv nicht gegeben, da Hebammen hier nicht in den Mutter-Kind-Pass integriert sind und eine Frau somit nicht selbst wählen kann, ob sie die Untersuchungen von einem Arzt/ einer Ärztin oder einer Hebamme durchführen lässt. Auch das geringe Angebot an Geburtshäusern und Hebammengeleiteten Kreißsälen bedeutet eine Einschränkung der Wahlfreiheit für schwangere Frauen. Wie in Kapitel 5.2 gezeigt, ist die Situation in Deutschland diesbezüglich anders. Hier muss jedoch bedacht werden, dass die Möglichkeit, aus einem großen geburtshilflichen Angebot auswählen zu können, ebenso zu großer Verunsicherung führen könne (vgl. Ensel 2007: 12). Dann wäre es die Aufgabe der Hebamme als Lotsin, die Frau in ihrer Entscheidung zu unterstützen (vgl. Kirchner 2005). Welche Bedeutung die Interessen der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin nun für die Zukunft des Hebammenstandes haben, werde ich in Kapitel 6.2.2 besprechen.

6 Das Ende der Hebammenkunst?

Im folgenden Teil meiner Arbeit geht es um die Beurteilung der heute stattfindenden Geburtshilfe aus Sicht meiner Interviewpartnerinnen. Neue technisch-medizinische Möglichkeiten und Trends in der Geburtshilfe, wie die Entbindung per Kaiserschnitt oder Pränataldiagnostik, sowie gesellschaftliche Entwicklungen, setzen den Berufsstand der Hebammen einem großen Veränderungsdruck aus. Vielfach äußerten meine Interviewpartnerinnen große Sorge über den Fortbestand des Hebammenberufes.

Warum nun aber *Hebammenkunst*? In dieser Arbeit verstehe ich unter Hebammenkunst jene Vorstellungen, die von meinen Interviewpartnerinnen als ideale Vorstellungen einer Geburtshilfe bezeichnet wurden. Ich beziehe mich damit also nicht auf bestimmte Fertigkeiten der Hebammen, sondern auf die aus Sicht meiner Interviewpartnerinnen bedroht erscheinende Hebammengeburtshilfe. Diese wird in Kapitel 6.1.4 vorgestellt werden.

Die Verwendung des Begriffes „Hebammenkunst“ ist sicherlich hinterfragbar. Er trägt einer Teilung in eine wissenschaftliche, biomedizinische, rationale Geburtshilfe und eine holistische, intuitive Hebammengeburtshilfe Rechnung, die der Realität nur in geringem Maße entspricht. Er wird jedoch, ohne dass dahinter ein einheitliches Konzept stehen würde, häufig für eine von Hebammen geleistete Geburtshilfe verwendet. Alfred Rockenschaub (2005) gebrauchte den Begriff der Hebammenkunst zur Abgrenzung von der Geburtsmedizin. Seines Erachtens liegt die Kunst der Geburtshilfe darin, „Körper (Soma) und Seele (Psyche) zu korrelieren und bedarf biologischen Wissens und der Gabe, dieses Wissensgut in sozialer Weise gewissenhaft in Anwendung zu bringen.“ (Rockenschaub 2005: 475). Ich möchte den Begriff der Hebammenkunst verwenden, da die von mir interviewten Hebammen – manche mehr, manche weniger – die praktizierte Geburtshilfe als Autoritäres Wissen ablehnen und sich von ihr distanzieren. Der Begriff Hebammenkunst macht dies deutlich.

Die folgenden Kapitel basieren auf den Ergebnissen meiner Interviewanalyse. Falls nicht anders gekennzeichnet handelt es sich um die Meinung und Sichtweise der von mir interviewten Hebammen. Diese Sichtweisen

weisen eine kulturelle Dimension auf und müssen als Produkt kultureller und historischer Prozesse verstanden werden. Sie sind somit abhängig von kulturell vorherrschenden Vorstellungen von Körper und Geburt. Diese wurden in Kapitel 2 angesprochen.

Ich möchte zuerst auf das berufliche Selbstverständnis der von mir interviewten Hebammen eingehen, weiters dann das Dilemma der Hebammen anhand zweier Spannungsfelder darlegen.

6.1 Das berufliche Selbstverständnis

Das berufliche Selbstverständnis der Hebammen ist das Ergebnis historischer Entwicklungen und gesellschaftlicher Machtverhältnisse und kann nicht losgelöst von diesen betrachtet werden. Diese wurden in Kapitel 5 ansatzweise dargestellt. Hier möchte ich mich im Folgenden der professionellen Identität meiner Interviewpartnerinnen annähern und auf ihre Positionierung gegenüber anderen Berufsgruppen eingehen. Daran anschließend werde ich die von ihnen subjektiv wahrgenommene, gesellschaftliche Wertschätzung gegenüber Hebammen untersuchen. Letztlich möchte ich die Ideale der Hebammen skizzieren, die unter den Bedingungen der heutigen Geburtshilfe einen neuen Stellenwert bekommen.

6.1.1 Identifikation mit der eigenen Berufsgruppe

Auffallend in den Interviews war ein hoher Identifikationsgrad mit der eigenen Berufsgruppe.²⁹ In der Sprechweise über den eigenen Berufsstand dominierte die „Wir“-Form. Die Ansicht, dass der Hebammenberuf ein besonderer Beruf sei, war bei meinen Interviewpartnerinnen stark verbreitet:

„[Ich finde,] dass es ein ganz toller Beruf ist, dass es ein spannender Beruf ist. Dass es ein Beruf ist, mit ganz viel Herz, mit ganz viel Wärme, und dass man ganz, ganz viel Wissen braucht.“ (Herta Krug, D)

²⁹ Die starke Identifikation mit dem Beruf kam auch in verschiedenen Untersuchungen zur Berufsmotivation von Hebammen zum Ausdruck (vgl. Neuscheler 1991:67).

In den Interviews zeigte sich, dass die Hebammen ihren Beruf sehr gerne ausüben, die Zufriedenheit mit ihrer konkreten Arbeitssituation aber eher niedrig ist. Dafür sind verschiedene Faktoren, wie eine hohe Arbeitsbelastung, das Unterwerfen unter klinische Strukturen und eine schlechte Bezahlung verantwortlich. Dem Berufsideal stehen die realen Arbeitsbedingungen gegenüber, wie aus folgendem Zitat von Paula Matjes deutlich wird.

„Es ist schon ein besonderer Beruf, der steht eben ganz am Anfang des Lebens. (...) Wenn die Arbeitszeiten nicht so ätzend wären, und die Besetzung schöner wäre, dann wärs der beste Beruf. Also ich bin immer noch wirklich gerne Hebamme.“ (Paula Matjes, D)

Weiters ist der Hebammenberuf im Selbstverständnis der Hebammen vor allem ein praktischer Beruf, der mit viel Gespür und Gefühl zu tun hat. Christine Lutz ist in einem Krankenhaus angestellt und arbeitet nebenbei freiberuflich in der Vor- und Nachsorge.

„Also ich hab halt den Eindruck, Hebamme war, oder ist immer ein Handwerk eigentlich gewesen. Was ich auch sehr schön find. Das ist einfach was, was man mit den Händen macht und mit den Händen lernt und [für das man] sehr, sehr viel Rundherum-Wissen braucht.“ (Christine Lutz, A)

Meine Interviewpartnerinnen betonten, dass sie gerne eigenständig arbeiten. Sie sehen sich nicht als Zureicherinnen oder Assistentinnen, sondern als selbstständige Berufsgruppe. Die starke Betonung dieser Tatsache von Seiten meiner Interviewpartnerinnen weist meines Erachtens darauf hin, dass eigenverantwortliches und autonomes Arbeiten in ihrem Arbeitsalltag nicht immer selbstverständlich ist.

6.1.2 Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen

Identitäten werden in Abgrenzung zu einem „Anderen“ konstruiert. Die professionelle Identität der Hebammen bildet sich entlang von Berufsgruppen, die in denselben oder benachbarten Tätigkeitsfeldern arbeiten. Oft werden

Gemeinsamkeiten unterbewertet, währenddessen Unterschiede hervorgehoben werden (vgl. Kent 2003).

Hinter der starken Betonung der Unterschiede steckt der Anspruch, nur Hebammen könnten die Phasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in ihrer Gesamtheit abdecken. Diese Prozesse erforderten eine ganzheitliche Betreuung, die nur eine Hebamme bieten könne. KrankengymnastInnen, die Geburtsvorbereitung anbieten, Stillberaterinnen und Doulas seien nicht geeignet, die Betreuung der Frau angemessen durchzuführen, da ihre Erfahrung auf nur einen Teil des gesamten Prozesses begrenzt ist.³⁰ Besonders die in Österreich und Deutschland noch nicht so bekannten Doulas werden häufig als Eindringlinge in den angestammten Bereich der Hebammen wahrgenommen.

Die starke Abgrenzung von anderen Berufsgruppen und die Bewertung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Tätigkeitsbereiche, die in erster Linie den Hebammen vorbehalten sein sollten, weist auf eine weitere Dimension der Selbstpositionierung hin: Den Versuch, die eigene Position und Bedeutung in diesen Bereichen zu stärken und gegenüber „KonkurrentInnen“ zu verteidigen.

Die Berufsgruppen, mit denen Hebammen am meisten zusammenarbeiten, sind ÄrztInnen und Krankenschwestern und -pfleger. Ihnen gegenüber äußerten sich meine Interviewpartnerinnen in unterschiedlicher Art und Weise. Während Konflikte in der Zusammenarbeit weniger im Vordergrund standen, wurden die grundsätzlichen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hervorgehoben. Hierbei kristallisierten sich geteilte Zuständigkeiten und die Überlappung der Tätigkeitsfelder als Spannungsfelder heraus.

Häufig zogen meine Interviewpartnerinnen den unterschiedlichen Zugang von **ÄrztInnen** zur Geburtsthematik als Abgrenzungsmerkmal heran. Die von mir interviewten Hebammen begreifen die Prozesse von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als „physiologische“ Prozesse, während MedizinerInnen aufgrund ihrer Ausbildung einen pathologie-orientierten Zugang hätten. Somit wären aus Sicht der Hebammen für die Begleitung von Geburten allein Hebammen zuständig, erst beim Auftreten von Komplikationen müsste ein Arzt

³⁰ Doulas begleiten Frauen bei der Geburt. Sie leisten keinerlei medizinische Hilfe, sondern unterstützen die Frauen auf einer emotionalen Ebene.

oder eine Ärztin zugezogen werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Geburt normal verläuft, bis das Gegenteil bewiesen ist (vgl. Hildebrandt 2008:99).

Waltraud Lang sieht Hebammen als Expertinnen für „normal“ verlaufende Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten:

„Man bracht da auch keine Ärzte für ne Wochenbettvisite oder ne Abschlussuntersuchung. Auch die sind für die Pathologie, es ist ein physiologischer Prozess, die haben da alle nix verloren.“ (Waltraud Lang, D)

Denn ÄrztInnen wären auf mögliche Komplikationen konzentriert. Dies zeige sich besonders bei Hausgeburten, die von dem Großteil der ÄrztInnen als gefährlich und verantwortungslos eingestuft würden. Antonia Kleibing, die in Wien arbeitet, meint dazu:

„Und das hängt auch damit zusammen, dass eben sehr viele Ärzte das gar nicht so kennen, die normale Geburt, wie das so ablaufen kann.“ (Antonia Kleibing, A)

Ein Beispiel für die Überlappung der Tätigkeitsbereiche ist die Schwangerenvorsorge. Während meine Interviewpartnerinnen diese als eigentliche Aufgabe von Hebammen betrachten, liegt sie in der Realität fast ausschließlich in der Hand von FachärztInnen, obwohl die Betreuung einer Schwangerschaft ohne Komplikationen laut den Hebammengesetzen beider Länder eigenverantwortlich von Hebammen ausgeführt werden kann (vgl. HebG. 1994, §2; HebG. §5).

In Deutschland sind Hebammen seit 1986 berechtigt, bei normal verlaufenden Schwangerschaften Vorsorgeuntersuchungen selbstständig durchzuführen (vgl. Schumann 2006: 143). Waltraud Lang, die selbst im Berufsverband der deutschen Hebammen tätig ist, beklagt aber, dass in dem für den Mutterpass zuständigen Gremium noch immer keine Hebammen vertreten sind:

„Viele Ärzte denken: Das ist mein Mutterpass. Wer hat da in meinen Mutterpass geschrieben?! Solche Sachen. Also ohne zu blicken, es ist der Mutterpass dieser Frau, die an der Schwangerenvorsorge beteiligten Berufsgruppen dürfen ihre Ergebnisse dokumentieren. Und dass wir uns immer noch so nach dem richten müssen, was da ärztliche Vorsorge vorgibt, (...) das ist eine Katastrophe.“ (Waltraud Lang, D)

Die Dominanz der Ärzteschaft in der Schwangerenvorsorge wird auch von anderen meiner Interviewpartnerinnen kritisiert. Denn aufgrund des pathologieorientierten Zuganges, den meine Interviewpartnerinnen ÄrztInnen zuschreiben, seien diese nicht in der Lage die Betreuung von „normal“ verlaufenden Schwangerschaften angemessen durchzuführen.

Für Antonia Kleibing besteht Schwangerenvorsorge aus sozialer, psychischer und medizinischer Betreuung. ÄrztInnen könnten jedoch nur einen Teil davon abdecken:

„Die Ärzte [sehen] das nur sehr klinisch (...), nur sehr medizinisch. [Sie sehen] den Zusammenhang nicht so (...), dass einfach die Frau Zuversicht finden muss in der Schwangerschaft, und ein Vertrauen in die Sache finden muss, und dass ihre Ängste und Fragen auch besprochen werden. (...) Also nicht nur, dass man den medizinischen Check macht, weil der allein, der gibt der Frau nicht dieses Selbstvertrauen, die Selbstsicherheit.“ (Antonia Kleibing, A)

Allein die Hebamme sei aufgrund ihres ganzheitlichen Zuganges in der Lage, Frauen in der Schwangerschaft angemessen zu betreuen. Deshalb fordert Antonia Kleibing für Österreich die Einbindung der Hebammen in den Mutter-Kind-Pass.

„Das wichtigste Anliegen für die Hebammen ist (...), dass die Hebamme, so wie es eigentlich sein soll, bei regelwidrigen Schwangerschaftsverläufen den Arzt hinzu zieht, und nicht umgekehrt.“ (Antonia Kleibing, A)

In der **Praxis** sind die Grenzen zwischen „normalen“ und pathologischen Verläufen allerdings fließend, wodurch die Zuständigkeitsbereiche von ÄrztInnen und Hebammen oft nicht klar definierbar sind. Daraus resultiere ein hohes Konfliktpotenzial (vgl. Neuscheler 1991: 49). Hildebrandt berichtet von einer Reihe von Konfliktfeldern: Das ärztliche Eingreifen in physiologische Geburtsverläufe und das Gegenprüfen von vaginalen Tastbefunden seien Symptome der oft gespannten Beziehung zwischen Hebammen und ÄrztInnen. Weiters würden Konflikte durch unkollegiales Verhalten und das ungenaue Weitergeben von Befunden ausgetragen. Besonders unangenehm ist es, wenn Konflikte vor der Gebärenden stattfinden (Hildebrandt 2008: 98f).

Meine Interviewpartnerinnen jedoch berichteten größtenteils von einer guten Zusammenarbeit mit ÄrztInnen. Die einzige Hebamme, die Konflikte zwischen ÄrztInnen und Hebammen direkt ansprach, war Angelika Sturmvoll:

„Ja, dass es durchaus Ärzte gibt, die überhaupt keine Rücksprache halten, mit uns, die uns überhaupt nicht in die Planung mit einbeziehen. Die den Saal betreten und sagen: Ich mach jetzt mal die Blase auf. Und dann ist das entschieden. Ob das jetzt grade günstig ist, oder ob ich vielleicht sagen würde: Es wär vielleicht günstiger für Mutter und Kind die Blase noch zuzulassen oder was, das spielt dann überhaupt keine Rolle. Und da wird dann ganz klar oft die Macht der Ärzte rausgekehrt, die dann ganz klar sagen: Ich bin jetzt aber hier der Arzt und ich mach das jetzt weil ich das für richtig halte. Und dann haben wir uns dem zu fügen. Und das ist auch wirklich ein Problem.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Sicherlich sind persönliche Sympathien und die jeweiligen klinischen Strukturen für eine gute Zusammenarbeit wichtig, wie meine Interviewpartnerinnen betonten. Interessant ist jedoch, dass von grundsätzlich unterschiedlichen Zugängen sehr wohl berichtet wurde. Aus diesem Grund vermute ich, dass von möglicherweise vorhandenen Konflikten mit ÄrztInnen auch aus anderen Gründen, wie der Klinikhierarchie, wenig berichtet wurde. Denn häufig wurde betont, dass die Selbstbehauptung der Hebammen für eine gute Zusammenarbeit essentiell sei. Um von den ÄrztInnen anerkannt zu werden, sei es wichtig, die eigenen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen und sich seine Position zu erkämpfen. Gertrud Haller ist seit zwei Jahren in einem Wiener Spital angestellt:

„Also ich hab's recht gut, [bei uns] ist die Zusammenarbeit wirklich super. Deswegen hab ich auch dort angefangen, da ist wirklich eine Wertschätzung und die Ärzte (...) checken die Hebammen am Anfang mal so a bissl ab und wenn sie wissen, (...) wie arbeitet die und wie weit kann ich (...) der vertrauen, (...) wenn die merken, ja, die hat was drauf und weiß, wann sie wen rufen soll, dann lassen sie uns arbeiten, wie wir wollen. Und wir rufen die Ärzte dann wirklich nur wann was ist. Aber das ist nicht in allen Häusern so.“ (Gertrud Haller, A)

Auch aus Karina Edlingers Zitat wird deutlich, dass sie nur nach ihren Vorstellungen arbeiten kann, weil sie sich ihre Position erkämpft hat. Sie ist seit 24 Jahren als Hebamme tätig.

„Also du musst dir als Hebamme einmal einen Namen machen unter den Ärzten, du musst ihnen allen beweisen, dass du was kannst. Dann funktioniert sehr gut. Und es gibt immer wieder Ärzte, wir haben auch so eine Oberärztin, [mit der ich] immer wieder Schwierigkeiten hab und sag, mit so einer Art von Geburtshilfe

kann ich nicht leben. Das machen wir nicht. Aber ich kann das jetzt irgendwie sagen, weil ich [mir] so meinen Platz (...) erkämpft [hab]. Oder weil einfach auch der Chef hinter mir steht. Ja. Und wir beide (...) die Geburtshilfe noch (...) [leben lassen] und nicht die Geburtsmedizin.“ (Karina Edlinger, A)

Die Notwendigkeit der Selbstbehauptung gegenüber ÄrztInnen weist auf die in der Klinik wirkende Hierarchie hin. Herta Krug betont, dass Hebammen oft um ihre Eigenständigkeit kämpfen müssten. Letztendlich könne eine gute Zusammenarbeit jedoch nur eine Bereicherung sein:

„Also da einen guten Weg zu gehen zwischen (...) Anerkennung gegenseitiger Kompetenzen. Und Ergänzung in den Kompetenzen. Also ich bin einfach froh (...) in der Pathologie hoffentlich dann sehr erfahrene, kompetente Ärzte an meiner Seite zu haben. Aber wünsche mir umgekehrt auch, dass sie meine Kompetenz achten, physiologische Geburtsverläufe begleiten zu können. Und mir auch den Raum geben dazu. Also dass ich nicht immer drum kämpfen muss. Medikalisierung wieder Stichwort. Nein, es ist noch normal, Sie kennen es nicht, aber es ist noch normal. Kuck doch zu, wie die Entwicklung ist, es wird!“ (Herta Krug, D)

Neben den ÄrztInnen sind es **Krankenschwestern und -pfleger** auf Wöchnerinnenstationen, die nach Meinung der Hebammen einen Tätigkeitsbereich innehaben, der eigentlich den Hebammen vorbehalten sein sollte. Denn obwohl die Wochenbettbetreuung ein zentraler Teil der Hebammentätigkeit ist und auch als solche im Hebammengesetz verankert ist (siehe Kapitel 5.3), sind nach wie vor die meisten Wöchnerinnenstationen mit Krankenschwestern und -pflegern besetzt. Auch hier kann die Überlappung der Aufgabengebiete zu Konkurrenz und Konflikten führen.

In den Interviews wurde die Wochenbettbetreuung häufig als eindeutige Aufgabe von Hebammen bezeichnet. So sei nur die Hebamme aufgrund ihres ganzheitlichen Zuganges fähig, die Wochenbettbetreuung optimal durchzuführen. Krankenschwestern und -pfleger hingegen würden einen pathologie-orientierten Ansatz vertreten. Waltraud Lang, die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Krankenschwestern- und -pflegern auf der Wochenstation sammeln konnte, sieht die Wochenbettpflege als eindeutige Hebammenaufgabe:

„Was ein Riesenknackpunkt ist, (...) das ist, dass Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern aus Hebammensicht eigentlich auf ner Wochenbettstation nichts verloren haben (...). Weil das ist Wochenpflege, und Säuglingspflege, und das gehört eigentlich in die Hand von Hebammen.“ (Waltraud Lang, D)

Auch seien Schwestern und Pfleger aufgrund ihrer Ausbildung auf nur einen Teil des gesamten Prozesses konzentriert, wohingegen die Hebamme die auftretenden Probleme in ihrer Gesamtheit beurteilen könne.

„Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern (...) sehen die Frau viel eher in dem klassischen unterteilten Bild: Die Krankenschwester kuckt auf den Uterus und auf die Naht. Die Kinderkrankenschwester kuckt aufs Kind und auf die Brust. Dass sie einfach diese Frau noch mal so zerteilen.“ (Waltraud Lang, D)

Abgesehen von dem unterschiedlichen Zugang zu den Prozessen nach der Geburt wird Krankenschwestern und -pflegern auch unterstellt, sie könnten den besonderen Anforderungen der Wochenbettbetreuung nicht gerecht werden. So bräuchten Wöchnerinnen neben praktischer Hilfe auch emotionale Unterstützung. Karina Edlinger kritisiert die reduzierte Betreuung der Wöchnerinnen durch Krankenschwestern und -pfleger:

„Die schauen, (...) dass die Patienten gewaschen, geschneuzt und gekämmt sind und dass die Anordnungen vom Arzt durchgeführt werden. Aber dass sie sich hinsetzen und reden, und (...) eine Frau, die einfach unsicher ist beim Stillen, die zu unterstützen, das dauert oft Stunden, und da sitzt ja nur neben dem Bett. (...) Diese Unterstützung machen Krankenschwestern nicht.“ (Karina Edlinger, A)

Fraglich ist jedoch, wie viele Hebammen auch wirklich auf einer Wöchnerinnenstation arbeiten wollten. Waltraud Lang, die selbst die Leitung einer Wochenstation inne hatte, zweifelt an der Bereitschaft vieler Kolleginnen.

„Die wenigsten Hebammen wollen tatsächlich auf einer Wochenstation arbeiten. Ich persönlich arbeite eigentlich gerne auf `ner Wochenstation, also hab das auch schon oft getan, und sehe das ganz eindeutig als Hebammenaufgabe.“ (Waltraud Lang, D)

Als Möglichkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Krankenschwestern und -pflegern sei jedoch die integrative Wochenbettbetreuung. Hierbei wird die herkömmliche Trennung zwischen Neugeborenenzimmer und Wöchnerinnenstation aufgehoben, wodurch VertreterInnen beider Berufsgruppen gemeinsam auf der Wochenstation

arbeiten. Es könne eine Bereicherung sein, die Personalbesetzung der Wochenstation interdisziplinär zu gestalten, da so die jeweiligen Kompetenzen gut genutzt werden könnten.

Auffallend ist, dass gegenüber Krankenschwestern und -pflegern nicht von der Notwendigkeit der Selbstbehauptung berichtet wurde. Auch weist die Sprechweise über die verschiedenen Berufsgruppen Unterschiede auf. Denn während ÄrztInnen in der Klinikhierarchie über Hebammen stehen, nehmen Hebammen und Schwestern eine ähnliche Position in der Hierarchie ein. Durch das den Hebammen zugestandene Tätigkeitsmonopol in der Geburtshilfe haben Hebammen jedoch eine über die der Krankenschwestern und -pflegern herausragende Stellung inne, da diesen keine bestimmten Tätigkeiten vorbehalten sind (vgl. Neuscheler 1001: 48). Dies zeigt sich an den Aussagen meiner Interviewpartnerinnen, Krankenschwestern und -pfleger könnten die Wöchnerinnenpflege und -betreuung nicht angemessen durchführen.

6.1.3 Gesellschaftliche Wertschätzung

Die von den Hebammen subjektiv empfundene Wertschätzung gegenüber ihrer Arbeit gibt Aufschluss darüber, wie sie sich gesellschaftlich selbst positionieren. Dabei ist auffällig, dass diese von Seiten der verschiedenen Akteure sehr unterschiedlich wahrgenommen wird.

Um die Wertschätzung von Seiten der **Bevölkerung** zu untersuchen führten die Schülerinnen der Hebammenschule Neukölln/ Berlin eine qualitative Studie mittels Fragebogenbefragung mit dem Titel „Das Bild der Hebamme in der Gesellschaft“ durch. Demnach ist der Beruf der Hebamme zwar bekannt, nimmt aber keinen großen Raum im Bewusstsein der Menschen ein. Über die genauen Arbeitsbereiche wissen die meisten wenig Bescheid und reduzieren die Arbeit der Hebamme auf die Betreuung während der Geburt. Ein deutlicher Unterschied ist zu Personen zu bemerken, die bereits Kontakt mit einer Hebamme hatten. Besonders bei Müttern genießen Hebammen ein hohes Ansehen (vgl. Hebammenschule Neukölln/Berlin 2004).

Die Ergebnisse der Studie decken sich mit der Wahrnehmung meiner Interviewpartnerinnen. Herta Krug hat die Erfahrung gemacht, dass Frauen nach

der Geburt häufig den Wunsch haben, selbst den Beruf der Hebammen zu erlernen.

„Also es ist schon (...) ein sehr geachteter Beruf (...). Also Frauen, die gute Hebammenbegleitung erfahren haben, sind sehr begeistert von dem Beruf. Also individuell, wenn es Berührungspunkte gibt, würd ich sagen eher eine Wertschätzung, und ne Achtung. Aber nicht gesamtgesellschaftlich. Also gesamtgesellschaftlich sind wir Hebammen nicht so bekannt. Oft kommen Männer, Frauen erst in Berührung mit dem Beruf der Hebamme übers eigene Vater-, Mutterwerden“. (Herta Krug, D)

Auch die anderen von mir interviewten Hebammen berichteten fast durchgängig von positiven Reaktionen der Menschen auf ihren Beruf. Berichte über eigene Geburten und medizinische Fragen dominieren diese Gespräche.

Angelika Sturmvoll begründet das Interesse der Leute darin, dass der Hebammenberuf aufgrund seiner Seltenheit ein besonderer sei.

„Wenn mich jetzt ne Frau fragt, was ich von Beruf mache, und ich sage: Ich bin Hebamme. Wenn die schon Kinder hat, und es ist egal, auch wenn die wirklich 70 Jahre alt ist. Die erzählt dann erst mal ihre Geburtsgeschichten, (...). Das ist so ein ganz normales Verhalten, egal ob ne Frau 40 oder 50 oder 60 ist, keine Ahnung. Selbst 80-jährige alte Damen fangen dann noch wieder an und sagen: Ja, bei meiner Geburt, oder bei der Geburt meiner Tochter oder meines Sohnes war das damals so und so.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Waltraud Lang hingegen empfindet die Aufmerksamkeit, die ihr aufgrund ihres Berufes geschenkt wird, oft übertrieben.

„Also häufig natürlich, wenn man sagt: Ich bin Hebamme, dann kriegt man gleich die eigenen Geburtserlebnisse, oder die Enkelkinder, oder sonst was präsentiert. Ich find das immer noch in Ordnung, aber manchmal denk ich schon so: Hallo, das war aber jetzt gar nicht mein Thema, jetzt wollt ich ja eigentlich ne Küche kaufen. (...) Aber so als Beispiel: Ich hab jetzt grade zum dritten Mal ne Wohnung gekriegt, die ich unbedingt haben wollte, obwohl es Mitbewerber gibt, weil ich Hebamme bin (...), da sind die drauf abgefahren. Hab ich schon zwei Mal gehabt, dass klar war: Ah, sie sind Hebamme, ah ja, wir brauchen eigentlich jemand, der mal zwischendurch unsere Katzen versorgt, wer Hebamme ist, mag bestimmt auch Katzen. Ich mag eigentlich überhaupt keine Katzen.“ (Waltraud Lang, D)

Auf der Ebene der **Gesundheitspolitik** zeigt sich anderes. Meine Interviewpartnerinnen beklagten häufig, es gäbe kein Bewusstsein über die Bedeutung von Hebammenarbeit von Seiten der gesundheitspolitischen Akteure

in Österreich und Deutschland. Die positiven Auswirkungen und die präventive Wirkung einer Hebammengeburtshilfe für die Bevölkerung würden nicht wahrgenommen, obwohl eine Hebammengeburtshilfe kostengünstiger wäre.

Waltraud Lang ist mittlerweile 20 Jahre als Hebamme tätig:

„Also ehrlich gesagt, schon als Berufsanfängerin hab ich immer gedacht: Dieses System wird irgendwann kollabieren, weil wir das Geld gar nicht haben, um so eine Geburtshilfe zu machen. Und irgendwann müssen sie das mitkriegen, dass wir eine Hebammengeburtshilfe brauchen, die einfach auch viel billiger ist. So, und das ist irgendwie nie gekommen, das Gegenteil ist immer passiert. Ich verstehe bis heute nicht, weil alle jammern immer nur, dass die Kassen leer sind, ich denke, dass das Gegenteil der Fall ist. Ich denke, wir haben in unserem System noch immer viel zu viel Geld, weil sonst könnten wir uns so nen Mist, den wir hier veranstalten, nicht leisten.“ (Waltraud Lang, D)

Die Geringschätzung der Hebammenarbeit zeigt sich auch in der strukturell schwachen Stellung der Hebammen. In Österreich beispielsweise werden die Kosten von ambulanten Geburten nicht von der Krankenkasse beglichen, Schwangerenvorsorge durch Hebammen ist nicht im Mutter-Kind-Pass integriert. Von den deutschen Hebammen wurde besonders der Umgang der Krankenkassen beklagt, da diese Hebammenrechnungen oft erst Wochen später beglichen würden. Dadurch entstehe der Eindruck, dass die Leistungen der Hebammen nicht angemessen wertgeschätzt würden, meint Angelika Sturmvoll:

„Also die Leistung hätten gerne alle in Anspruch genommen, und es soll auch alles gut und teuer sein, und man soll sich am Liebsten zerreißen. Aber Bereitschaft dafür, dass das eben auch Geld kostet und das wir [uns] nicht alle nur noch, was weiß ich, in Naturalien bezahlen lassen, dass wir da (...) den Samariterumhang umhaben. Wie müssen auch irgendwo von leben. Und auch wir haben Familie und durch aus auch einen Anspruch auf Leben auch neben dem Beruf.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Die ökonomische Stellung in einem Land ist ebenfalls ein Hinweis darauf, welcher gesellschaftliche Stellenwert einer Berufsgruppe zugestanden wird. Ein Teil meiner Interviewpartnerinnen empfinden die Bezahlung der Hebammen als zu gering. Schon bei der Umstellung der Hebammenschulen in Akademien in Österreich konnten die Hebammen eine Erhöhung ihres Gehaltes nicht durchsetzen. Auch die Aufwertung des Berufes durch die Umstellung von

Hebammenakademien auf Fachhochschulen in Österreich hat nicht die erwünschte automatische Gehaltserhöhung gebracht.

Die schon lange ausstehenden Gehaltserhöhungen machen Karina Edlinger wütend. Verglichen mit dem Wert von Hebammenarbeit empfindet sie die Bezahlung als viel zu gering.

„Die Verhandlungen dauern schon ewig, (...) dass wir endlich entsprechend unserer Ausbildung auch bezahlt bekommen. Und da denk ich mir, was ist das für eine Wertschätzung uns Hebammen gegenüber, was ist das für eine Wertschätzung meiner Arbeit gegenüber? Ich bin nicht a Manager, wo`s halt nur geht um Geld. (...) Ich mach jeden Tag und es geht immer um Leben und Tod. Wann ich einen Fehler mach! Also ich kann nicht unausgeschlafen hingehen und meine Arbeit erledigen. Oder mit an Restalkohol von der letzten Sitzung. Und diese Wertschätzung der Berufsgruppe gegenüber, verärgert mich schon sehr. (...) Weil jeder Mechaniker kriegt mehr.“ (Karina Edlinger, A)

Die häufig hohe Arbeitsbelastung durch eine geringe Personalbesetzung trägt zum Gefühl der Geringschätzung bei.

Aus Sicht der von mir interviewten Hebammen stimmt die Bedeutung ihrer Arbeit nicht mit ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung überein. Allein Frauen, die bereits Hebammenbegleitung erfahren haben, wüssten die Arbeit der Hebammen zu schätzen. Diese Interpretation erlaubt den Hebammen, ihre Arbeit als wertvolle, aber bislang noch in ihrer Bedeutung unerkannte, Tätigkeit zu anzusehen.

6.1.4 Die Ideale der Hebammen

Um das Spannungsfeld, in dem die Hebammen agieren, darstellen zu können, möchte ich auf einige Vorstellungen und Ideale der Hebammen eingehen, die für diese als handlungsanleitend bezeichnet werden können. Dabei unterscheide ich zwischen grundlegenden Auffassungen von Geburt als Basis ihrer Ideale, den Vorstellungen einer idealen Betreuung und denen, wie der Beruf der Hebamme in ihren Augen gestaltet sein sollte. In Kapitel 6.2 möchte ich diese mit den Anforderungen der heutigen Geburtshilfe kontrastieren.

Die von mir dargestellten Vorstellungen wurden aus den Interviews erarbeitet und beziehen sich allein auf die von mir interviewten Hebammen. Sie stellen nur einen Teil der Prinzipien von Hebammenarbeit dar.

6.1.4.1 Vorstellungen von Geburt

Geburt als natürlicher Prozess

Vielfach haben meine Interviewpartnerinnen die „Natürlichkeit“ der Prozesse von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hervorgehoben. Dabei handelt es sich um die prinzipielle Auffassung dieser Phasen als primär physiologische Prozesse im Leben von Frauen. Dieser Zugang ist auch im Positionspapier der „International Confederation of Midwives“ verankert: „Pregnancy and birth are normal physiological events; medical intervention without evidence is inappropriate and potentially harmful for women and infants.“ (vgl. ICM 2002).³¹

Die Vorstellung von Geburt als „Naturereignis“ wird auf zwei Ebenen deutlich: Einerseits wird Geburt aufgrund ihrer Eigenschaften der Sphäre des Natürlichen zugeordnet. Geburt wird als spontaner, wilder, schmerzhafter und unsauberer Prozess beschrieben, der als Naturereignis rational nicht erklärbar ist.

„Das ist einfach von der Natur so eingerichtet, nicht umsonst ist so eine Geburt ja so ein wahnsinnig schmerzhafter Vorgang, also sie schüttet einfach, wenn man sie ungestört gebären lässt, schüttet sie einfach wahnsinnig viele Endorphine aus, dieser ständige Kick, immer wieder diese Schmerzen, diese Kontraktionen, Körper der überleben will, sich selber schützt, und ganz viele Endorphine produziert. Und Frauen, die man ungestört gebären lässt, die sind auch wirklich richtig high, die drehen richtig die Pupillen weg. Das kann man richtig beobachten. Wie der Körper sich schützt, und so diese ganzen Denkstrukturen ausgeschaltet werden.“ (Waltraud Lang, D)

Am Ende dieses Zitates wird die Gegenüberstellung von „natürlichem“ Körper und Geist sichtbar.

Weiters gehen Hebammen davon aus, dass prinzipiell jede Frau die Fähigkeit besitze aus eigener Kraft zu gebären, dass diese Fähigkeit aber oft verschüttet wurde und erst wieder entdeckt werden muss. In diesem

³¹ Sowohl das Österreichische Hebammengremium (vgl. Hebammenleitbild 2003:14) als auch der Bund Deutscher Hebammen sind Mitglieder des ICM.

Zusammenhang findet auch ein starker Bezug zum Körper der Frau statt, der teilweise als getrennt von der Person selbst betrachtet wird. Dieser trage die Fähigkeit zu gebären in sich. Deutlich wird diese Sichtweise auch durch die Verwendung von Phrasen wie „von innen heraus“, „das geht von alleine“ und „das steckt in uns“. So betont beispielsweise Beatrice Jolanda:

„[Ich meine,] dass das was Natürliches ist, Schwangerschaft Geburt und auch danach das Wochenbett, dass das im Prinzip der Körper kann und wir das noch in uns so drinnen haben, dass er das kann.“ (Beatrice Jolanda, A)

Auch die Frauen werden bei der Geburt angeleitet, sich ihrem Körper anzuvertrauen.

„Wenn ich die Frauen betreue, sag ich immer: Gehen Sie bitte ihrem Körper nach.“ (Marlies Wunderschläger, D)

Auch der Geburtsschmerz wird als elementarer Bestandteil des Naturereignisses Geburt bezeichnet. Er habe seinen Sinn und sei ein wichtiger Teil der Geburt. In der Broschüre des Österreichischen Hebammengremiums „Kinder kommen durch Frauenkraft“ wird auf wichtige Funktionen des Schmerzes hingewiesen. So unterstütze der Schmerz den Geburtsvorgang und sei wichtig für die Hormonausschüttung und das *bonding* zwischen Mutter und Neugeborenem. Als *bonding* wird die sensible Phase der Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Neugeborenem direkt nach der Geburt bezeichnet (Geist/Harder/Stiefel 2007:422). Diese sei aus Hebammensicht wichtig für die später Mutter-Kind-Beziehung, meint Herta Krug:

„Ich sag immer, die Frauen müssen sich in ihre Kinder verlieben.“ (Herta Krug, D)

Durch die Erfahrung des Geburtsschmerzes werde die Frau in ihrer Persönlichkeit gestärkt (vgl. auch ÖHG 2007: 31). Gleichzeitig werde der Geburtsschmerz sehr unterschiedlich wahrgenommen und jede Frau habe ein

Anrecht auf entsprechende Schmerzbehandlung. Hier bevorzugen Hebammen jedoch nichtpharmakologische Methoden.³²

Meine Interviewpartnerinnen gehen vom „naturegebenen“ Körper aus, der als fixe, immer schon da gewesene Einheit wahrgenommen wird. Obwohl jeder Körper und jede Geburt unterschiedlich sein könne, gälte der Körper als universelle Basis aller Frauen, der die Fähigkeit zu gebären in sich trage.

Hier möchte ich aber anmerken, dass die Auffassung von Körper und Geburt je nach historischem und kulturellen Kontext unterschiedlich gestaltet sein kann. Damit verbunden ist die Art und Weise, „Körper“ zu fühlen, zu beschreiben und zu interpretieren. Die Betonung von Geburt als Naturereignis muss in diesem Zusammenhang auch als Abgrenzungsversuch zu einer zunehmend technisierten Geburtshilfe gesehen werden, die den beschriebenen „natürlichen“ Vorgängen wenig Raum lässt.

Geburt als Reifungsprozess

Die Phasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Übergangsphasen im Leben von Frauen. Sie leiten über von einem Lebensabschnitt in den nächsten. Der Mediziner und Soziologe Karl-Heinz Wehkamp beschreibt Geburt als Grenzerfahrung. Körperliche und seelische Grenzen werden in Frage gestellt. Viele Frauen fühlen sich im Schmerz der Geburt dem Tod nahe:

„Die eigentliche Passage, der Weg von Innen zum Außen, ist für die Frau eine Überwältigung, die nur im Zustand vollständiger Hingabe erträglich ist und als Schmerz und Lust zugleich als Vernichtung und Erlösung zugleich erlebt wird. Die Passage birgt den vorübergehenden „Ich-Tod“ der Frau, und wenn sie wieder zu sich kommt, ist sie verwandelt. Die Erstgebärende wird in der Umgangssprache erst jetzt zur Mutter.“ (Wehkamp 1998: 86).

Von meinen Interviewpartnerinnen wird Geburt als Prozess wahrgenommen, durch den Entwicklungs- und Reifungsprozesse im Leben der Frau stattfinden. Schafft es eine Frau, durch den Schmerz zu gehen und spürt sie die inneren

³² Nichtpharmakologische Methoden zur Schmerzbehandlung sind beispielsweise Bewegung, Positionswechsel, Massagen, Akupunktur, Akupressur und Aromatherapie (vgl. Enkin 1998:298-306).

Kräfte, die dies möglich machen, werde sie in ihrem Frau- und Muttersein gestärkt. Die Rolle der Hebamme wäre demnach die einer Übergangsbegleiterin.

Karina Edlinger beschreibt den Geburtsschmerz bei der Geburt ihres Kindes als den ersten positiven Schmerz in ihrem Leben. Sie weist darauf hin, dass wenige Frauen diese positive Einstellung zum Geburtsschmerz teilen.

„[Das kann ich schwer vermitteln,] dass ich da auch als Frau wachse. Und dass das was in mir verändert. Wenn ich diesen Berg geschafft hab und dann oben steh, und dieses Kind am Bauch hab. Oder auf der Brust liegen hab.“ (Karina Edlinger, A)

Für Beatrice Jolanda ist die Form der Geburt auch wichtig, um die Herausforderungen der Kindererziehung meistern zu können.

„Geburt ist so ein ganz kleiner Teil von der Kindererziehung. Und Kindererziehung ist auch eine Herausforderung und mühsam und das nimmt mir niemand ab und ich denk, wenn ich bei der Geburt mich nicht da einlassen kann, wie kann ich mich später dann auf das Kind einlassen?!“ (Beatrice Jolanda, A)

Die Geburt selbst wird von meinen Interviewpartnerinnen demnach nicht als isolierter Moment gesehen, sondern als ein Teil der gesamten Biographie der Frau interpretiert.

6.1.4.2 Die Betreuung der Frau

Meine Interviewpartnerinnen betonten, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als untrennbare Ganzheit zu betrachten wären. Im Idealfall hat die Hebamme aufgrund ihrer Ausbildung die Kompetenz, die Frau von der Schwangerschaft bis nach der Geburt und während der Stillzeit zu betreuen.³³

Frauen, die schon in der Schwangerschaft ein Vertrauensverhältnis zu ihrer Hebamme aufbauen konnten, deren Ängste und Fragen besprochen werden konnten, brauchten oft weniger Schmerzmittel. Auch würden solche Geburten seltener operativ beendet. Dies hänge damit zusammen, dass sich Zuversicht

³³ Nach Aussage von Miriam Koloko können die Themen der Schwangerenvorsorge und Nachsorge in der Ausbildung von Lehrhebammen in Österreich oft nur unzureichend abgedeckt werden, da wenige Hebammen Erfahrungen in diesen Bereichen haben.

und Vertrauen in die körperlichen Veränderungsprozesse positiv auf den Geburtsverlauf auswirken könnten. Dieser ganzheitliche Betreuungsansatz wird in der Praxis jedoch kaum umgesetzt.

Aus Sicht der Hebammen stehe die Frau im Mittelpunkt der Betreuung. Eine möglichst intensive, interventionsarme Begleitung, die auf die individuellen Bedürfnisse der Frau eingeht und ihre Autonomie wahrt, wäre das Ziel. Als Ideal wird häufig die 1:1-Betreuung erwähnt, die auch positive Auswirkungen auf den Geburtsverlauf hat. Dazu Paula Matjes:

„Natürlich wär`ne 1:1-Betreuung das Optimale. Klar! Da würd`ich massig an Medikamenten einsparen. Ne, da würd`ich wesentlich zufriedener Frauen haben. Da hätt`ich glücklichere Wochenbetten. Auf jeden Fall. Ja, das wär`meine Idealvorstellung.“ (Paula Matjes).

Im Rahmen einer 1:1-Betreuung könne die Hebamme sich den Fragen der Frau in Ruhe widmen und einen geschützten Raum schaffen, der nötig ist, um sich auf das Geburtsgeschehen einzulassen. Den natürlichen Abläufen soll Zeit gegeben werden. Waltraud Lang betont, dass es ebenso wichtig sei, einmal nichts zu tun:

„[Und das ist einfach ein wichtiger Punkt,] dass es eigentlich ein physiologischer Prozess ist, den wir begleiten, dass wir solange er physiologisch verläuft, bitte auch nix tun, wachsam sind, alle Antenne ausfahren, auch beim Sitzen in der Ecke mit Händen im Schoß natürlich ganz viel wahrnehmen. Mit allen Sinnen.“ (Waltraud Lang, D)

Waltraud Langs Einstellung entspricht dem Prinzip der „begründeten Nicht-Intervention“. Dieser abwartenden Hebammenbetreuung liegt das Prinzip des Nichtschadens zugrunde, aufgrund dessen jegliche Intervention auf ihre Sinnhaftigkeit hin überprüft wird. Solange eine Geburt physiologisch läuft, wird den natürlichen Vorgängen Zeit gegeben und nicht eingegriffen, denn unnötige Interventionen können sich negativ auf den Geburtsverlauf auswirken. Je mehr in den Ablauf eingegriffen wird, desto mehr Eingriffe können auch erforderlich werden (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 40).

Gertrud Haller hat in ihrer zweijährigen Hebammentätigkeit ebenfalls die Erfahrung gemacht, dass bei jeder Intervention weitere nötig werden könnten:

„Aber, was man (...) sagen muss, ist, dass Geburten, die ohne jegliche Intervention wie Blase aufmachen, Medikamente, PDA, nur am Bett liegen, sondern Geburten, wo die Frau einfach das tut, was ihr Körper ihr sagt und wo nicht interveniert wird, dass die schon am Besten laufen. Also alles was man irgendwie in den Geburtsverlauf hineinfuscht als Hebamme oder als Arzt, kriegt irgendwann zurück, sag` ma so. Also wenn man ein Schmerzmittel gibt, dann hören oft die Wehen auf. Dann muss man noch was dazu, also da muss man Wehenmittel anhängen. Alles was man setzt, zieht dann so eine Wurscht nach.“
(Gertrud Haller, A)

Das Prinzip der „begründeten Nicht-Intervention“ steht im Selbstverständnis der Hebammen also im Vordergrund, kann im klinischen Setting der aktiven Geburtsmedizin aber oft nur begrenzt umgesetzt werden (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 40).

Im Mittelpunkt des Betreuungsprozesses stehe die **Frau im Kontext ihrer sozialen Lebenswelt** mit ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen. Die Selbstbestimmung der Frau solle gefördert werden. Die Aufgabe der Hebamme sei es, Informationen zu vermitteln und zu beraten. So könne die Frau selbst entscheiden, welche Kompetenzen der Hebamme sie für sich in Anspruch nehmen will.

„Sie sind jetzt der Chef da unter der Geburt. Ich kann Ihnen nur was vorschlagen. Aber Sie müssen auswählen, was Ihnen gut tut.“ (Marlies Wunderschläger, D)

Zu inneren Konflikten kann es kommen, wenn die Wünsche der Frau den Einstellungen der sie betreuenden Hebamme entgegenstehen. Hier ist eine hohe Selbstreflexionskompetenz gefragt. Die Hebamme müsse fähig sein, ihre eigenen Wertvorstellungen im Hintergrund zu behalten. Wie sich dieses Spannungsfeld gestaltet, soll in Kapitel 6.2.2 dargestellt werden.

Auch in diesen Fällen aber bleibt die Frau idealerweise mit ihren Wünschen im Mittelpunkt, wie Gertrud Haller beschreibt:

„Es gibt Frauen, die legen jetzt nicht gesteigerten Wert drauf, dass das jetzt **die** natürliche Geburt schlechthin wird, sondern es gibt einfach Frauen, denen ist das nicht so wichtig und denen macht das nix, wenn ein Schmerzmittel dabei ist, oder denen macht das nix, wenn sie da jetzt eine PDA haben und die Hälfte nicht wirklich spüren. Ich glaub einfach, für mich ist es oberste Priorität, dass die Frau die Geburt kriegt, die sie möchte und die sie emotional auch verkraften kann.“
(Gertrud Haller, A)

Für Gertrud Haller stehen die Wünsche der Frau eindeutig im Vordergrund. Das Ziel, möglichst wenig zu intervenieren, tritt hier in den Hintergrund. Es gebe jedoch Hebammen, meint Haller, die PDAs ablehnten und dies die Frauen auch spüren ließen.

6.1.4.3 Hebammenarbeit

Auch wenn Hebammen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Ganzheit betrachten, wird die Geburt häufig als aufregendster Teil der Hebammentätigkeit wahrgenommen. Besonders für Hebammen, die sich am Anfang ihrer Berufslaufbahn befinden, scheint die Geburt der spannendste Teil ihrer Arbeit zu sein. Karina Edlinger erzählt von ihren Erfahrungen:

„Wir sind noch so ausgebildet worden, nur Kreißzimmer. Wie ich dann für ein Jahr auf die Station gekommen bin, war das für mich so wie Strafversetzung. Was mach ich auf der Station?! Mittlerweile hab ich soviel Geburten gemacht, dass es mir nicht mehr auf die Geburten ankommt. (...) Aber wenn man jung ist, dann ist man geburtengeil. Dann will man was tun, dann will man einfach das Erfolgserlebnis haben.“ (Karina Edlinger, A).

Im Zusammenhang mit der Besetzung von Wöchnerinnenstationen mit Hebammen wird allerdings deutlich, dass die Konzentration auf die Geburt selbst unabhängig von Alter und Berufsjahren erfolgen kann. Angelika Sturmvoll beispielsweise hat bereits rund 20 Jahre Berufserfahrung:

„Wobei die meisten Hebammen lieber im Kreißaal arbeiten, das ist klar. Weil die Geburtshilfe ist auch einfach das, was den Kick gibt, und ist einfach super interessant und spannend, (...) und es ist immer noch schön, diesen Beruf zu haben. Und ich glaube, wenn das nicht mehr wäre, dann würd` ich wahrscheinlich auch irgendwann sagen: Ich mach jetzt doch mal was anderes.“ (Angelika Sturmvoll, D).

Waltraud Lang hat Erfahrung in der Arbeit auf der Wochenstation. Sie kritisiert die Konzentration vieler Hebammen auf die Geburt selbst.

„Eine Hebamme ist eigentlich nur ne tolle Hebamme, jetzt ein bisschen ironisch ausgedrückt, wenn sie auch im Kreißaal ist. Und Geburten macht, in Führungszeichen.“ (Waltraud Lang, D)

In den Interviews wurde weiters deutlich, dass für die Hebammen selbst spontane, vaginale Geburten, die ohne Schmerzmittel und andere Medikamente stattfinden, die schönsten Geburten sind. Hier könne die Hebamme mit der Frau am Schmerz arbeiten. Frauen, die nicht auf diese Weise gebären, würden nicht „richtig“ gebären, wie Marlies Wunderschläger unterscheidet:

„Ich wünsche mir, dass die Frauen kommen und gebären, richtig gebären! Und ich wünsche mir ganz, ganz oft, dass wir Hebammen mit der Frau zusammen den Schmerz durchmachen.“ (Marlies Wunderschläger, D)

Die schon angesprochene 1:1-Betreuung bei der Geburt ist somit ebenso ein Kriterium für die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitssituation. Allerdings erlaube die Personalbesetzung in den Spitälern die von Hebammen angestrebte intensive Betreuung der Frau oft nicht, wie Angelika Sturmvoll deutlich macht.

„Also ich find`s immer wieder schön auch für mich, wenn ich merk, ich hab ne richtig enge Beziehung auch zu der Frau aufbauen können, das ist schon was, was wirklich ein Ideal ist für mich. Und das ist eben das Problem, wenn man mehrere Frauen parallel betreut, dass da die Zeit oft fehlt, und dass die Hebammenschülerinnen vielleicht bei der Frau waren, manchmal beneid ich die auch darum, dass sie wirklich so`n enges Verhältnis dann auch zu der Frau aufgebaut haben. Das ist schon manchmal, dass das nicht unbedingt einen so zufrieden stellt. Und das ist schon ein Ideal für mich wirklich, auch Zeit mit der Frau zu verbringen, und die wirklich intensiv zu begleiten, das ist eigentlich ein Ideal.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Ein Modell, das Angelika Sturmvoll besser entsprechen würde, ist das Modell des hebammengeleiteten Kreißsaales. Auf diesen möchte ich in Kapitel 7.2.2 eingehen.

6.2 Spannungsfelder

„Wenn ich höre, dass in Deutschland nur noch 4% Prozent aller Kinder ohne jegliche Intervention geboren werden, wird mir schlecht. Wird mir wirklich schlecht. Weil, als ich das erste Mal diese Zahl hörte, konnt ich`s nicht glauben. Aber es wurd` mir dann schnell klar, dass es wahr sein muss. Und das ist der Hammer. Oder?“ (Paula Matjes, D)

Hebammen befinden sich in einer Reihe von Spannungsfeldern: Zwischen den Anforderungen der Geburtshilfe und ihren persönlichen und beruflichen Interessen, ihren Moral- und Wertvorstellungen. Es würde den Rahmen der Arbeit sprengen, auf alle Spannungsfelder einzugehen. Die neuesten Entwicklungen in der Pränataldiagnostik beispielsweise werfen Fragen ethischer Natur auf. Was bedeutet es für Hebammen, wenn sie Frauen begleiten, die sich dazu entschließen, ein behindertes Kind nicht zu bekommen (siehe dazu Ensel 2002)?

In dieser Arbeit möchte ich mich auf zwei Spannungsfelder konzentrieren, die in den Interviews sehr deutlich zum Vorschein kamen: Die Technologisierung der Geburtshilfe und die veränderten Bedürfnisse und Wünsche der Frauen.

6.2.1 Die Bedeutung technologischer Entwicklungen

Ein wichtiges Instrument von Hebammentätigkeit ist die taktil-kinästhetische Berührung. Dabei geht es um die ganzheitliche Wahrnehmung der Frau durch Berührung zum Zwecke der Begleitung sowie der Befunderhebung (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 39). Neben diesem sinnlichen Instrument wenden Hebammen heute eine Reihe von geburtshilflichen Technologien an. Durch den Einsatz verschiedener Technologien wie CTG-Kontrollen, Ultraschall oder Kaiserschnitt, kann der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf überwacht werden, Komplikationen frühzeitig erkannt und eingegriffen werden. Für Hebammen bringen sie dadurch einerseits Arbeitserleichterungen, andererseits steigt mit der Zunahme an Überwachungen und Interventionen der organisatorische Aufwand. Auch wird das Entfaltungspotenzial der Hebammen eingeschränkt. Die von Ihnen favorisierte Form der Betreuung kann nur mehr eingeschränkt umgesetzt werden. Durch den routinemäßigen Einsatz von Technologien gehen bestimmte Fertigkeiten von Hebammen und ÄrztInnen verloren. Ein Beispiel dafür ist die Beckenendlagegeburt. Da junge ÄrztInnen in der Ausbildung kaum mehr Möglichkeiten haben, die vaginale Entbindung von Beckenendlagen zu erlernen, wird der Großteil mittlerweile per Kaiserschnitt entbunden.

Weiters ändern sich mit dem Einführen neuer Technologien die Vorstellungen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie der Umgang mit diesen Prozessen. Die Anwendung der verschiedenen Technologien stehe laut Raymond DeVries und Rebecca Barroso in engem Zusammenhang mit der Suche nach Sicherheit. Durch die Verwendung von CTG, Pränataldiagnostik, etc. erhöhe sich allerdings die Wahrscheinlichkeit einer Risikoschwangerschaft, da Abweichungen von den vorgegebenen Normen leichter entdeckt werden können. Gleichzeitig werden neue Normen für die Entwicklung des Fötus festgesetzt (vgl. DeVries/Barroso 1997: 268). Auch wird die Kontrollierbarkeit und Machbarkeit der Prozesse suggeriert. Die Technologien bieten ein Mittel, durch das den Ängsten und Unsicherheiten begegnet werden kann.

In den Interviews wurde das ambivalente Verhältnis der Hebammen zu geburtshilflichen Technologien sichtbar. Die Art und Häufigkeit ihrer Anwendung wurde häufig kritisch beurteilt, andererseits sind sie bereits fixer Bestandteil des Arbeitsalltages von Hebammen und häufig eine nicht mehr weg zu denkende Unterstützung. Ich möchte im Folgenden die Bedeutung von CTG und Kaiserschnitt für meine Interviewpartnerinnen beleuchten.

6.2.1.1 CTG

Mit dem CTG (Kardio-Toko-Gramm) kann gleichzeitig die kindliche Herzfrequenz sowie die Wehentätigkeit der Frau aufgezeichnet werden. Es wird seit den 1970er Jahren zur kontinuierlichen Überwachung bei der Geburt eingesetzt und ist ein wichtiges Instrument, um den Zustand des Kindes im Mutterleib zu kontrollieren. Davor verwendeten Hebammen lange Zeit Hörrohre aus Holz, Metall oder Plastik, und später Stethoskope, um die kindlichen Herztöne zu überwachen.

Einige meiner Interviewpartnerinnen mit längerer Berufserfahrung, die die Herztöne noch mittels Stethoskop abhörten, orientieren sich bis heute an den Tönen des CTG-Gerätes. Als Marlies Wunderschläger als Hebamme zu arbeiten begann, wurden an ihrem Arbeitsplatz noch keine CTG-Geräte angewendet:

„Ich hab (...) mit dem Stethoskop richtig die Herztöne abgehört. Darum wundern sich auch bis jetzt meine Kollegen vielleicht, wenn das CTG im Kreißaal läuft,

und ich sitz da und sag: Bitte geh mal rein. Dem Baby gehts nicht gut. [Marlies], von wo weißt du das? Weil ich es gewöhnt bin, mit meinen Ohren zu arbeiten. Ich höre, wenn es dem Baby nicht gut geht.“ (Marlies Wunderschläger, D)

Heute ist die CTG-Dokumentation fixer Bestandteil der Hebammentätigkeit. Die Statistikerin Marjorie Tew konnte allerdings zeigen, dass eine kontinuierliche Überwachung der Herztöne nicht zu besseren Resultaten führt als eine in regelmäßigen Abständen durchgeführte Herztonkontrolle per Hörrohr (vgl. Tew 2007: 253f). Zweitens führe weiters zu weniger falsch positiven Resultaten (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 68).

Laut Christine von Reibnitz und Sabine List standen im Prozess der Einführung des CTG in die Kliniken hauptsächlich ökonomischen Aspekte im Vordergrund. Die aus den USA stammende Entwicklerfirma des CTGs verfolgte demnach eine Verkaufsstrategie, die darauf abzielte, das CTG zu einem unverzichtbaren Instrument in der Geburtshilfe zu machen, obwohl es ursprünglich allein zur Überwachung von Risikogeburten gedacht war (vgl. Reibnitz/List 2000: 197ff). In einer Zeit, in der ein Mehr an Technologie für eine sicherere und modernere Medizin stand, wurde das Gerät zuerst an Universitätskliniken und großen Spitälern eingesetzt, von wo aus dort ausgebildete Mediziner die neue Technologie in kleinere Spitäler mitnahmen. Das CTG wurde zu einem Standard erhoben, dessen Nichtbenutzung im Schadensfall haftungsrechtliche Konsequenzen haben konnte. Auch personelle Entlastung war einer der Vorteile, die die neue Technologie versprach. Schließlich wollten auch werdende Eltern nicht auf eine neue Möglichkeit einer sichereren Geburt verzichten. Für die Firmen war es ein „lukratives Geschäft mit der Angst“ (Reibnitz/List 2000: 199). Ende der 70er Jahre wurde das CTG bereits fast überall routinemäßig eingesetzt.

Von meinen Interviewpartnerinnen wurden sehr unterschiedliche Aspekte der CTG-Kontrolle in den Vordergrund gestellt.

Antonia Kleibing betonte die negativen Folgen der kontinuierlichen Herztonüberwachung. Durch die Überwachung mit CTG werde die Bewegungsfreiheit der Frau stark eingeschränkt, infolgedessen verändere sich auch die Arbeit der Hebamme. Sie wende mehr Zeit für die Kontrolle des CTGs

und dessen Dokumentation auf und könne der Frau selbst weniger Aufmerksamkeit schenken. Antonia Kleibing schloss Ende der 1980er Jahre die Hebammenausbildung ab. In ihrer langjährigen Berufslaufbahn erlebte sie die Einführung der kontinuierlichen Herztonüberwachung mittels CTG mit:

„Und das ist für mich der größte Einschnitt gewesen (...) jetzt geburtsmäßig, weil einfach der Geburtsverlauf sehr beschränkt [wird]. Also man kann sich einfach nicht frei bewegen, freie Positionen finden für die Frau, weil es ist immer im Vordergrund, dass das mitschreibt, das CTG (...). Dann ist nicht mehr die Frau im Vordergrund, sondern im Vordergrund steht diese Überwachungsmethode, die funktionieren muss. In dem Moment wo sie nicht funktioniert, (...) konzentriert [man] sich eigentlich immer auf dieses CTG. Also ich hab das als sehr, sehr unangenehm empfunden.“ (Antonia Kleibing, A)

Antonia Kleibing berichtete weiters von einem Fall, bei dem eine Frau gerne ohne CTG-Kontrollen geboren hätte. Als ihre Hebamme könnte sie ihr diesen Wunsch aufgrund der Krankenhausbestimmungen nicht erfüllen, obwohl sie es gerne getan hätte (siehe Kapitel 7.2.1).

Die ständige CTG-Überwachung könne die Frauen auch verunsichern, da sie die Signale oft nicht richtig eingeordnet könnten und so auch normale Herzrhythmusveränderungen bedrohlich wirkten. Weiters wird von den Hebammen darauf hingewiesen, dass die vom CTG erstellten Ergebnisse nicht immer verlässlich seien und somit häufig ungerechtfertigte Interventionen nach sich ziehen würden.

Gertrud Haller ist seit vier Jahren Hebamme. Sie zweifelt an der Effektivität des CTGs. In der heutigen Zeit jedoch wäre das CTG im Klagefall ein wichtiges Instrument der Absicherung.

„Ich hab ein paar Untersuchungen jetzt gelesen, dass das CTG jetzt gar nicht so ein besseres Outcome für die Kinder bringt, also dass die Hebammen, die mit Hörrohr hören, eigentlich den selben Outcome haben, wie wir, die die Frauen jetzt ständig ans Bett fesseln mit CTG. (...) [Aber] wenn du über drei, vier Stunden kein CTG schreibst, und da passiert was dann, bist auch du schuld. Also von daher wird das CTG auch öfter angehängt, als es notwendig wär` fürs Kind, und beeinträchtigt die Frau halt in der Bewegungsfreiheit. Macht natürlich auch Angst, wenn man da ständig verkabelt ist und die Herztöne dann vielleicht einmal nicht so gut sind, was aber ganz normal ist, weil wir haben auch nicht immer den ganz regelmäßigen Herzrhythmus. Ja, das bringt sicher alles Verunsicherungen diese ganzen neuen Technologien. Und auf der andere Seite aber wichtig für uns, damit wir uns absichern können.“ (Gertrud Haller, A).

Am Beispiel Beatrice Jolandas zeigt sich das ambivalente Verhältnis der Hebammen gegenüber der kontinuierlichen Herztonüberwachung nochmals deutlich:

„Das wär` jetzt für mich ganz schwer zu sagen, das CTG jetzt weg, weil ich an dem schon so fix gebunden bin. Also wenn ich kein CTG seh` oder hör` denk ich mir immer, ich bräucht`s nicht so oft. (...) Andererseits (...), ich kenn` die Geburtshilfe auch nicht so wie es früher war, nur mit dem Hörrohr. Vor zwölf Jahren, waren so Kolleginnen, die so 50 Jahre alt waren und die schon gesagt haben, sie kennen das: Diese Kinder, die nach 20-Stunden-Geburten sichtbar behindert auf die Welt kommen, weil einfach Sauerstoffmangel war. Das kenn ich halt nicht, jetzt red` ich mir (...) auch leicht. Es muss schon schlimm sein, so eine Geburt zu haben und man weiß, ich hätt` viel früher schon was tun können und das Kind wär` nicht behindert. Das ist dann halt die andere Seite.“ (Beatrice Jolanda, A)

Die Angst davor, für eventuelle Behinderungen von Neugeborenen verantwortlich zu sein, überwiegt hier gegenüber der Ablehnung des CTGs.

Weiters, wie Karina Edlinger meint, stünden die Ergebnisse der kontinuierlichen Herztonüberwachung vor Gericht über jeder anderen Form von Wahrnehmung und Diagnose. Sie kritisiert die Wichtigkeit, die der Dokumentation mittels CTG in Gerichtsprozessen zugesprochen werde.

„Dieses CTG ist irgendwie allmächtig, weil ich's jetzt schwarz auf weiß hab, wie`s dem Kind geht. Es wissen zwar alle, dass sich die Kinder während der Schwangerschaft, unter der Geburt, selber die Nabelschnur abklemmen, bis sie halt irgendwie keine Luft kriegen und dann lassen sie's aus und spielen nur mit der Nabelschnur im Bauch. Und dann fallen halt die Herztöne runter. Aber jetzt kann ich's mir nicht mehr leisten, wenn ich so was am CTG seh`, dass ich nicht reagier`.“ (Karina Edlinger, A)

Meine Interviewpartnerinnen stehen dem routinemäßigen Einsatz der CTG-Überwachung kritisch gegenüber, können sich größtenteils aber nicht vorstellen, ganz ohne den Einsatz des Gerätes zu arbeiten. Obwohl sie die Effektivität der kontinuierlichen CTG-Überwachung anzweifeln, scheint die Angst vor Verurteilungen zu überwiegen. Denn durch die steigende Tendenz zu Gerichtsprozessen stehen die Hebammen unter enormen Druck, auf CTG-Ergebnisse angemessen zu reagieren.

Wie kann dies nun in Jordans Konzept von Autoritärem Wissen eingeordnet werden? Jordan schreibt Technologien, im Speziellen dem CTG, symbolischen Wert in dem Sinn zu, dass sie Macht und Expertenstatus verleihen. Personen, die Wissen über das CTG besitzen, halten Autoritäres Wissen (vgl. Jordan 1997: 65). In diesem Fall wären also Hebammen Vertreterinnen von Autoritärem Wissen. Im Klagefall wird die Dokumentation mittels CTG herangezogen, um zu beurteilen, ob die Hebamme angemessen gehandelt habe.

Das CTG strukturiert weiters die Beziehungen zwischen Hebamme und Frau. In Jordans Beispiel erscheint die Frau als passive Patientin, die (im Normalfall) kein Wissen über das verwendete CTG besitzt. Die Hebammen können das Gerät bedienen und dessen Signale deuten, wodurch sie sich in einer mächtigeren Position befinden. Durch den Einsatz des CTGs wird die Beziehung zwischen Frau und Hebamme einmal mehr zu einer Machtbeziehung (vgl. Jordan 1997: 65). In diesem Sinne verändert es die Interaktion zwischen Frau und Hebamme. Wie Antonia Kleibing (A) berichtete, werde der Frau weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Nicht mehr nur die Begleitung der Frau stehe im Zentrum, sondern ebenso die Anwendung und Auswertung des CTGs.

6.2.1.2 Kaiserschnitt

„Denn mehr als je sind Hebammen heute Verwalterinnen und Managerinnen der Kreißsäle, in denen immer weniger geboren und immer mehr geschnitten wird.“ (Ensel 2007: 10f).

Die Sectio Ceasarea in der Form, wie wir sie heute kennen, ist das Ergebnis einer Reihe von medizinischen Entwicklungen, die schließlich die Schnittentbindung zu einer immer sichereren Entbindungsform gemacht haben. Peter Husslein, Ordinarius der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie der Universität Wien, sieht sie sogar als Entbindungsform der Zukunft.³⁴

³⁴ Peter Husslein schreibt in seinen „Prophezeiungen für das Jahr 2023“: „Die Geburtsmethode der Wahl wird weitgehend der elektive Kaiserschnitt sein. Vaginale Geburten werden nur nach besonderer Aufklärung über damit verbundene Risiken „auf besonderen Wunsch“ erfolgen“ (Husslein 2004: 8).

Vorläuferin der Sectio Ceasarea ist die Sectio an Toten (*Sectio in mortua*), deren Entwicklung Daniel Schäfer in „Geburt aus dem Tod“ ausführlich darlegt. Bereits in römischen Gesetzestexten aus dem 6. Jahrhundert n. Chr. wird die Sectio an Toten erwähnt. So durften Schwangere nicht bestattet werden, bevor nicht der Fötus aus ihrem Leib geschnitten wurde. Da in den medizinischen Lehrbüchern dieser Zeit allerdings keine Anleitungen zur Schnittentbindung vorhanden waren, bleibt offen, inwiefern die im Gesetz verankerte *Sectio in mortua* in der Praxis durchgeführt wurde. Viel wichtiger war die Embryotomie, die Zerstückelung des Fötus im Mutterleib, sollte die vaginale Geburt sich als unmöglich herausstellen (vgl. Schäfer 1999).

Die Bedeutung der *Sectio in mortua* war durch die Geschichte hindurch abhängig vom Einfluss der Kirche. Im 13. Jahrhundert verlangte Thomas von Aquin, das Kind müsse der Taufe wegen aus dem Leib der toten Mutter geschnitten werden, um vor der ewigen Verdammnis gerettet zu werden. Weiterer Grund für die Sectio an der Toten war das Sichern von Erbfolgern (ebd.).

Die Durchführung einer *Sectio in mortua* war Aufgabe der Hebammen. Die entstehenden Hebammenordnungen im 15. Jahrhundert verpflichten Hebammen zur Durchführung der Sectio, wie auch der Nottaufe. Die Unterlassung der Taufe war während der Hexenverfolgung ein häufiger Vorwurf gegen die Hebammen. Zur selben Zeit begann die Ärzteschaft, besonders Chirurgen, über die Sectio an der Toten Einfluss auf die, ursprünglich von Frauen ausgeübte, Geburtshilfe zu nehmen. Die Hebammentätigkeit wurde infolgedessen durch Kirche und Medizin stark eingeschränkt (siehe Kapitel 5.1). Durch anatomische Erkenntnisse im 16. Jahrhundert stellte sich die Frage nach der Sectio an der Lebenden, die allerdings stark umstritten war, da Mutter und Kind den Eingriff nur in den seltensten Fällen überlebten (ebd.).

Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Operation immer sicherer. Mit den Fortschritten in Operationstechnik und Narkoseverfahren und der damit verbundenen sinkenden Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind kam es zu einem Perspektivenwechsel: Das Wohl des Kindes trat in den Vordergrund (vgl. Lehmann 2006). Deshalb fällt die Entscheidung zur Sectio heute zunehmend aus kindlichen Indikationen.

Der Kaiserschnitt in der heutigen Geburtshilfe

Die Sectio Caesarea ist eine operative Entbindungsform, bei der Bauchraum und die Gebärmutter geöffnet werden und das Kind direkt aus dem Bauch der Mutter entbunden wird. Bei der primären Sectio fällt der Entschluss vor Geburtsbeginn, bei der sekundären Sectio wird erst während der Geburt entschieden, dass eine operative Geburtsbeendigung per Kaiserschnitt notwendig ist (vgl. Springer 2007/08). Beim Kaiserschnitt auf Wunsch gibt es keine medizinischen Indikationen, die einen Kaiserschnitt erforderlich machen. Hier steht der Wunsch der Frau nach der Schnittentbindung im Vordergrund.

Bei der medizinisch indizierten Sectio wird zwischen absoluten und relativen Indikationen unterschieden: Absolute Indikationen liegen vor, wenn in Hinblick auf Leben und Gesundheit von Mutter und/oder Kind keine Spontangeburt durchgeführt werden kann. Bei relativen Indikationen muss für jede Situation individuell, abhängig von der geburtshilflichen Vorgeschichte der Frau, die Entscheidung zur Sectio getroffen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) wertet folgende Fälle als absolute Sectio-Indikationen: Querlage, absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, Beckendeformitäten, (drohende) Uterusruptur, Plazenta praevia³⁵, vorzeitige Plazentalösung, fetale Azidose³⁶, Amnioninfektionssyndrom³⁷, Eklampsie³⁸, Nabelschnurvorfal und HELLP-Syndrom³⁹ (vgl. DGGG 2006). Als relative Indikationen gelten: Beckenendlage, absolute fetale Makrosomie⁴⁰, Verdacht auf relatives Missverhältnis zwischen Kindsgröße und mütterlichem Becken, Mehrlingsschwangerschaft, Status nach Sectio oder nach vaginal-plastischer Operation, pathologisches CTG, protrahierte Geburt, Geburtsstillstand und mütterliche Erschöpfung (ebd.).

³⁵ Bei der Plazenta praevia liegt die Plazenta vor dem Muttermund und verdeckt ihn ganz oder teilweise (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 464).

³⁶ Eine fetale Azidose ist eine kurzfristige Störung der Sauerstoffversorgung des Kindes (Geist/Harder/Stiefel 2007: 661).

³⁷ Beim Amnioninfektionssyndrom kommt es zu einer Infektion der Eihäute, des Fruchtwassers und des Feten (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 241).

³⁸ Bei einer Eklampsie kommt es zu Krämpfen vor, während und nach der Geburt (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 195).

³⁹ Das HELLP-Syndrom ist eine schwere Form der Gestose. Durch Hämolyse (Blutzerfall), erhöhte Leberwerte und sinkende Thrombzytenwerte (nachlassende Blutgerinnung) treten starke Schmerzen im rechten Oberbauch auf (vgl. Jong 2003).

⁴⁰ Das Kind wiegt über 4500g.

Laut Kiechle sind absolute Indikationen in der Praxis äußerst selten. Die Indikationen zur Sectio werden von den ÄrztInnen sehr unterschiedlich gehandhabt und unterliegen ihrer persönlichen Einschätzung (vgl. Kiechle 2007: 438).

Der Kaiserschnitt in Österreich und Deutschland

Die Kaiserschnitttrate in Österreich betrug im Jahr 2002 20,6 %. 2006 hingegen waren bereits 25,8 % der Geburten Kaiserschnittgeburten. Das bezeichnet einen Anstieg der Kaiserschnitttrate um 5,2 % in vier Jahren. Wien liegt mit 21,5 % bzw. 25,7 % im Bundesdurchschnitt (vgl. Gesundheitsstatistik 2006). Laut WHO sind Kaiserschnittraten über 10 – 15 % auf keinen Fall notwendig (vgl. WHO 1985).

Die Gründe für die vermehrte Indikationsstellung zum Kaiserschnitt sind vielfältig. Die Technisierung der Geburtshilfe und die routinemäßige Anwendung von CTG und Ultraschall Diagnostik werden von Ulrike Lutz und Petra Kolip als eine Ursache für die steigenden Kaiserschnittraten genannt. Durch die frühzeitige Überwachung des Fötus komme es zu einer Pathologisierung schon geringer Normabweichungen. Vermehrte Interventionen wären die Folge. Es weise allerdings nur ein Teil der pathologischen Befunde auf eine tatsächliche Notwendigkeit zur Intervention hin (Lutz/Kolip 2006: 20ff).

Auch zögen Interventionen wie Geburtseinleitungen oder PDAs die Notwendigkeit weiterer Interventionen nach sich und machten einen Kaiserschnitt wahrscheinlicher (ebd.). Darauf weist auch die Statistikerin Marjorie Tew hin, die entgegen der gängigen Meinung keinen Zusammenhang zwischen geburtsmedizinischen Interventionen und der sinkenden Sterblichkeit von Mutter und Kind finden konnte (vgl. Tew 2007).

Weiters führt die Angst vor Gerichtsprozessen im Falle von Geburtsschädigungen dazu, dass die Entscheidung zum Kaiserschnitt sehr großzügig getroffen wird. Hebammen und ÄrztInnen bevorzugten aus diesem Grund oft eine defensivere Vorgehensweise (vgl. Lutz/Kolip 2006: 81; DGGG 2006). Darauf weisen auch meine Interviewpartnerinnen hin. Auch sie müssten sich vor Gericht verantworten, sollte es zu einer Geburtsschädigung kommen.

Die steigenden Kaiserschnittraten haben auch strukturelle und finanzielle Gründe. So kann das jeweilige Spital finanzielle Vorteile aus Kaiserschnittgeburten ziehen, da für eine Schnittentbindung mehr vergütet wird. Deshalb werde auch aufgrund des höheren Personal- und Zeitaufwand bei einer Spontangeburt zu einem Kaiserschnitt geraten (Lutz/Kolip 2006: 22f). Die steigende Anzahl operativer Geburtsbeendigungen per Sectio führt letztlich dazu, dass Hebammen und Ärzte die Leitung komplizierter Geburten (wie z. B. Beckenendlagen oder Zwillingsgeburten) nicht mehr erlernen.

Hebammen als OP-Schwestern?

Die steigenden Kaiserschnittraten sind für die Hebammen eine besorgniserregende Entwicklung, die sehr kritisch beurteilt wird. Wie bereits skizziert, sind die Gründe für die steigenden Raten vielfältig und miteinander verwoben, sodass diese Entwicklung als schleichend und undurchsichtig erlebt wird. Dabei will ich festhalten, dass bei den von mir interviewten Hebammen Einigkeit darüber herrscht, dass der Kaiserschnitt als Notoperation als gute und wichtige Möglichkeit gesehen wird, das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind zu retten. Nach Meinung der Hebammen wäre ein großer Teil der Kaiserschnitte aber vermeidbar, da die Indikationsstellung sehr großzügig gehandhabt würde. Die gewünschte Sectio wird von meinen Interviewpartnerinnen unterschiedlich beurteilt. Abgesehen von einem prinzipiellen Unverständnis der Wunschsectio gegenüber, sind die Gründe der Frauen ausschlaggebend dafür, wie mit dem Wunsch der Frau umgegangen wird.

Die Ablehnung des Kaiserschnittes wird auf verschiedene Art und Weise argumentiert. In meiner Darstellung unterscheide ich drei Ebenen: von den Hebammen angeführten medizinische Gründe, Auswirkungen auf die praktische Hebammenarbeit sowie auf die Ideale meiner Interviewpartnerinnen.

Medizinische Gründe

Nach Meinung der von mir interviewten Hebammen würden die Auswirkungen des Kaiserschnittes auf Mutter und Kind unterschätzt. Es fehle an Aufklärung über die Nebenwirkungen, Komplikationen und Nachwirkungen der Operation,

die über Jahrzehnte wirken könnten. Zu den Risiken gehörten unter anderem Verletzungen der Harnblase, Narkosezwischenfälle und Wundinfektionen. Auf kindlicher Seite werden Anpassungsschwierigkeiten und psychische Belastungen als Folge des Kaiserschnittes beschrieben, bei dem das Kind aus dem Bauch der Mutter geholt werde, bevor es selbst bereit ist, geboren zu werden.

Antonia Kleibing beschreibt einer Frau, die bei der Geburtsanmeldung einen Kaiserschnitt wünschte, aus ihrer Sicht, was eine solche Operation für das Kind bedeute. Ihre Beschreibung ähnelt denen einiger anderer Interviewpartnerinnen.

„Ich hab ihr das erläutert, wie das ist, (...) wenn man primär einen Kaiserschnitt macht, wird der ja zwei bis drei Wochen vor dem Termin gemacht, und ich sag, unter Umständen bleibt das Kind eine Woche länger noch nach dem Termin, wenn man jetzt keinen Kaiserschnitt macht, würde das Kind erst eine Woche nach dem Termin zu Welt kommen. Das heißt, man reißt das ja ein Monat vorher, gewaltsam, aus dem Bauch heraus. (...) Das ist schon auch etwas, was ich Ihnen ganz gern sagen will, weil das eigentlich zu wenig beschreiben wird auch. Und man sich zu wenig hineinversetzt in das Kind. (...) Das hat ja einen Schock! Wenn's da ganz ohne Vorbereitung einfach aus dem/ ich empfind das so, wie wenn man im Tiefschlaf ist und aus dem Tiefschlaf (...) wird man hell angeleuchtet, wird mit kalten Händen grob aus dem Bett gerissen, und wird abgerieben, kommt plötzlich in die Kälte, ja, fremde Stimmen, das ist ein Schock! Und (...) dass das Auswirkungen hat dann auch, ist ja ganz normal. Dass diese Kinder, wo sie noch gar nicht reif sind zum gebären, wo sie eigentlich noch ausgebrütet werden, da so herausgerissen werden, ist ganz, eigentlich wo man das Beste will fürs Kind, unverständlich.“ (Antonia Kleibing, A)

Auch Christine Lutz prognostiziert längerfristige psychische Auswirkungen für Kinder, die per Kaiserschnitt entbunden werden:

„Ich glaub halt, dass, wenn man geboren ist und eine gewissen Weg gemacht hat, das was anderes ist, als wie wenn mich jemand plötzlich rausreißt. Und ich glaub schon, dass das in der Persönlichkeitsentwicklung einen Unterschied macht. Ich find, es ist, wie wenn man stirbt oder verunglückt. Wenn ich sterbe, dann kann ich mich irgendwie mit meinem Leben auseinandersetzen noch und (...) irgendwie kommt der Punkt, wo man dann sagt: und jetzt kann ich loslassen. Wenn man verunglückt, hat man die Möglichkeit halt in keinster Weise. Das glaub ich schon, dass das auch bei der Geburt so ist. Wenn ich als Kind bestimmen kann, ich möchte mich jetzt auf den Weg machen (...) ist das sicher was anderes, wie wenn irgendjemand bestimmt, morgen in der Früh reiß ma halt den Bauch auf und hol ma dich da raus.“ (Christine Lutz, A)

Frauen, die eine Sectio wünschen, wüssten häufig nicht, worauf sie sich einlassen. Karina Edlinger sieht den Kaiserschnitt als große Operation, mit einer Reihe von möglichen, längerfristigen, Folgewirkungen. Diese würden von den Frauen unterschätzt.

„Und Meridiane, die ich durchgeschnitten hab, Nervenbahnen die ich durchschneide und ich weiß nicht (...) in zehn Jahren, was ich für Verwachsungen, was ich für Schmerzen hab. Was ich vielleicht für Probleme mit'm Uterus und dem Narbengewebe hab. Ich lass mir auch nicht freiwillig den Blinddarm raus schneiden, oder die Galle.“ (Karina Edlinger, A)

Die Angst vor dem Schmerz wird von den Hebammen als einer der Hauptgründe für den Wunschkaiserschnitt genannt. Aber auch eine Schnittentbindung wäre nicht schmerzfrei. Viele Frauen hätten in den Tagen nach der Operation große Schmerzen.

„Nach einem Kaiserschnitt hast du nämlich auch gewaltige Schmerzen. Also es ist ja nicht so, dass du dem Schmerz auskommst, der verlagert sich nur“ (Miriam Koloko, A)

Von Seiten der MedizinerInnen käme es zu einer Verharmlosung der Folgewirkungen von Kaiserschnittentbindungen, da sie nur die Operation durchführen, und mit den Folgewirkungen der Frau nicht konfrontiert würden.

Hebammenarbeit

Die steigenden Kaiserschnitttraten haben Auswirkungen auf die heutige Arbeit von Hebammen. Darüber hinaus wird der Kaiserschnitt als Bedrohung für den Hebammenstand wahrgenommen, da dieser ihre Existenzberechtigung in Frage stellt.

Die Arbeit der Hebamme bei einem Kaiserschnitt besteht in der Betreuung und Vorbereitung der Frau, dem Entgegennehmen des Neugeborenen und teilweise dem Reichen von Operationsinstrumenten. Die eigentliche Arbeit der Hebamme, die bei der vaginalen Geburt in der Betreuung der Frau und Förderung der Geburtsarbeit liegt, fällt bei der Schnittentbindung weg. In den Interviews wurde durchgehend die Befürchtung geäußert, Hebammen würden zu Hilfspersonal degradiert werden, oder irgendwann einmal gar nicht mehr

gebraucht werden. Miriam Koloko spricht die ungewisse Zukunft der Hebammen direkt an:

„Das ist ja eigentlich ein sehr passiver Teil der Hebammenarbeit, wenn ich jetzt bei einem Kaiserschnitt dabei bin. Da geb` ich ja an den Arzt ab und ich übernehm` nur das Kind, versorg das Kind, auch die Frau danach wieder, wenn ich auch am Wochenbett arbeite. Aber die Operation selber macht natürlich der Arzt, und es ist natürlich schon mein Tätigkeitsbereich dadurch, was Hebammenarbeit betrifft, verändert. (...) Es ist einfach ein sehr reduziertes Hebammenbild. Wo uns das hinbringt, weiß ich nicht. Keine Ahnung. Also ich kann das überhaupt nicht einschätzen. Ich denk mir, dass wir halt schon auch als Handlanger der operativen Geburtshilfe gehandelt werden. Weil viel mehr ist es halt nicht mehr.“ (Miriam Koloko, A)

Ähnlicher Meinung ist Angelika Sturmvoll. Ihr macht die Tätigkeit bei einem Kaiserschnitt wenig Freude.

„Ja die Arbeit an sich ist natürlich ne völlig andere, (...) da wird man irgendwie so als Hilfspersonal quasi hingestellt. (...) Weil das ist schon was, was ich auch an meinem Beruf sehr liebe, dass ich eigenständig arbeite. Und wenn ich dann eben neben dem OP-Tisch stehe mit `nem Tuch in der Hand und nur darauf warte, dass mir das Neugeborene gegeben wird, dann kann ich sagen: Na, das ist nicht das wofür ich meine Ausbildung gemacht habe.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Die reine Tätigkeit bei einem Kaiserschnitt entspricht nicht der Arbeit, derentwegen Hebammen ihren Beruf ergriffen haben. Der hoch geschätzte spontane Aspekt bei vaginalen Geburten fällt bei einem Kaiserschnitt weg. Für die Hebammen vermindert sich die Qualität ihres Berufes, eine weitere Steigerung der Kaiserschnittsraten bedeutet für sie einen Verlust an eigenständiger Arbeit und Gestaltungsmöglichkeiten.

„Im AKH⁴¹ möchte ich nicht arbeiten. Das ist sicher sehr frustrierend. Einfach Frauen, die ganz normal entbinden könnten, dann da eins nach´m anderen, die haben ja teilweise sechs Kaiserschnitte da am Vormittag, da gehst` nur mehr Kind abholen.“ (Gertrud Haller, A)

⁴¹ Im AKH Wien wurden im Jahr 2005 42,4% der Geburten per Kaiserschnitt entbunden (vgl. Ärztekammer 2008).

Ideale

Der Kaiserschnitt wird weiters als „nicht natürlich“ bewertet und so zum Gegenstück der „natürlichen Geburt“ konzipiert. Dies wird im folgenden Zitat von Karina Edlinger besonders deutlich:

„Und die Geburt, die Zeit der Geburt braucht ein Kind auch, um sich anzupassen an das Leben heraußen. Und sonst geht das nicht, dass wir vaginal entbinden. Sonst hätt` ma an Zipferschluss. Den man aufmacht und zumacht und die Kinder rausholt.“ (Karina Edlinger, A)

Der planbare Kaiserschnitt, bei dem äußere Umstände, und nicht die Natur über den Zeitpunkt der Geburt bestimmen, wird abgelehnt. Denn das Kind soll selbst entscheiden können, wann es bereit ist geboren zu werden, wie aus obigem Zitat von Antonia Kleibing deutlich wird.

Weiterer Grund für die Ablehnung des Kaiserschnittes ist die passive Rolle der Frau beim Kaiserschnitt. Sie könne die Geburt nicht aktiv gestalten und gebäre nicht aus eigener Kraft. Das Ideal der Hebammen nach einer aktiven und selbst bestimmten Geburt kann so nicht erfüllt werden. Der Arzt oder die Ärztin übernehmen den aktiven Part, sie entbinden das Kind. Paula Matjes spricht von einer Entmündigung der Frauen.

Wird eine Frau per Kaiserschnitt entbunden, erlebe sie weiters nicht die vielen positiven Aspekte, die bei einer vaginalen Geburt wirken könnten. Die Stärkung der Frau, nachdem sie durch die Geburt gegangen ist, finde hier nicht statt.

Christine Lutz ist der Meinung, dass den Frauen bei einer Kaiserschnittgeburt Vieles entgeht. Sie sieht die vaginale Geburt als Teil der Mutterschaft.

„Das ist irgendwie so wichtig, um dann Mutter zu sein. So ein Prozess, und du spürst irgendwie, dass du viel Kraft hast und dieses Bewusstsein braucht man, dass man das dann durchdrückt, dass man dann jahrzehntelang für einen Menschen verantwortlich ist. Dass man einfach spürt, dass man immer genug Kraft hat.“ (Christine Lutz, A)

Hier wird auch die Auffassung von Geburt als Übergang deutlich.

„Und jede Frau sagt bei der Geburt: Ich kann nimma, ich schaff das nicht, und sie schaffen´s aber dann. Und das muss so ein geiles Gefühl sein, draufzukommen, es gibt einen Grenzbereich, wenn ich über den drüberkomm`, dann hab ich's, und

das pack **ich**. Und da brauch ich überhaupt niemanden dazu, da brauch ich auch keinen Arzt dazu, nur ich. Es ist schön, wenn mir sozusagen wer die Hand rüberstreckt und sagt: Komm! Du kannst das! Und das find ich ist die Aufgabe der Hebammen, und sonst gar nichts. Zu überwachen und da zu sein. Und jemandem zu sagen: Komm, mach das jetzt einfach, mach den Schritt. Und wenn man ihnen das nimmt, nimmt man ihnen einfach irrsinnig viel.“ (Christine Lutz, A)

Die Meinung, dass den Frauen bei einem Kaiserschnitt Vieles genommen wird, wird von einem Großteil meiner Interviewpartnerinnen geteilt. Interessant ist, wie im letzten Zitat, dass es keinen Hinweis darauf gibt, **wer** den Frauen die Erfahrung der Geburt nimmt.

Ähnliches sagt auch Antonia Kleibing zu den steigenden Kaiserschnittraten:

„Für mich ist es eigentlich frustrierend, weil eine normale Geburt (...) mit sehr vielen Emotionen einhergeht, was die Frauen normalerweise auch weiterbringt, was ihnen eine Sicherheit gibt auch, also wenn sie da durch so eine schwierige Phase gegangen sind, dann stärkt sie das ja ungemein in ihrem Muttersein und auch in der Verbindung zum Kind. (...) Und (...) ich find`s eigentlich frauenverachtend, ihnen das zu nehmen.“ (Antonia Kleibing, A)

Antonia Kleibing bezieht sich im Folgenden auf die „Medizin“ und später auf ÄrztInnen, die die psychologische Seite der Geburt vernachlässigten und für die Verunsicherung vieler Frauen in der Schwangerenvorsorge verantwortlich seien. Aber auch sie spricht die Verantwortlichen nicht direkt an. In beiden Aussagen wird suggeriert, das Erlebnis Geburt werde den Frauen bewusst genommen.

Diese Tatsache, dass die Verantwortlichen nicht angesprochen werden, hängt sicherlich mit der Vorsicht zusammen, die Ärzteschaft anzuklagen. Gleichzeitig zeigt es aber ein Mal mehr, dass die Gründe für die steigenden Kaiserschnittraten und andere Entwicklungen in der Geburtshilfe für die Hebammen vielfältig und schwer durchschaubar sind. Das Gefühl der Ohnmacht wird immer wieder deutlich.

Neben den körperlichen und psychischen Folgen für Mutter und Kind, die nach Sicht der Hebammen zu wenig beachtet würden, steht der Kaiserschnitt dem Ideal der Hebammen einer spontanen vaginalen Geburt entgegen. Der Kaiserschnitt wird als Gegenstück zur „natürlichen Geburt“ verstanden.

Der Hauptgrund für die strikte Form der Ablehnung des Kaiserschnittes scheint mir jedoch ein anderer zu sein: Der Kaiserschnitt stellt aus Sicht meiner

Interviewpartnerinnen eine Bedrohung für den Hebammenberuf dar, da im OP ihre spezifischen Fähigkeiten als Hebamme nicht mehr gebraucht würden. Die Kaiserschnittfrage ist demnach auch eine Machtfrage, in der es um die Zuständigkeit der beteiligten Berufsgruppen für den Bereich der Geburt geht. Die Schnittentbindung wird als Gipfel einer technisierten Geburtshilfe gesehen, der die Hebammen entmachtet und ihr Tätigkeitsfeld massiv einschränkt. Die steigenden Raten und die Prognose mancher ÄrztInnen nach einer weiteren Zunahme lassen die Hebammen eine Verdrängung ihrer Berufsgruppe in ein Nischendasein befürchten.

6.2.2 Brauchen Frauen Hebammen?

Eine Geburtshilfe, wie sie von Hebammen gerne gelebt werden würde, oder teilweise auch gelebt wird, braucht Frauen, die genau diese Art von Geburtshilfe wünschen. Auch wenn es Nischen für alternative Formen gibt und komplementärmedizinische Methoden eine immer größere Rolle einnehmen, so gebiert doch der Großteil der Frauen in einem Rahmen, der den Idealen der Hebammen nur in sehr geringem Ausmaß entspricht. Besonders meine Interviewpartnerinnen mit sehr langer Berufserfahrung nehmen in ihrer alltäglichen Arbeit wahr, dass die Ansprüche der Frauen an die Geburtshilfe sich stark verändern.

Das Verhältnis zwischen den Wünschen und Bedürfnissen der Frauen und den Angeboten der Geburtshilfe ist freilich komplex. Denn die Wünsche der Frauen sind heterogen und beeinflusst von den Angeboten der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe, von den Medien und von den Strukturen des Gesundheitssystems. Gleichzeitig haben sie als Konsumentinnengruppe die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen und Veränderungen herbeizuführen, wie es in den 1970er Jahren geschehen ist. Reformbewegungen waren immer dann erfolgreich, wenn sie sich mit den Interessen einer Berufsgruppe, wie der Hebammen, deckten und Allianzen geschlossen werden konnten (DeVries 2001: 259f).

Hier geht es nicht darum, aufzuzeigen, was Frauen wünschen. Es geht vielmehr darum, das Spannungsfeld zwischen einer für meine

Interviewpartnerinnen idealen Geburtshilfe und den Bedürfnissen der Frauen, wie sie von den Hebammen wahrgenommen werden, zu beschreiben.

Um zu verstehen, warum Hebammen durch die veränderten Bedürfnissen der Frauen beunruhigt sind, ist es nützlich, sich die Beziehung zwischen Frau und Hebamme genauer vor Augen zu führen. Denn die Beziehung zwischen Hebamme und Frau kann sich sehr unterschiedlich gestalten. Sie ist abhängig von der Position der Hebamme in einem Geburtssystem und dem Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in einer Gesellschaft. Studien haben gezeigt, dass es in Gesundheitssystemen, in denen die Betreuung von Frauen in der Hand der Hebammen liegt, weniger Risikogeburten und niedrigere Interventionsraten gibt (vgl. Schwarz/Schücking 2004: 148).

Angelica Ensel spricht von einer elementaren Verbindung zwischen Hebamme und Frau, die in den Parallelen der Geschichte von Hebammenberuf und Frauenkörper sichtbar werden. In beiden würden gesellschaftliche Machtverhältnisse deutlich. Die Definition des weiblichen Körpers als schwach und krankheitsanfällig und die angestrebte Kontrolle über die weibliche Fruchtbarkeit zeige sich in der Geschichte des Hebammenberufes als Reglementierung der Hebammentätigkeiten. Im Betreuungsprozess konstruierten sich die Identität der Hebamme und der Frau jeweils aus der Rolle der anderen. Frau und Hebamme spiegelten sich in ihren Stärken und Schwächen. Wenn Frauen die Kompetenzen der Hebammen wahrnehmen und in Anspruch nehmen, förderten sie somit auch ihre eigenen Fähigkeiten und Potenziale in den Prozessen (vgl. Ensel 2002: 6f).

Die Hebamme-Frau-Beziehung berge also emanzipatorisches Potenzial in beide Richtungen. Die Hebamme kann die innere Entwicklung der Frau fördern und Potenziale stärken. Die Möglichkeit im klinischen Setting eine stärkende Beziehung aufzubauen, wird durch strukturelle Bedingungen allerdings erschwert. Denn Hebammen, die in hierarchischen Organisationen eine schwache Position einnehmen, könnten Frauen auch nur begrenzt in ihren Bedürfnissen unterstützen: „Midwives cannot empower where they themselves are disempowered“ (Kirkham 2000: 232). Durch eine Kosten-Nutzen-Orientierung in vielen Spitälern wird der Etablierung einer Beziehung wenig Aufmerksamkeit geschenkt (ebd.).

Auch die Hebamme und Diplompsychologin Simone Kirchner spricht diesen Punkt an. Sie beschreibt die Hebammen-Frau-Beziehung als Machtbeziehung. Die Hebamme verfügt über spezifisches Wissen, das die Frau benötigt. Sie spricht von Machtmissbrauch, wenn Frauen auf Kompetenzen ihrer Hebammen vertrauen, die in der Praxis nicht vorhanden sind (vgl. Kirchner 2005).

Die Beziehung zwischen Frau und Hebamme ist abhängig von dem Setting, in dem sie sich begegnen. Lernt die Frau die Hebamme bereits in der Schwangerschaft kennen, kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, das sich, wie Studien zeigen, positiv auf den Geburtsprozess auswirkt. Hebamme und Frau treten in eine partnerschaftliche Beziehung, die auf der Autorität der Frau wahrt und auf reziproker Interaktion beruht (vgl. Pairman 2000: 210). In den meisten Fällen jedoch lernt die Schwangere die Hebamme, die sie während der Geburt betreuen wird, erst kurz vor der Geburt kennen. Dadurch bleibt kaum Raum für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die es möglich macht, die Frau zu stärken und ihr Zuversicht zu geben. Denn auch wenn viele Frauen sich das Krankenhaus, in dem sie gebären wollen, bewusst aussuchen und schon in der Schwangerschaft besichtigen, wird sie von der jeweiligen diensthabenden Hebamme betreut werden.

Beatrice Jolanda hat selbst mit ihrer eigenen Hebamme im Krankenhaus geboren. Die Form der ambulanten Geburt mit Beleghebamme sieht sie als wichtiges Modell für die Zukunft, da die Frauen so die Hebamme bereits in der Schwangerschaft kennen lernen. Sie stellt es sich schwierig vor, erstmals knapp vor der Geburt Kontakt zu der betreuenden Hebamme zu bekommen.

„Dadurch, dass wir so im Dienst sind und ich nicht weiß, **wer** kommt, das ist so ein Kennen lernen unter Schmerzen, und stell ich mir nicht leicht vor, (...) wenn man wo reinkommt und ich muss jetzt da (...) irgendwie wen neuen kennen lernen, ja, und (...) im Kreißsaal, im Krankenhaus ist das halt so.“ (Beatrice Jolanda, A)

Laut der Ärztin und Psychotherapeutin Beate Schücking ist jedoch gerade die Phase des Kennenlernens wichtig für die Beziehung zwischen Frau und Hebamme. Die dabei entstehenden Gefühle könnten den Geburtsverlauf sowie das Geburtserleben stark beeinflussen (vgl. Schücking 1994: 29).

Durch den hohen Arbeitsaufwand und einen hohen Betreuungsschlüssel, oft werden mehrere Frauen auf einmal betreut, kann eine vertrauensvolle Beziehung nur schwer entstehen, meint Antonia Kleibing.

„Ich mein, es ist sehr oberflächlich, wenn man CTG schreibt und nebenbei auch andere Sachen zu tun hat. Die Arbeit muss einfach gemacht werden, die im Spital zu tun ist. Und da bleibt einfach wenig Zeit für die Frauen. Da wird halt CTG geschrieben, und bei der nächsten CTG geschrieben und kurz gesprochen, aber es ergibt sich nicht so die Möglichkeit da tiefer zu gehen, auch eine gewisse Vertrauensbasis geschaffen werden.“ (Antonia Kleibing, A)

Weiters kann es durch den Schichtdienst zu einem Hebammenwechsel während der Geburt kommen, was von vielen Frauen als sehr unangenehm erlebt wird. Die in Kapitel 6.1.4 als Ideal beschriebene intensive, (1:1-) Betreuung der Frau kann im klinischen Setting nur begrenzt umgesetzt werden.

6.2.2.1 „Und die Frauen haben sich sehr verändert. Leider!“

Häufig wurde in den Interviews berichtet, die Frauen hätten sich verändert. Meine Interviewpartnerinnen thematisierten besonders Veränderungen, die sie negativ bewerteten, weil sie ihren Vorstellungen von Geburt entgegenstehen. Hauptkritikpunkte sind Wünsche nach PDA, Einleitungen und Kaiserschnitt. Der Vorwurf an die Frauen, sie hätten sich verändert, weist auf ein Spannungsfeld hin: Wie bereits gezeigt, stehen die Hebammen einer interventionsreichen, technisierten Geburtshilfe kritisch gegenüber. Gleichzeitig steht die Selbstbestimmung der Frau für sie im Vordergrund. Was passiert nun, wenn Frauen von Hebammen abgelehnte Interventionen wünschen, wenn dies aus medizinischer Sicht nicht nötig ist? Wie begegnen Hebammen diesem Spannungsfeld? Das angesprochene Dilemma um die Selbstbestimmung der Frau möchte ich anhand der langjährigen Erfahrungen von Waltraud Lang darstellen.

Waltraud Lang – Die Frage nach Selbstbestimmung

Waltraud Lang ist seit zwanzig Jahren Hebamme. Sie hat während ihrer Berufslaufbahn immer im Kreißaal gearbeitet und war auch als Familienhebamme tätig. Heute arbeitet sie in einer anthroposophischen Einrichtung.

Sie beschreibt die Jahre ihrer Ausbildung in den späten 80ern als eine für sie schreckliche Zeit. In dem Krankenhaus, in dem sie ausgebildet wurde, herrschte eine stark pathologie-orientierte Geburtshilfe. Die Frauen wurden kaum einbezogen und mussten Eingriffe über sich ergehen lassen, die nach dem heutigen Stand der Forschung nicht mehr routinemäßig angewendet werden, wie Einläufe und Rasuren. Die Frauen wurden mit verschiedenen Schmerzmitteln sediert, sodass Waltraud Lang während ihrer Ausbildung nie eine Frau erlebt hat, die ohne Medikamente geboren hat. Sie erlebte erst später, wie Frauen während der Geburt tönen und schreien können.

„Die [Frauen] kamen zur Aufnahme, und egal wie`s denen ging und wie der Befund war, haben sie Wahnsinnseinläufe gekriegt. Wir Schülerinnen mussten immer so Schmierseife schaben und dann rühren, es waren Riesen Schaumberge. Und mit dieser Kernseife haben die Einläufe gekriegt, mindestens einen Liter knallheißes Seifenwasser. So. Und denen ging`s so schlecht danach. Und die kamen vom Klo nicht mehr runter, die hatten Kreislaufprobleme, denen war schlecht. Die hatten wahnsinnige Bauchkrämpfe, und das einfach zusätzlich zu ihrer Geburt. So, und das war normal. Da hat auch keiner nach gefragt. Und bis dahin hat unter Umständen noch nicht eine Hebamme die Frau gesehen, weil wir Schülerinnen verdonnert worden: Hör einmal Herztöne! Dann wurden die rasiert, noch mit so alten Papiermessern, also nicht so Einmalrasierer, sondern so richtig mit Klingen. Das muss man auch erstmal üben. Ich weiß nicht, wie viele Frauen ich dabei einfach auch verletzt hab. Weil das ist nicht leicht, diese Klappmesser, und dann da im Genitalbereich `ne Frau zu rasieren. Und dann halt diese Einläufe obendrauf. Und dann kamen die ins Kreißbett und durften nicht ein einziges Mal mehr aufstehen. Und wenn`s noch 24 Stunden gedauert hat. Die lagen im Bett und fertig.“ (Waltraud Lang, D)

Auch die Hebammen, und besonders die Hebammenschülerinnen, hatten keine gute Position. Sie standen am untersten Ende der in der Klinik wirkenden beruflichen Hierarchie:

„Es war klar, wir haben da gar keine Daseinberechtigung.“ (Waltraud Lang, D)

Waltraud Lang lernte erst nach ihrer Ausbildung an ihrer ersten Dienststelle, dass Geburtshilfe auch anders gestaltet werden kann.

Waltraud Lang kritisiert stark die Geburtshilfe, wie sie heute größtenteils stattfindet. Besonders die steigenden PDA- und Kaiserschnitttraten machen ihr zu schaffen. In der anthroposophischen Einrichtung, in der sie tätig ist, kann sie ihre Vorstellungen jedoch besser umsetzen, als es in den meisten Spitälern möglich ist. Ein großes Anliegen ist ihr, den natürlichen Vorgängen Zeit zu lassen. Sie sieht es als ihre Aufgabe, einen Raum zu schaffen, in dem die Frau in ihrer Intimsphäre und Würde geschützt ist. Sollten Interventionen stattfinden, will sie dafür sorgen, dass die Frau im Mittelpunkt bleibt, miteinbezogen wird und nichts gegen ihren Willen getan wird. Besonders der Moment direkt nach der Geburt, die Zeit des *bondings*, soll geschützt werden. Aufgrund der klinischen Strukturen in den meisten Spitälern sind diese Dinge häufig nicht möglich.

Die Ideale, nach denen sie arbeitet, haben sich im Laufe der Zeit aber verändert. Das hat auch mit den veränderten Bedürfnissen der Frauen zu tun. In der anthroposophischen Einrichtung, in der Waltraud Lang arbeitet, kamen Ende der 1980er Jahre viele Frauen mit dem Wunsch, ohne Schmerzmittel zu gebären. Waltraud Lang sah es als ihre Aufgabe, ihnen diesen Wunsch zu erfüllen und eine Geburt ohne Schmerzmittel zu unterstützen. In der heutigen Zeit allerdings spielt das Recht auf Schmerzfreiheit eine andere Rolle.

„Also was für mich von Anfang an ideal war, war sicherlich schon, dass die Frauen selbst bestimmt gebären können.(...) Und dazu hat für mich erstmal auch gehört, dass Sie ohne Medikamente entbinden. Und das hat sich dahingehend verändert, dass ich denke: Selbst bestimmt heißt ja, in Selbstbestimmung der Frau. Und wenn die Frau sagt: Ich komm hier an eine Grenze, an der meine Schmerztoleranz deutlich überschritten ist. Ich kann jetzt hier nicht mehr weiter, ich brauch jetzt `ne PDA, zum Beispiel, dass das dann auch in Ordnung ist.“
(Waltraud Lang, D)

Das Hochhalten des Rechtes auf Selbstbestimmung der Frau bringt Waltraud Lang allerdings in ein Dilemma. Sie erzählt, dass sie damit zu kämpfen hat, wenn Frauen bereits bei der Anmeldung eine PDA oder einen Kaiserschnitt wünschen. Denn in ihren Augen gibt die Frau die Möglichkeit auf Selbstbestimmung und aktives Gebärens auf, wünscht sie im vorhinein eine medizinisch nicht notwendige Intervention. Durch die Klagehäufigkeit in der heutigen Zeit fühlt sich

die Hebammen unter Druck, die Wünsche der Frau nach einer PDA beispielsweise zu erfüllen, auch wenn es andere Möglichkeiten der Schmerzlinderung gäbe und die Gefahr besteht, dass weitere Interventionen nötig werden könnten. Solcherart unreflektierte „Ich will das jetzt“ – Forderungen beurteilt sie kritisch.

„Und dass das eben auch Selbstbestimmung ist: Ich will das jetzt. Dann hat sie letztendlich `ne super fremd bestimmte Geburt, Interventionen ohne Ende, wenn sie Pech hat bis hin zu Vakuumgeburt oder so, weil einfach das Risiko größer ist, mit Kathetrismus⁴², mit Infusionen, mit Dauer-CTG-Ableitungen, ja, mit diesem ganzen Drumrum, den sie eigentlich nicht wollte, der von außen betrachtet absolut fremd bestimmt ist, aber sie hat das dann selbst bestimmt, dass das ihre Geburt ist, dann ist das leider Gottes heutzutage im Jahr 2007/2008, ihre Selbstbestimmung.“ (Waltraud Lang, D)

Die Tatsache, dass Frauen eine Geburtshilfe wünschen, die die Arbeit der Hebamme negativ verändert, und die sich aus Sicht der Hebamme eigentlich gegen ihre eigenen Interessen wendet, macht Waltraud Lang sehr betroffen. Sie vergleicht mehrere Male die Frauen der 1970er und 80er mit den heutigen Frauen.

„Aber das, was es so in den 70ern gegeben hat, wo die Hausgeburtshilfe ja auch kurz vorm Sterben war, oder der Hebammenberuf an sich ja an der Kippe stand, dass die Frauen auf die Strasse gegangen sind und Hebammenunterstützung gefordert haben, und damit für den Berufsstand der Hebammen viel möglich gemacht haben. Und dass das jetzt grad so gegenläufig ist, dass man als Hebamme manchmal den Vormittagsdienst im OP verbringen kann, mit den geplanten Kaiserschnitten. Und dass die Frauen das in Ordnung finden, dass das so stattfindet, weil die Frauen das so wollen. Ja, und das find ich (...) einfach richtig schlimm.“ (Waltraud Lang, D)

Für sie ist allerdings klar, dass die Frauen nicht für diese Veränderungen verantwortlich gemacht werden können. Sie spricht von einem gesellschaftlichen Problem, da Frauen nicht nur eine solche Geburtshilfe wünschen, sondern auch die Angst der MedizinerInnen vor Klagen eine große Rolle spielt. Häufig

⁴² Beim Kathetrismus handelt es sich um eine künstliche Blasenentleerung durch das Einführen eines Katheters in die Harnröhre. In 15% der Fällen hat ein Kathetrismus jedoch eine Infektion zur Folge, weshalb wenn möglich Alternativen bedacht werden sollten. Zur bakteriologischen Untersuchung kann beispielsweise der zweite Urinstrahl zur Untersuchung aufgefangen werden (vgl. Geist/Harder/Stiefel 2007: 700ff).

entscheiden sie sich deshalb häufiger für einen Kaiserschnitt, um sicher zu gehen. Bei einem Kaiserschnitt können sie vermitteln, dass alles Mögliche getan wurde.

Letztendlich werden aber die für Waltraud Lang wahren Gründe, warum Frauen eine solche Geburtshilfe unterstützen, deutlich. Die Wünsche vieler Frauen nach PDAs, Einleitungen und Kaiserschnitten entstünden aus einer Körperwahrnehmung heraus, die es nicht möglich mache, ohne Interventionen zu gebären. Beeinflusst von der Medikalisierung finde eine Verunsicherung bezüglich des eigenen Körpers statt, Frauen werde von klein auf kaum vermittelt, dass ihr Körper kraftvoll wäre. Das Wissen und Vertrauen aus eigener Kraft gebären zu können, ginge verloren.

„Im Moment sehe ich nicht, dass da ein Rückwärtstrend stattfinden könnte. Im Moment glaub ich das nicht. Und ich seh`s eben bei den Frauen auch nicht. So, wenn ich denk, die werden irgendwie immer früher reif, immer früher wird eigentlich dieses Frausein auch schon ein Stück weit medikalisiert zumindest, also immer früher hormonelle Verhütung. Wo einfach die Frauen die Wehen in ihrem Körper nicht kennen lernen. Ich will das echt nicht verteufeln, aber wie`s in den 70ern war, zurück zur Natur, das ist irgendwie grad nicht so richtig dran, glaub ich. Und das braucht`s einfach. Es braucht irgendwie so ein Körpergefühl und ein Frauengefühl, um solche Geburten, wie sie physiologisch sein können, auch zu haben. Und wenn die in ihrem Mädchen- und Frausein schon so früh medikalisiert werden, wo soll dann plötzlich mit Geburtsbeginn die Idee herkommen: Mein Körper ist kraftvoll. Mein Körper hat Ressourcen, die man da noch irgendwie so mobilisieren kann. Ist ja Schwachsinn. Kommt nirgendwo her. Kann ja gar nicht. Mein Körper war von meinem zehnten Lebensjahr an bis jetzt immer kontrollbedürftig. Musste immer Abstriche machen und Blutabnahmen und Medikamente und sonst was. Und immer musste mir jemand anders im weißen Kittel sagen: Es ist gut. So, und jetzt auf einmal soll ich das selber wissen? Geht doch gar nicht.“ (Waltraud Lang, D)

Demnach kann nach Waltraud Langs Ansicht nicht von der Selbstbestimmung der Frau gesprochen werden. Unter dem Deckmantel des Slogans der Selbstbestimmung verberge sich eine Abhängigkeit von der Medizin. Die Wünsche der Frauen sind als Folgen einer Medikalisierung zu betrachten, die sich im neuen Gesicht der Selbstbestimmung präsentiert.

Trotzdem werde sich die Geburtshilfe ohne den Willen und die Unterstützung der Frau nicht verändern. Frauen können durch ihre Wünsche und Forderungen die Form von Geburtshilfe, wie sie stattfindet, beeinflussen. Die Rolle der Hebamme sieht Waltraud Lang darin, Frauen bei normalen Geburten zu

stärken und sie gut zu begleiten, damit sie sich auf die Geburt einlassen und ihre Kräfte kennen lernen können. Viel wichtiger wäre allerdings, Ängste schon in der Schwangerschaft zu erkennen und zu lösen und Vertrauen zu fördern, um so auf die Geburt selbst vorzubereiten.

Ähnliche Sichtweisen wie Waltraud Lang äußerten auch die anderen Hebammen. Wie schon erwähnt sind meine Interviewpartnerin der Ansicht, die Frauen hätten sich verändert. Wie Waltraud Lang vergleichen sie die heutigen Frauen mit den Frauen von damals. Dabei beziehen sie sich hauptsächlich auf in ihren Augen negative Veränderungen. In vielen Zitaten wird die Annahme deutlich, „früher“ wären die Frauen anders gewesen. Für Angelika Sturmvoll, leitende Kreißsaalhebamme, hat sich die Einstellung der Frauen zu Geburt verändert:

„Also die Anspruchshaltung der Gebärenden wird auch immer größer, also ich finde schon, dass man das so sagen kann, da haben wir auch schon oft im Kollegium drüber gesprochen, dass sich das schon ein bisschen wandelt. Und die Bereitschaft (...), das als normal zu sehen alles, ist sicherlich ein völlig anderer als vor zwanzig Jahren. Und sicherlich dann noch einmal ein noch ganz anderer als vor 40 Jahren.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Ein häufiger Vorwurf an die Frauen ist weiters, sie wären „schmerzuntoleranter“ (Gertrud Haller, A) geworden. So wären nach Meinung der Hebammen Frauen weniger dazu bereit, den Geburtsschmerz zu ertragen. Für Angelika Sturmvoll gehört der Geburtsschmerz zur Geburt dazu. Sie tut sich mit der Forderung mancher Frauen nach Schmerzmitteln nicht leicht. Besonders kritisiert sie Frauen, die schmerzlindernde Mittel wünschen, bevor die Wehen begonnen haben.

„Ich hab den Eindruck, dass Frauen weniger bereit sind Schmerzen zu ertragen, ich sag das mal jetzt ganz böse: Dass viele sehr verweichlicht sind auch. (...) Ne, und sicherlich aber auch die Grundeinstellung: Wieso, es gibt ja heute die und die und die Möglichkeit, was zu machen, und ich muss da ja keine Schmerzen haben. (...) Es ist sicherlich manchmal auch ein Segen, find ich, dass es bestimmte Möglichkeiten der Schmerzbefreiung gibt, aber es ist eben auch manchmal, Frauen an der Kreißsaaltür klingeln, einen Blasensprung haben, aber noch keine einzige Wehe haben und sagen: Ich will auf jeden Fall die Periduralanästhesie! (...) Also da muss ich mich schon sehr zusammenreißen, dass ich da nicht deutlicher werde.“ (Angelika Sturmvoll, D)

In diesem Zitat wird ein weiterer Punkt deutlich: Die Einstellung der Frauen, die zu Verfügung stehenden Mittel zur Schmerzbekämpfung auch nutzen zu wollen. Angelika Sturmvoll kritisiert jedoch, dass Frauen die schmerzlindernden Angebote unreflektiert konsumieren würden und nicht bereit wären, den Geburtsschmerz positiv wahrzunehmen.

Marlies Wunderschläger hat bereits 31 Jahre Berufserfahrung als Hebamme. Sie vergleicht die Frauen von „heute“ mit den Frauen der Nachkriegsgeneration, die ein nicht so angenehmes Leben geführt hätten. Sie wären durch ihr einfaches Leben robuster gewesen und hätten gänzlich andere Vorstellungen von Geburt, wie sich an der Einstellung zu Schmerz zeige.

„Die jungen Frauen, die jetzt kommen zur Geburt, sind nicht so starke Frauen wie früher. Ich meine, dass macht selbst unsere Gesellschaft, auch nicht so gesund, und korpulent, so, dass sie viel mehr aushalten können, auch wie früher die Frauen das ausgehalten haben.“ (Marlies Wunderschläger, D)

Christine Lutz hat ihre Ausbildung zu Hebamme vor vier Jahren beendet. Sie kritisiert, dass Frauen „unnatürlicher“ geworden wären und viel weniger über Geburt Bescheid wüssten, als die Frauen von „damals“.

„Wenn die einen Blasensprung hat, darf das Stunden dauern bis das losgeht. War früher auch so. Und heut ist es halt so, dass die halt dasitzt und sagt: Na ja, das kann aber jetzt nicht normal sein, dass das so lang dauert. Dann sagst: Na ja, sicher, ja das ist normal, und wir warten jetzt mal zu. Und dann entsteht halt so, oft auch bei den Männern, eine Riesen Ungeduld. Und das ist einfach sicher eine Veränderung. Auch wenn ich's nicht erlebt hab früher. Ich hab nicht gearbeitet in den Zeiten, wo einfach Frauen Wehen gehabt haben, gewusst haben, das sind auch Wehen, zu Hause geblieben sind, ihre ersten Kinder versorgt haben und dann irgendwann gemütlich ins Spital gefahren sind oder ihre Hebamme angerufen haben.“ (Christine Lutz, A)

Heute hingegen wollten sich viele Frauen und ihre Partner nicht auf die Ungewissheit der Geburt einlassen und wünschten eine Einleitung.

„Also ich glaub, dass sich die Gesellschaft halt sehr verändert hat. (...) Alles muss planbar sein, und alles muss irgendwie in einem Rahmen sein, und jeder hat einen Riesen Filofax, wo alles drin steht, die Geburt halt blöderweise jetzt nicht. Nur irgendwie so ein errechneter Termin, der könnt aber auch ganz deppert fallen und gar nicht passen. Dann kommen's halt und wollen das gerne eingeleitet zu einem bestimmten Termin.“ (Christine Lutz, A).

Selten wurde auf eventuell positive Veränderungen der Frauen Bezug genommen. Allein Karina Edlinger erwähnt, Frauen wären selbstbewusster geworden:

„Und es gibt schon auch Frauen, die bewusst aussuchen, wo sie hingehen. Und die auch bewusst sagen, was sie wollen, was dann auch einige Hebammen wieder verunsichert, wenn Frauen sich was sagen trauen.“ (Karina Edlinger, A)

Die von den Hebammen konstruierte „Frau von damals“ ist die Negativfolie der „heutigen“ Frau. Ausgehend von Eigenschaften wie Schmerzempfindlichkeit oder der Wunsch nach Planbarkeit, die den „heutigen“ Frauen zugeschrieben werden, gingen Frauen „früher“ entspannter an die Geburt heran, wären flexibler und schmerzresistenter gewesen und hätten prinzipiell einen „natürlicheren“ Bezug zu Geburt. Auffällig ist, dass Christine Lutz diesen Frauen mehr Wissen über ihren Körper und Geburt zuspricht, als es die heutigen Frauen hätten. Auch Beatrice Jolanda ist ähnlicher Ansicht. Diese Annahme möchte ich hinterfragen. Frauen, die in große Familienverbände eingebunden waren, bekamen möglicherweise in ihrem Umfeld mehr von Schwangerschaften und Geburten mit, als Frauen von „heute“ aufgrund sinkender Geburtenzahlen und veränderter Lebensmodelle dazu die Möglichkeit haben. Meines Erachtens bedeutet dies aber nicht automatisch, dass Frauen „früher“ mehr Wissen über die Vorgänge in ihrem Körper hatten und in der Situation der Geburt nutzen konnten. Hier müsste zwischen verschiedenen Formen des Wissensformen unterschieden werden.

Die Idealisierung der Frauen von „damals“, die bis auf Marlies Wunderschlägers Bezug zu den Frauen der Nachkriegszeit zeitlich nicht eingeordnet werden, hat meines Erachtens wenig mit den realen Eigenschaften dieser Frauen zu tun. Sie entspringt vielmehr einer Enttäuschung gegenüber den „heutigen“ Frauen und weist auf das bereits angedeutete Dilemma der Hebammen hin: Frauen haben heute die Möglichkeiten, medizinische Eingriffe wie Einleitungen, verschiedenste Schmerzmittel oder auch die Schnittentbindung frei zu wählen, selbst wenn keine medizinische Begründung dazu besteht. Die Förderung der Selbstbestimmung der Frau ist auch ein wichtiges Prinzip von Hebammenarbeit. Die Trendentwicklung zur Inanspruchnahme solcherart Eingriffe wurde von einem Teil meiner Interviewpartnerinnen jedoch sehr kritisch

beurteilt, da sie sich schwer mit dem Ideal der spontanen, vaginalen Geburt möglichst ohne Interventionen vereinbaren lassen.

Meine Interviewpartnerinnen nannten verschiedene Gründe für die von ihnen beobachtete Veränderung der Frauen und ihrer Vorstellungen von Geburt. Dabei traten auch Unmut und Unverständnis gegenüber den Frauen zutage. Beim Wunschkaiserschnitt tritt das Spannungsfeld zwischen der kritischen Beurteilung des Eingriffes und dem Hochhalten der Selbstbestimmung der Frau besonders deutlich hervor.

Ein Teil meiner Interviewpartnerinnen sieht die Frauen als Opfer einer großen Angstmacherei. Für Miriam Koloko besteht ein Zusammenhang zwischen dem gesellschaftliche Streben nach Sicherheit und Risikominimierung und der Verunsicherung mancher Frauen in der Schwangerschaft und bei der Geburt.

„Ich denk, es ist auch etwas sehr Neues überhaupt, also diese Art der Geburtshilfe. Wo man sozusagen unter dem Aspekt der Sicherheit, wir machen alles, und alles ist machbar. (...) Und mit der Angst der Frauen, wie ja noch nie gehandelt wurde, so gewaltig, das hatten wir noch nie.“ (Miriam Koloko, A)

Für Antonia Kleibing sind es konkret die ÄrztInnen, die in der Schwangerenvorsorge für die große Verunsicherung der Frauen verantwortlich sind.

„[Manche Ärzte machen] den Frauen beim Ultraschall schon die Sorgen (...): „Ups, das ist ein großer Kopf! Oder: Das ist aber noch hoch oben das Kind, und das hat a doppelte Nabelschnurumschlingung um den Hals!“ Da kriegen die Frauen irgendwie gleich Ängste, und wenn dann vom Arzt so kommt: „Na ja, das ist wahrscheinlich schon besser, wenn ma da vorher [einen Kaiserschnitt macht]“, und so, dann willigen sie auch schnell ein, weil sie wollen ja auch nicht dass das Kind gefährdet wird, ja, niemand will, dass das Kind gefährdet wird.“ (Antonia Kleibing, A)

Denn gerade in der Übergangsphase der Schwangerschaft wären Frauen sehr sensibel und empfänglich für Anmerkungen dieser Art. Sie bekämen zu wenig Information über die Folgen eines Kaiserschnittes, wodurch ihnen die ÄrztInnen, besonders bei einer Gefährdung des Kindes, einen Kaiserschnitt leicht schmackhaft machen könnten.

Eine wichtige Rolle sprechen die von mir interviewten Hebammen den Medien zu. Durch die Berichterstattung über Stars und Prominente, die ihr Kind per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht haben, würde der Eingriff verharmlost. Es scheine, als ob der Kaiserschnitt eine schmerzfreie, risikolose Alternative zur vaginalen Geburt sei, und die Frau schon kurz nach der Operation wieder schlank und fit wäre. Karina Edlinger, seit 1984 als Hebamme tätig, sieht zwar den Einfluss der Medien, richtet ihre Kritik aber an die Frauen direkt.

„Der Tenor: ich will keine Schmerzen bei der Geburt haben, und das ist ein Wahnsinn, dann lass ich mir lieber das Kind raus schneiden. Weil es wird ja in den Medien propagiert: „Der sanfte Kaiserschnitt“. Und eine Geburt kann nicht sanft sein! Eine Geburt ist eine riesiger Gewaltakt, und ein Kaiserschnitt ist der Gipfel noch drüber!“ (Karina Edlinger, A)

Miriam Kolokos Erfahrung zufolge wird Frauen, die eine vaginale Geburt anstreben, in machen Kreisen Unverständnis entgegengebracht:

„Eine gute Freundin von mir (...) hat eine normale Geburt haben wollen. Die hat sich das gar nicht sagen getraut in ihrem Freundeskreis, weil die haben alle sozusagen einen Kaiserschnitt gehabt. Mehr oder weniger gewünscht. Und finden das gut. (...) Und [die] haben gesagt: „Was, du hast dir eine normale Geburt angetan? Bist du wahnsinnig!“ Und ich komm da nicht mehr mit!“ (Miriam Koloko, A).

Viele Frauen würden sich den Mühen einer Geburt nicht mehr aussetzen wollen.

„Wozu plagen, wozu womöglich schreien müssen, wozu das alles, das ist ja alles nicht mehr notwendig.“ (Miriam Koloko, A)

In der Sprechweise der Hebammen über die veränderten Bedürfnisse der Frauen dominieren, vereinfacht gesagt, zwei Bilder: Einerseits wird die Frau als Opfer dargestellt. Durch die Medikalisierung in der Geburtshilfe und die Verunsicherung, die sie von ärztlicher Seite erfahren, würde Frauen die Sicherheit, aus eigener Kraft gebären zu können, genommen. Aus Angst vor Komplikationen wären sie deshalb zu einer Reihe von Interventionen bereit. Der risiko-orientierte Zugang zu Geburt beherrsche auch die öffentliche Wahrnehmung und unterstütze somit die Verunsicherung der Frauen. Diese Sichtweise impliziert, dass sich selbstsichere, gut aufgeklärte Frauen für eine interventionsarme Geburt entscheiden würden.

Andererseits wird die Bequemlichkeit der Frau hervorgehoben. Frauen wählten gerne den einfachsten Weg und wären nicht bereit, die Schmerzen und Mühen der Geburt auf sich zu nehmen. Diesem Frauenbild wird großes Unverständnis entgegen gebracht.

Warum aber ist das Thema der Frauen, die sich verändert haben, in den Interviews derart dominant?

6.2.2.2 Hebammen brauchen Frauen, die Hebammen wollen

„Ohne die Frauen an unserer Seite kann es Hebammen als Profession nicht geben!“ (Ensel 2007: 13)

Die Enttäuschung und teilweise Verständnislosigkeit meiner Interviewpartnerinnen hängt mit enttäuschten Erwartungen der Hebammen an die Frauen zusammen. Besonders diejenigen Hebammen mit längerer Berufserfahrung, wie Herta Krug, Waltraud Lang und Miriam Koloko, beziehen sich auf eine Zeit, in der Frauen als Verbündete der Hebammen aufgetreten wären und für eine Schwangeren- und Geburtsbetreuung durch Hebammen gekämpft hätten. Miriam Koloko bezieht sich auf die 1980er Jahre, die Zeit der Frauenbewegung, und vergleicht die Frauen von heute mit den Frauen von damals:

„Ich seh` auch nicht von Seiten der Frauen sehr viel an Gegenbewegung. Das ist eigentlich das, was mich am allermeisten beunruhigt, weil ich komm aus der Zeit, (...) in den 80er Jahren war sozusagen der Zugang zur natürlichen Geburt, wo Frauen einfach aufgestanden sind und gesagt haben: „Ich lass nicht mehr mit mir machen!“ Und das war eh noch harmlos im Vergleich zu jetzt, weil man hat ihnen damals nicht den Bauch aufgeschnitten so schnell einmal wie jetzt. Aber halt Geburtseinleitungen, Einlauf, Rasur, haben sie sich gewehrt dagegen. Und sie haben auch gesagt: Ich will nicht, dass mein Kind wegkommt, und so. Haben sich echt auf die Füße gestellt, und da hat sich dann auch echt viel getan. (...) Jetzt gibt es überhaupt keine Bewegung dazu, ja? Okay, jetzt hat eine Frau Oblasser ein Buch geschrieben, und das ist schon kritisch.⁴³ Aber es diskutiert niemand darüber. Zu der Zeit, wovon ich jetzt gesprochen hab, da gab es andauernd im Audimax Diskussionen, große Veranstaltungen. Da hat sich was getan. Jetzt über die Öffentlichkeit/ ja, da steht halt wieder mal drinnen, ist es schon in Ordnung wenn's eine hohe Kaiserschnittrate/ ich hör die Frauen nicht! Ich hör die Frauen nicht!“ (Miriam Koloko, A)

⁴³ Oblasser Caroline: Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. 2007.

Diejenigen der Hebammen, die sich auf eine Zeit des gemeinsamen Kämpfens beziehen, fühlen sich von den Frauen alleine gelassen. Denn Hebammen brauchen Frauen, die Hebammen wollen: Wenn Frauen nicht die Form von Betreuung wünschen, die Hebammen anbieten, hat dies für den Hebammenstand weitreichende Konsequenzen. Auch wenn der Hebammenberuf wohl nicht von der Auslöschung bedroht ist, bedeutete dies einen Verlust von Status und Professionalität.

Eine Hebammengeburtshilfe hat Werte im Zentrum, die Wünschen einer planbaren und kontrollierbaren Geburt gegenüberstehen. Prinzipien wie die gekonnte Nicht-Intervention und das Zeit-lassen der natürlichen Vorgänge können nur gelebt werden, wenn sie von den Frauen auch gewünscht werden. Somit hängt die Zukunft des Hebammenberufes unter anderem von den Bedürfnissen der Frauen ab. Wie schon gezeigt, wird die Möglichkeit der Selbstbestimmung der Frau in der Geburtshilfe von meinen Interviewpartnerinnen jedoch in Frage gestellt.

Wie beurteilen meine Interviewpartnerinnen nun ihre Möglichkeiten, die Geburtshilfe nach ihren Vorstellungen zu gestalten? Fühlen sie sich als aktive Mitgestalterinnen, oder als passive Figuren, die die Entwicklungen mittragen müssen?

7 Handlungsräume

Wie beschrieben können Hebammen ihre Vorstellungen von Geburtshilfe in den Gesundheitssystemen Deutschlands und Österreichs nur eingeschränkt umsetzen. In diesem Kapitel möchte ich die Grenzen der Handlungsmöglichkeiten zur Veränderung der geburtshilflichen Praxis aus der Sicht meiner Interviewpartnerinnen aufzeigen. Weiters geht es um die Möglichkeiten, die meine Interviewpartnerinnen wahrnehmen, um ihre Interessen einzubringen und umzusetzen.

7.1 Ohnmacht oder Handlungsmacht?

Die von mir interviewten Hebammen betrachten die Entwicklungen in der Geburtshilfe mit großer Sorge. Besonders Hebammen mit längerer Berufserfahrung, die noch eine andere Form von Geburtshilfe kennen gelernt haben, sind besorgt und beunruhigt. Ihr Unbehagen bezieht sich auch auf allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen und einen Wertewandel, dem sie kritisch gegenüberstehen. Es scheint, als fühlten sie sich als Akteurinnen, die diese Entwicklungen mittragen müssten. Ihre Zweifel, ob sich die Geburtshilfe im Interesse des Hebammenberufes verändern wird, beziehen sich unter anderem auf die nachfolgenden Hebammengenerationen, die im Rahmen der heute stattfindenden Geburtshilfe ausgebildet werden.

Herta Krug hat langjährige Erfahrungen als Lehrhebamme. Sie beobachtet die bereits beschriebene Veränderung der Frauen auch bei den Hebammenschülerinnen.

„Diesen Unterschied (...)nehm` ich auch wahr ein Stück bei den Hebammenschülerinnen. Dass da auch natürlich Veränderungsprozesse da sind. Also nicht mehr so kämpfen für bestimmte Sachen. Ne, es eher auch hinzunehmen: Ja, dann ist das so. (...) Und Hebammen sind immer denk ich immer so ein Stück Spiegel der Gesellschaft, der gesellschaftlichen Entwicklung. Insofern kann man dann auch sagen (...), dass natürlich die Schülerinnen (...) auch zu den Frauen der heutigen Zeit passen.“ (Herta Krug, D)

Die Hebammenschülerinnen von heute wären demnach weniger revolutionär und bereit zu kämpfen, als Herta Krug ihre eigene Schülerinnengeneration empfindet. Dies könnte damit zusammen hängen, dass die jüngere Generation der Hebammen eine für sie normale Geburtshilfe nicht mehr kennenlernen würde, meint Miriam Koloko. Sie ist seit 30 Jahren Hebamme.

„Ich hab immer so eine Vorstellung, dass es so sein wird, also es ist eher ein Witz, aber ich hab mir auch nie vorgestellt, dass es 30% Kaiserschnitte geben wird, nämlich so mir nix dir nix. Ohne echte Indikationen. (...) Also mach ich den Witz, dass ich sag: Wenn das so weitergeht, wird's dann so sein, in 20, 30 Jahren, dass dann die Studierenden einmal zu mir als Pensionistin kommen werden und sagen werden: Frau Koloko, erzählen Sie uns einmal was! Sie haben noch normale Geburten erlebt, wie ist das? (...). Dass ich sag: Okay, ich wird` ihnen dann was Unvorstellbares erzählen: Frauen mit Schmerzen, ohne Medikamente, die herumgegangen sind bei der Geburt, die das ausgehalten haben, und so.“ (Miriam Koloko, A)

In dieser Aussage ist die Ohnmacht gegenüber den steigenden Kaiserschnittraten besonders deutlich spürbar. Miriam Koloko zeichnet ein düsteres Zukunftsszenario, in dem die normale Geburt nur noch als ferne Erinnerung der älteren Hebammen existiert. Die jüngeren Hebammengenerationen hätten keine Möglichkeit mehr, eine für Miriam Koloko „normale“ Geburtshilfe zu erleben. Denn auch wenn es aus ihrer Erfahrung immer wieder Trendwechsel gibt, scheint ihr die Geburtshilfe, wie sie heute ist, besonders extrem.

„Ich hab schon die eine Seite erlebt, und jetzt, hab ich das Gefühl, sind wir ganz auf der anderen Seite. Was das macht kann ich überhaupt nicht einschätzen. Ich kanns jetzt nur beobachten, wies jetzt ist, aber ich hab keine Perspektive für die Zukunft dahingehend, weil ich nicht weiß, wird's so wie ich mein Szenario zum Spaß konstruiert habe, ja? Eigentlich als Witz, weil's fast nicht zum Aushalten ist anders. Oder passiert irgendwas, das man dann wieder innehaltet und sagt: Das kann so nicht weitergehen. Wir müssen wieder einen anderen Weg gehen. Ich kann`s nicht sagen. (...) Also wir haben immer wieder so Bewegungen gehabt, aber das ist jetzt so extrem, ja, was sich da so tut. Und das läuft auf einer, ich kann`s gar nicht benennen, es läuft eigentlich still und heimlich, ja. So, es passiert ständig, weltweit steigt die Sectio-Rate auch an, also in Brasilien haben sie 80%, was Wahnsinn ist (...). Und es tut sich nix. Ja, so als wär`s irgendwie a Wimmerl, das ma ausdrückt, so pffft (*Anm.: klatscht in die Hände*)“. (Miriam Koloko, A)

Miriam Koloko beschreibt den Anstieg der Kaiserschnitt-Raten hier als schleichende, undurchschaubare Entwicklung, derer sie sich ausgeliefert fühlt. Es scheint, als fühle sie sich allein gelassen mit ihrer Kritik, da sich sowohl Frauen als auch Hebammen zu wenig gegen die beschriebene Entwicklung stellen würden. Ihre Fassungslosigkeit und ihr Gefühl der Machtlosigkeit kommen hier sehr deutlich zum Ausdruck.

Wie Miriam Koloko meinten auch andere meiner Interviewpartnerinnen, die Geburtshilfe wie sie momentan stattfindet, sei eine Trendentwicklung. Demnach könnte sich die Geburtshilfe von selbst wieder zum Besseren ändern. Marlies Wunderschläger glaubt an einen Rückgang der Wunschkaiserschnitte. Dazu wäre eine breitere Aufklärung nötig.

„Das ist ein Trend. Ich sag immer so: Es ist jetzt zur Zeit so. Aber es kommt auch noch, ich bin ganz sicher, eine andere Zeit, [in der] wir keine Wunsch-Sections mehr machen.“ (Marlies Wunderschläger, D)

Beatrice Jolanda schätzt die Möglichkeiten des Hebammenstandes, Einfluss zu nehmen, eher gering ein. Sie glaubt nicht daran, dass sie zu einer Veränderung der Situation beitragen kann.

„Ich denk, es ist deswegen schwer für uns, weil wir einfach sehr gering sind und Baby kommen sowieso auf die Welt, ob’s uns gibt oder nicht. Und auch egal, wie wir arbeiten und egal, welche Meinung wir vertreten.“ (Beatrice Jolanda, A)

Auch Paula Matjes empfindet die Position der Hebammen in der Geburtshilfe als zu schwach. Anders als Beatrice Jolanda glaubt sie allerdings an das Bestehen des Hebammenberufes. Dafür müsse aber gekämpft werden:

„Ich hoffe, dass die Lobby der Hebammen stark genug ist, um das wieder retten zu können. Ich glaube das wirklich, dass das irgendwann passieren wird. Ich glaube, dass es eine Trendentwicklung ist im Moment, wie ich schon sagte, alles ist planbar, usw. Aber es auch wieder andere Richtung geben wird. Vielleicht wird es sich auch in zwei ganz große Gruppen aufteilen. Aber ich glaube, dass der Hebammenberuf nicht daran zerbrechen wird. (...) Natürlich muss dafür einiges getan werden, sonst sind wir platt, also das ist klar. Wir Hebammen sind immer ersetzbar. So gesehen, durch Ärzte und Krankenschwestern, ersetzbar unter Führungsstrichen.“ (Paula Matjes, D)

Der empfundenen Bedrohung durch verschiedene Entwicklungen kann unterschiedlich begegnet werden. Dementsprechend verschieden ist der persönliche Umgang der Hebammen mit der beschriebenen Situation. Hebammen, die in einer interventionsreichen Geburtshilfe tätig sind, die sie nicht gutheißen, brauchen Strategien, um damit zurecht zu kommen.

Beatrice Jolanda beschreibt, dass es für sie schwer ist, wenn sie eine Frau lange durch die Geburt begleitet, diese Geburt dann aber per Kaiserschnitt beendet werden muss. Es taucht die Frage auf, ob sie als Hebamme nicht etwas anders hätte machen können. Sie versucht sich zu distanzieren, wenn sie mit dem Wunsch mancher Frauen nach einem Kaiserschnitt konfrontiert wird.

„Und grad wenn man dann so Frauen sieht, die nie eine Wehe haben, oder, weil sie einfach Angst haben oder das so wünschen. (...) Das ist mir egal geworden, weil ich mir denk, wenn ich mich bei jeder jetzt so rein steiger`, das geht gar nicht, das wird einem egal. (...) Wenn sie´s will, ist es in Ordnung, es ist ihr Problem und aus.“ (Beatrice Jolanda, A)

Waltraud Lang sieht für Hebammen, die in einer Klinik angestellt sind, wenige Möglichkeiten, Veränderungen herbeizuführen.

„Wie ist die Position der Hebamme? Also in den Kliniken ist sie einfach machtlos. [Da] kann sie sich natürlich zu ihrem Ziel machen, ich möchte diese Frau bei ihrem Wunschkaiserschnitt gut begleiten. So, ist ja auch `ne Aufgabe, die auch nicht leicht ist irgendwie, was weiß ich, irgendwie drei geplante Kaiserschnitte am Montag morgen hintereinander zu begleiten, das ist ja schrecklich, wenn man eine Hebamme ist. Das ist ja in dem Sinn ja keine schöne Arbeit, und trotzdem haben diese Frauen ein Anrecht auf `ne gute Hebammenbetreuung. Und die Kinder. So, sich das zum Ziel zu machen.“ (Waltraud Lang, D)

Das Gefühl der Ohnmacht gegenüber den beschriebenen Veränderungen in der Geburtshilfe, ist groß. Aus der Sicht meiner Interviewpartnerinnen hätte die Berufsgruppe der Hebammen nicht die Position, großen Einfluss auf das Geschehen zu nehmen. Besonders die Unterstützung der Frauen fehle. Nichtsdestotrotz haben meine Interviewpartnerinnen Strategien entwickelt, um mit der beschriebenen Situation umgehen zu können. Auch in den häufig sehr strikten Strukturen der Kliniken suchen und finden sie Möglichkeiten, ihre Vorstellungen umzusetzen. Im Folgenden geht es um diese Strategien, die Hebammen anwenden, um ihre beruflichen Interessen umzusetzen

7.2 Strategien

Raymond DeVries und Rebeca Barroso sprechen von dem „Dilemma“ der Hebammen zwischen den Maschinen und der Notwendigkeit des Hebammenberufes, sich neu zu entwerfen. Die Notwendigkeit eines solchen Neuentwurfes hat verschiedene Gründe und kann verschiedene Auslöser haben. Innerhalb des Berufsstandes kann die Entwicklung neuer Technologien und Organisationsformen, wie Ausbildungsprogrammen, eine Neuorientierung nötig machen. Weiters haben gesellschaftliche Entwicklungen, wie wirtschaftliche, politische und demographische Veränderungen, und gesellschaftliche Vorstellungen von *gender* Einfluss darauf (vgl. DeVries 1997: 250).

In der Geschichte des Hebammenwesens gab es eine Reihe von Entwicklungen, die zu einer Neuorientierung des Berufes führten. Als Beispiel nennen DeVries und Barroso die USA: In der Zwischenkriegszeit erfuhren Hebammen in den USA einen gewaltigen Imageverlust. Neben einer Verlagerung des Geburtsortes aus dem häuslichen Bereich in die Klinik, veränderten sinkende Immigrations- und Geburtenraten die demographische Situation. Weiters wurden Hebammen von der Ärzteschaft als unkompetent und ihre Arbeit als gefährlich dargestellt. In der Bevölkerung wurde verbreitet, sie seien verantwortlich für hohe Mortalitätsraten (vgl. DeVries/Barroso 1997: 254ff).

Durch ihre schwache soziale und politische Position war es den Hebammen nicht möglich, ihre Unabhängigkeit zu bewahren und in Konkurrenz zur von der Ärzteschaft dominierten Geburtshilfe zu treten. Deshalb wählten Hebammen zwei sehr unterschiedliche Wege, dem Veränderungsdruck zu begegnen. In den 1950er Jahren schlossen sich Hebammen mit dem Berufsstand der Krankenschwestern und -pflegern zusammen, um das Überleben ihres Berufes zu sichern. Die neu entstandene *nurse-midwifery* konnte sich zwar Legitimität in der Geburtshilfe verschaffen, de facto wurden aber weniger als ein halber Prozent der Geburten in den 1970er Jahren von *nurse-midwives* betreut. Dem Zusammenschluss mit Krankenschwestern und -pflegern wurde von einem Teil der Hebammen mit Kritik begegnet. Diese *traditional midwives* schworen in den 1960er Jahren der modernen Medizin ab. Sie lehnten

eine formale Ausbildung ab und wirkten außerhalb des medizinischen Systems. Bevor sie aufgrund des wachsenden Druckes der Ärzteschaft begannen, sich zu organisieren, kann eigentlich nicht von einer bewussten Strategie gesprochen werden. In den späten 1970er Jahren aber entstand die Hoffnung einer formalen Anerkennung, die zunächst erfolglos blieb. Stattdessen kam es vermehrt zur Verfolgung von *traditional midwives* durch den Staat. Durch die 1983 gegründeten *Midwives` Alliance of North America* (MANA) und das Übertreten vieler *traditional midwives* zur *nurse-midwifery* in den 1980er Jahren wurde die Wiedervereinigung der amerikanischen Hebammen vorangetrieben. (ebd.).

Die *nurse-midwives* konnten in den 1970ern ihre Position festigen und verorteten sich zwischen der hoch-technisierten Krankenhausgeburt und der technologiearmen Hausgeburt. In Geburtszentren, die von räumlich und strukturell von Spitälern getrennt sind, werden Geburten mit niedrigem Risiko betreut (ebd.).

Die Zukunft des Hebammenwesens sei laut DeVries und Barroso unklar. Denn Hebammen stünden vor der Aufgabe, eine Position im Geburtssystem zu finden, an der ihre Eigenständigkeit bewahrt wird und sie zugleich auf dem neuesten Stand der geburtshilflichen Techniken bleiben. DeVries und Barroso unterscheiden zwei Möglichkeiten, um dieser Herausforderung zu begegnen: Kollektive und Individuelle Strategien (vgl. DeVries/Barroso 1997: 253).

Die Möglichkeiten einer Umsetzung dieser Strategien hängen stark von der strukturellen Situation der Hebammen in einem Land ab. Berufe mit höherem Einkommen und Prestige, wie ÄrztInnen, könnten politische und finanzielle Prozesse eher beeinflussen als Hebammen, die in den meisten Ländern über geringeres soziales Kapital verfügen. Besonders individuelle Strategien haben meist keine weit reichenden Veränderungen zur Folge, wenn der Hebammenstand sich keine autonome Position im Geburtssystem erkämpfen konnte. Um als eigenständige Berufsgruppe agieren zu können, müssten Hebammen die Strukturen verändern und sich eine machtvollere Position erkämpfen. Der Weg zu einem legitimen Platz muss auch über die gesellschaftlichen Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt führen.

Ausgehend von DeVries und Barrosos Unterscheidung möchte ich im Folgenden ebenfalls zwischen von meinen Interviewpartnerinnen beschriebenen

individuellen und kollektive Strategien unterscheiden. Individuelle Strategien sind Handlungen, die Hebammen in ihrem Arbeitsalltag setzen, um ihre Vorstellung von einer guten Geburtshilfe umzusetzen. Unter kollektiven Strategien will ich zeigen, welche Möglichkeiten die von mir interviewten Hebammen auf einer gesellschaftlichen Ebene sehen, um die Position der Hebammen zu stärken und Veränderungen in Richtung einer Hebammengeburtshilfe in Gang zu bringen. Dabei geht es nicht nur um ihr persönliches, sondern ebenso um politisches Engagement.

7.2.1 Handlungsräume im Arbeitsalltag: Individuelle Strategien

Die Handlungsmöglichkeiten der Hebammen in ihrem Arbeitsalltag sind aus verschiedenen Gründen begrenzt. Die gegenwärtige Geburtshilfe ist aus Sicht meiner Interviewpartnerinnen Ausdruck der momentanen gesellschaftlichen Verhältnisse und Wertvorstellungen und kann nicht losgelöst davon betrachtet werden. Obwohl individuelle Handlungsräume wahrgenommen werden, muss an einer gesellschaftlichen Ebene angesetzt werden, um eine Geburtshilfe nach Vorstellung der Hebammen umzusetzen. Dennoch entwickeln meine Interviewpartnerinnen Strategien, um im Kleinen ihre Interessen umzusetzen. Im Folgenden möchte ich die Grenzen der Handlungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag sowie Versuche der Eroberung von Handlungsräumen zeigen.

Spitalsordnungen

In Österreich und Deutschland ist der Großteil der Hebammen in Spitälern angestellt und muss sich den jeweiligen Spitalsordnungen unterwerfen. Die Form der Betreuung kann häufig erst in zweiter Linie nach persönlichen Vorstellungen umgesetzt werden. Antonia Kleibing erzählt von einem Fall, bei dem sie trotz ausdrücklichem Wunsch der Frau die Geburt nicht ohne Verwendung des CTG übernehmen konnte:

„Ich hab auch schon erlebt, das war so 97, dass eine Frau gesagt hat, sie möchte nicht, dass dieses Gerät angehängt wird, sie möchte ohne diese Herztonüberwachung, ohne dieses CTG-Gerät entbinden, dass nur so gehorcht wird zwischendurch. Und ich hab mir gedacht, he super! Mach ich total gern, weil

das bin ich gewöhnt und das ist eh viel besser, weil dann die Frau wirklich tun kann, was ihr angenehm ist.“ (Antonia Kleibing, A)

Außerdem werde die Frau durch das Anlegen eines CTG in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Werden die Herztöne im Sitzen gemessen, kann es passieren, dass abwechselnd die mütterliche und die kindliche Herzfrequenz gemessen werden. Eine kontinuierliche Herztonüberwachung ist jedoch meist Pflicht.

„Es war mir damals nicht möglich, wie die Frau gesagt hat, sie will das nicht, dass ich das nicht mache. (...) Sondern es hat geheißen, nein, das ist einfach nicht möglich, weil wir haben die Verantwortung und wir müssen das auch dokumentieren, also du kannst nicht nur ab und zu horchen, sondern das ist unsere Pflicht, wir müssen es dokumentieren.“ (Antonia Kleibing, A)

Antonia Kleibing überlegt, ob sie sich dieser Weisung widersetzen hätte sollen. Sie vermutet, dass andere Hebammen sich durchgesetzt hätten.

„[Aber] es war mir unangenehm dann auch in einem System, wo ich arbeite, muss ich mich auch dem Usus dort beugen.“ (Antonia Kleibing, A)

Obwohl die Frau selbst den ausdrücklichen Wunsch geäußert hatte, ohne kontinuierliche CTG-Überwachung zu entbinden, war dies in diesem Fall nicht möglich. Hier wird Autoritäres Wissen wirksam. Die Pflicht, mit CTG zu entbinden, reicht über die Selbstbestimmung der Frau hinaus. Es scheint jedoch, als wäre Antonia Kleibing sich nicht sicher, ob sie sich genug für das Interesse der Frau eingesetzt habe. In der Klinik müsse nach deren Regeln gearbeitet werden.

Auch die strukturelle Situation in den Spitälern hat Einfluss auf die Gestaltungsmöglichkeit der Hebammen. Knappe Personalbesetzungen erhöhen den Betreuungsschlüssel. Oft werden mehrere Frauen von einer Hebamme gleichzeitig betreut. Die gewünschte 1:1-Betreuung kann nur selten umgesetzt werden. Paula Matjes hat als leitende Hebamme in einem großen Spital mit der geringen Personalbesetzung zu kämpfen. Gerne würde sie einen Hebammenkreißsaal einrichten.

„Das wüsst` ich für uns da nicht umzusetzen, weil wir da vor geschlossene Türen rennen, was die personelle Situation angeht. Und wenn man 1000 schafft mit 7,5 Hebammen, und das schon zwei Jahre geschafft hat, dann kann man sich das absolut abschnicken, dass man irgendwann mehr kriegt. Da bin ich absolut

runter. (...) Ich will nur noch halten was ich habe. Und was ich im Moment mache, ist, wirklich überall zu rufen: Arbeit, ich komme. Wo ist Arbeit, und mir die Arbeit zu nehmen. Ich würde gerne frühere Aborte betreuen, von der Station. Das ist immer so`ne Sache, wie man das personell leisten kann. Aber auf der anderen Seite, wenn ich's erst mal habe, die Arbeit, dann kann ich immer noch damit begründen, dass ich mehr Personal brauche.“ (Paula Matjes, D)

Auch Angelika Sturmvoll berichtet von Personalproblemen. Sie ist leitende Hebamme einer großen Klinik und muss darum kämpfen, die Anzahl der Hebammenposten zu halten.

Später Kontakt zu den Frauen

Studien zeigen, dass Frauen, die schon in der Schwangerschaft von einer Hebamme betreut werden, oder ihre eigene Hebamme zur Geburt mitnehmen, sich sicherer fühlen und weniger Interventionen nötig sind (vgl. Schwarz/Schücking 2004: 25). Da die Schwangerenvorsorge in Deutschland und Österreich aber zum Großteil in der Hand der ÄrztInnen liegt, haben Hebammen wenige Möglichkeiten, Frauen bereits in der Schwangerschaft zu stärken und ihre Fragen und Unsicherheiten zu klären.

Meine Interviewpartnerinnen sind der Meinung, dass es für Klinikhebammen, die die Frau erst kurz vor der Geburt kennen lernen, meistens zu spät ist, um das Vertrauen der Frauen in ihren Körper zu stärken. Sie erachten es aufgrund des kurzfristigen Kontaktes auch meist nicht als sinnvoll, die Frau zu einem Umdenken zu bewegen, da sie die Gründe und Grenzen der Frau nicht kennen. Waltraud Lang meint in Bezug auf die Entwicklung, dass Frauen zunehmend Interventionen wünschen:

„Ich finden diesen Trend falsch, aber ich denke, dass in den Kreißsälen, wo wir heute arbeiten, der Zug dann abgefahren ist, also man kann dann als Hebamme im Kreißsaal das Ruder nicht mehr`rum reißen. Sondern, das ist einfach ein ganz langer Vorlauf gewesen an Entwicklung, die dahin geführt hat, die ich an der Stelle nicht mehr, oder nur sehr gering, beeinflussen kann.“ (Waltraud Lang, D)

Nichtsdestotrotz wird die **Aufklärung** über Risiken, Folge- und Nebenwirkungen von Interventionen während der Geburt als Möglichkeit der Einflussnahme betrachtet. Auch das Anbieten von Alternativen, beispielsweise um dem Schmerz

zu begegnen, kann als Strategie verstanden werden, der technisierten Geburtshilfe Einhalt zu gebieten.

Manche Frauen aber wollten eine angemessene Beratung vermeiden, berichtete Paula Matjes. Eine Frau, die eine Sectio wünscht, suche meist ihren Gynäkologen auf und nur selten eine Hebamme. Wenn Paula Matjes Kontakt zu einer Frau mit Kaiserschnittwunsch bekommt, versucht sie, ihr die Alternativen aufzuzeigen.

„Inzwischen ist es schon so, dass ich den Frauen das Blaue vom Himmel herunter verspreche, was die PDA angeht, wenn's sein muss, Hauptsache kein Wunschkaiserschnitt. Das ist inzwischen meine Einstellung. Schade, aber ist so.“
(Paula Matjes, D)

Frauen, die von Haus aus eine kritische Einstellung haben, wären empfänglicher für alternative Möglichkeiten. Antonia Kleibing berichtete von drei Frauen, denen von ärztlicher Seite zur Sectio geraten wurde. Nach einem Gespräch mit ihr entschieden sie sich jedoch für eine vaginale Geburt.

„Ich hab sie total bestärkt darin und dann haben sie mich getroffen, oder mir einen Brief geschrieben, und waren glücklich, weil's einfach eh ganz unkompliziert gelaufen ist dann.“ (Antonia Kleibing, A)

Wie bereits in Kapitel 6.2.2 erwähnt, herrscht die Ansicht vor, gut aufgeklärte Frauen würden sich gegen die Wunsch-Sectio und für eine interventionsarme Geburt entscheiden. Eine Frau, die sich bereits entschieden hat, könne aber nicht mehr umgestimmt werden.

7.2.2 Kollektive Strategien

Im Jahr 2004 fand in Karlsruhe der 10. Internationale Hebammenkongress statt. In ihrem Vortrag formulierte die damalige Präsidentin des BDH, Magdalene Weiß, die Bereiche, in denen Hebammen gezielt die stattfindende Praxis der Geburtshilfe verändern könnten (vgl. BDH 2008). Diese überlappen mit den Bereichen, die meine Interviewpartnerinnen als mögliche Handlungsfelder kollektiver Strategien nannten. Im Folgenden will ich kurz auf diese eingehen:

Berufspolitische Arbeit

Das Österreichische Hebammengremium und der Bund Deutscher Hebammen werden als wichtige berufliche Vertretung wahrgenommen. Durch die Mitarbeit in den Gremien der Länder können Hebammen Einfluss auf die Gestaltung des Geburtssystems nehmen. Einige meiner Interviewpartnerinnen sind oder waren in der Berufspolitik aktiv und versuchen so, die bestehenden Strukturen zu verändern. Auch Waltraud Lang ist in einer Kommission des Bundes Deutscher Hebammen aktiv. Ihrer Meinung nach ist berufspolitisches Engagement unerlässlich, um die Situation der Hebammen in Deutschland zu ändern.

„Als Hebamme im Kreißaal kann man natürlich letztendlich noch so gute Geburtshilfe machen, (...) am System kann man da nie was ändern.“ (Waltraud Lang, D)

Gleichzeitig merkten meine Interviewpartnerinnen an, dass die Berufsverbände nicht stark genug wären, um die Vorstellungen der Hebammen durchzusetzen. Für Karina Edlinger (A) beispielsweise könnte eine gewerkschaftliche Vertretung mehr bewegen, denn da die Mitarbeiterinnen des ÖHG auch berufstätig sind, ist das Veränderungspotenzial des Gremiums gering. Herta Krug (D) hofft darauf, dass Hebammen nicht nur berufspolitisch aktiv sind, sondern zunehmend auch in die Politik gehen, um auf diesem Weg ein Bewusstsein für die präventive Arbeit von Hebammen zu schaffen.⁴⁴

Öffentlichkeitsarbeit

Der Berufsstand der Hebammen ist klein und in der Öffentlichkeit wenig präsent. Auch wenn Hebammen aus ihrer Sicht bei den Frauen ein hohes Ansehen genießen, ist ihr genauer Arbeitsbereich gesamtgesellschaftlich nicht bekannt. So sind die spezifischen Angebote der Hebammen in der Schwangerenvorsorge, bei der Geburt und in der Nachbetreuung weitgehend unbekannt. Meine Interviewpartnerinnen wünschen sich eine breitere Medienpräsenz von Hebammen und ihrer Arbeit, da der Bevölkerung eine Hebammengeburtshilfe

⁴⁴ In Deutschland sitzt keine Hebamme als Abgeordnete im Parlament. Im Gegensatz dazu sind in Norwegen Hebammen in der Politik vertreten (Herta Krug, D).

und ein ganzheitlicher Zugang zu Schwangerschaft und Geburt näher gebracht werden kann.

Ausbildung

Der Anstoß zu einer Akademisierung der Hebammenausbildung kam, wie schon erwähnt, von Außen.⁴⁵ Trotzdem sehen meine Interviewpartnerinnen die Veränderung der Ausbildung als Möglichkeit, ihre Position zu stärken. Die wissenschaftliche Ausrichtung der neuen Hebammenausbildung auf Fachhochschulen wird von den Hebammen durchaus auch kritisch betrachtet. Es herrscht Angst, der praktische Teil der Ausbildung könnte zu kurz kommen. Gleichzeitig besteht die Hoffnung, durch die Etablierung einer Hebammenforschung das Image des Berufsstandes zu stärken (vgl. Hebammenzeitung 2004). Ziel der wissenschaftlichen Ausbildung von Hebammen ist, die bestehenden Studien kritisch hinterfragen zu lernen und Untersuchungen zu Themen zu machen, die von ärztlicher Seite vernachlässigt werden. So kann die Argumentationskraft der Hebammen gegenüber anderen Professionen gestärkt werden. Die für die Erarbeitung der Lehrpläne zuständigen Studiengangsleiterinnen können durch die thematische Schwerpunktsetzung den Grundstein für eine Eroberung neuer Tätigkeitsfelder legen.

In Deutschland wurde die Umstellung auf Fachhochschulen noch nicht umgesetzt, wird jedoch bald in Angriff genommen.

„Das Riesending, das als nächstes dran ist, ist einfach der Bachelor-Studiengang für Hebammen (...) an der FH. (...) [Das] ist (...) für die Lehrerinnen an der Hebammenschule `ne Riesen Aufgabe, da für die Entwicklung des Hebammenberufs wirklich einen Riesenschritt mitzugehen.“ (Waltraud Lang, D)

Ausweitung des Tätigkeitsbereiches

Das Bestreben der Hebammen gilt der Wiederaneignung von Tätigkeitsfeldern, die ursprünglich von Hebammen geleistet wurden. Wie schon erwähnt sehen meine Interviewpartnerinnen die Phasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als ursprünglichen Tätigkeitsbereich der Hebammen, wie es auch in

⁴⁵ Die Bologna-Deklaration der EU von 1999 fordert die Etablierung eines europäischen Hochschulraumes bis 2010.

den Hebammengesetzen beider Länder verankert ist. Besonders meine deutschen Interviewpartnerinnen sprachen sich für eine Ausweitung der Tätigkeitsfelder von Hebammen aus. In Deutschland wird die Schwangerenvorsorge bereits weitreichender umgesetzt, als dies in Österreich der Fall ist.

„Das ist ganz gut, wenn Hebammen verschiedene Berufsfelder, die früher eh Hebammenberufsfelder waren, da auch wieder erobern, und dann eben auch besetzen. Und das haben die Hebammen auch lange verbaselt. (...) Und dann kamen Berufsgruppen wie Stillberaterinnen, und Krankengymnasten, die Geburtsvorbereitung machen, und solche Sachen. Und ich denk, das ist wichtig, dass klar ist: So, das sind wir Hebammen, die das machen.“ (Waltraud Lang, D)

Die Verteilung der Zuständigkeiten ist ebenso eine Machtfrage. Denn die Schwangerenvorsorge ist ein Bereich, in dem viel über den weiteren Verlauf entschieden wird. Eine gute Betreuung der Frau könne sich positiv auf die Geburt auswirken und so auch die Wahrscheinlichkeit notwendiger Interventionen senken. Frauen, die kontinuierliche Hebammenbetreuung schon während der Schwangerschaft erfahren haben, agierten sicherer und selbst bestimmter, und wünschten seltener Interventionen. Demgegenüber meint Antonia Kleibing (A), dass in der Schwangerenvorsorge durch ÄrztInnen eine große Verunsicherung stattfindet. Bei den auf Pathologien konzentrierten GynäkologInnen fehle die Einsicht, dass Zuversicht und Vertrauen wesentliche Faktoren für einen positiven Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sind. Deshalb wird die Schwangerenvorsorge als Feld betrachtet, in dem Veränderungen möglich sind.

„Ja, dass da einfach (...) klar ist, in der Schwangerschaft, je früher desto besser, die Frauen kennen zu lernen, um ganz früh auch schon über Geburt mit denen zu reden, und Ängste frühzeitig zu erkennen, aufzufangen, und damit die Geburt letztendlich ja auch zu steuern.“ (Waltraud Lang, D)

Aus bereits dargestellten Gründen sind in Österreich kaum Hebammen in der Schwangerenvorsorge tätig. Die schon lange angestrebte Aufnahme in den Mutter-Kind-Pass und eine veränderte Ausbildung sind wichtige Schritte zu einer Ausweitung der Hebammentätigkeit auf die Schwangerenvorsorge.

Projekt Hebammenkreißaal

Besonders von den deutschen Hebammen wurde der Hebammenkreißaal häufig als Möglichkeit erwähnt, eine Hebammengeburtshilfe im Rahmen des Spitals umzusetzen.

„Das Ideal ist natürlich dieses Konzept des Hebammenkreißaals, das find` ich schon genial. Ne 1:1-Betreuung für die Frau, find ich sensationell. (...) Und es ist ne völlig andere Atmosphäre und man hat trotzdem noch die Gewissheit, sollten irgendwelche Komplikationen eintreten, hat man aber die Möglichkeit, jederzeit entsprechend die Fachleute hinzuzuziehen.“ (Angelika Sturmvoll, D)

Das Konzept Hebammenkreißaal bezeichnet ein von Hebammen geleitetes geburtshilfliches Modell im klinischen Setting. Gesunde Frauen werden in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von eigenverantwortlich arbeitenden Hebammen betreut. Der Hebammenkreißaal soll eine Erweiterung des normalen Kreißaales darstellen, bei Komplikationen wird die Frau in ärztliche Betreuung übergeben (Verbund Hebammenforschung 2007).

In Österreich gibt es seit 1997 an der Universitätsfrauenklinik Wien einen Hebammenkreißaal. Dieser ist Teil eines Projektes, bei dem die Ergebnisse der Geburten im Hebammenkreißaal mit denen unter ärztlicher Leitung verglichen werden (vgl. Bodner-Adler 2007: 342f). In Deutschland finden ebenfalls Projekte Hebammengeleiteter Geburtshilfe statt.

Hebamme als Erziehungsberuf

Ausgehend von dem großen Einfluss auf die Gestaltung der Geburtshilfe, den meine Interviewpartnerinnen den Frauen zusprechen, ist die Aufklärung der Frau eine wichtige Strategie zur Stärkung der Position der Hebammen. Doch dies müsse nicht erst in der Schwangerschaft beginnen. Die von mir interviewten Hebammen plädieren für Aufklärung bereits an Schulen und Kindergärten. Ziel dieser Aufklärung ist, schon Kinder, Mädchen und Burschen, mit den Themen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen auseinander zu setzen. Es soll die Natürlichkeit von Schwangerschaft vermittelt werden und das Vertrauen in den eigenen Körper gestärkt werden.

In Deutschland arbeitet der Bund Deutscher Hebammen seit dem Jahr 2000 daran, den erzieherischen Aspekt des Hebammenberufs zu verbreiten. Die

präventive und pädagogische Arbeit der Hebammen, die häufig zu kurz kommt, soll durch Projekte an Schulen gefördert werden. Gezielt wurden vom BDH Fortbildungen zur pädagogischen Arbeit an Schulen und Kindergärten organisiert (vgl. Petrus 2008). Als Teil der Gesundheitsförderung sollen auf diese Weise positive Bilder von Schwangerschaft und Geburt vermittelt werden (vgl. Weiß 2008).

In Österreich dagegen finden Projekte in Schulen und Kindergärten meines Wissens nur auf Eigeninitiative statt. Für Beatrice Jolanda (A) ist klar, dass die Stärkung der Frau schon vor der Schwangerschaft stattfinden muss. Sie hat den Beruf der Hebamme in einem Kindergarten vorgestellt.

Auch der Erziehungswissenschaftler Werner Lauff (2004) sieht den Hebammenberuf als Erziehungsberuf und erinnert an das pädagogische Potenzial der Hebammenarbeit. Lauff sieht es als Versäumnis der Pädagogik an, der Medizin die Phase der frühen Kindheit zu überlassen und selbst erst auf die Erziehung in der späten Kindheit zu fokussieren. Hebammen bewegen sich seines Erachtens in diesem Dilemma: „Im Denken sind sie medizinisch, im Tun erzieherisch. Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und Stillen sind jedoch zunächst keine medizinischen Vorgänge, sondern vitalste pädagogische Wirkungen lebendiger Geschlechtergesundheit“ (Lauff 2004: 61). Deshalb gelte es „in erzieherischem Sinne (...), das medizinisch gestörte Vertrauen in die Gesundheit von Mutter und Kind wiederherzustellen“ (ebd.). Die Auffassung des Hebammenberufs als Erziehungsberuf berge auch Chancen für den Hebammenstand, da so ein eigenständiges berufliches Selbstverständnis entwickelt werden kann (vgl. Lauff 2004).

Auch wenn Lauff die erzieherische Aufgabe der Hebamme übermäßig betont, ähneln seine Ansätze der Forderung meiner Interviewpartnerinnen nach Aufklärung im frühen Kindesalter. Wie viele Hebammen tatsächlich dazu bereit wären, pädagogische Aufgaben zu übernehmen, muss hier offen bleiben.

8 Conclusio

Am Anfang meiner Arbeit stand die Frage, wie sich Hebammen in der heutigen Geburtshilfe selbst positionieren. Auf Basis von elf qualitativen Interviews mit Hebammen möchte ich diese Frage nun zusammenfassend beantworten:

Meine Interviewpartnerinnen identifizieren sich stark mit dem Hebammenberuf. Sie nehmen den Hebammenstand als kleine, nicht sehr einflussreiche und eher unbekanntere Berufsgruppe wahr, die sich schwer tut, ihre Interessen umzusetzen. Dies zeige sich auch in der geringen Wertschätzung, die sie von politischer Seite erfahren.

Meine Interviewpartnerinnen arbeiten und arbeiteten in Settings, in denen sie ihre Vorstellungen von Geburtshilfe nur eingeschränkt umsetzen können. Eine 1:1-Betreuung, die die Gebärende im Mittelpunkt hat und das Prinzip der gekonnten Nicht-Intervention berücksichtigt, kann meist nur im außerklinischen Bereich umgesetzt werden. Angestellte Hebammen müssen sich den klinischen Strukturen unterwerfen. Weiters schränken Personalnotstände und eine hohe Arbeitsbelastung ihre Gestaltungsmöglichkeiten ein.

In meiner Arbeit habe ich die Befürchtung meiner Interviewpartnerinnen, die Geburtshilfe könnte sich in eine Richtung weiterentwickeln, in der ihre Ideale nur sehr eingeschränkt gelebt werden können, dargestellt. Es bestehe die Notwendigkeit der Hebammen, auf die Veränderungen zu reagieren. In der Arbeit sollte gezeigt werden, dass besonders die steigenden Kaiserschnittraten als Infragestellung von Hebammenarbeit interpretiert werden. Denn je mehr Geburten per Sectio entbunden werden, desto weniger könnten Hebammen die Art von Geburtshilfe leisten, derentwegen sie den Beruf der Hebamme ergriffen haben. Sie fühlen sich zu Hilfspersonal degradiert, als Zureicherinnen von ÄrztInnen. Auf einer zweiten Ebene steht die Geburt per Kaiserschnitt den Idealen der Hebammen entgegen. Denn der Kaiserschnitt wird als Gegenstück zur „natürlichen“ Geburt konzipiert, als manchmal notwendige aber unnatürliche Form der Geburt. Auch ihr Wunsch nach einem Umfeld, in dem die Frau die Möglichkeit hat, selbstbestimmt und aktiv zu gebären, wird bei der Kaiserschnittentbindung untergraben, bei der der Arzt oder die Ärztin den aktiven Part übernimmt. Letztlich kritisieren meine Interviewpartnerinnen die steigenden

Kaiserschnittraten aus medizinischen Gründen, da auch heute noch Risiken und Folgewirkungen diese Operation zu einer nicht ungefährlichen Entbindungsform machen.

Der zweite Hauptteil meiner Arbeit ist der Beziehung zwischen Frau und Hebamme gewidmet. Die Förderung der Selbstbestimmung der Frau ist ein erklärtes Ziel von Hebammenarbeit. Ebenso steht die möglichst interventionsarme Geburt im Vordergrund. Wenn sich Frauen allerdings im Voraus für eine PDA, eine Wunscheinleitung oder einen Kaiserschnitt entscheiden, gerät die Hebamme in ein Spannungsfeld. In ihren Augen entscheidet sich die Frau selbstbestimmt für eine fremdbestimmte Geburt. Die Zukunft des Hebammenberufes ist jedoch in hohem Maße von den Wünschen und Bedürfnissen schwangerer und gebärender Frauen abhängig und wird durch deren Hinwendung zu interventionsreichen Geburten in Frage gestellt. In diesem Zusammenhang hinterfragten meine Interviewpartnerinnen die Selbstbestimmung der Frau und interpretierten sie als Abhängigkeit von der Medizin. Frauen wählten demnach Interventionen nicht selbstbestimmt, sondern aus einem Gefühl der Verunsicherung heraus. Denn die Fähigkeit (natürlich) zu gebären stecke in jeder Frau.

Die in der Arbeit beschriebenen Veränderungen in der Geburtshilfe werden als schleichende, komplexe Entwicklung wahrgenommen. Hebammen könnten sich dem Lauf der Zeit nur fügen und sich an neue Gegebenheiten anpassen. Trotz diesem Gefühl der Ohnmacht sehen meine Interviewpartnerinnen eine Reihe von Möglichkeiten, auf die Form der praktizierten Geburtshilfe Einfluss zu nehmen. Auch gibt es durchaus Entwicklungen, die von meinen Interviewpartnerinnen positiv beurteilt werden, wie zum Beispiel der vermehrte Einsatz von komplementärmedizinischen Methoden.

Zusammenfassend ergeben sich aus dieser Arbeit nun zwei Fragen:

Die Wünsche der Frauen:

Die Sicht der Frauen in der Geburtshilfe wurde in meiner Arbeit nicht behandelt. Wie sich gezeigt hat, hängt die Zukunft des Hebammenberufes jedoch in großem Maße von den Wünschen und Bedürfnissen der Frauen ab, die Hebammen betreuen. Denn eine den Idealen der Hebammen entsprechende

Hebammengeburtshilfe kann nur dann bestehen, wenn es Frauen gibt, die diese wünschen und unterstützen. Wie DeVries anmerkte, richten sich die Wünsche der Frauen (auch) nach den Angeboten des Gesundheitssystems. Deshalb denke ich, dass, auch wenn sich ein immer größer werdender Anteil der Frauen, im Sinne des besprochenen Klientinnen-Ansatzes, bewusst für diese oder jene Klinik oder Geburtsform entscheidet, der Großteil der Frauen doch den im Gesundheitssystem Deutschlands und Österreichs breit getretensten Pfad beschreitet: Den Weg in die Entbindungsabteilung der nächstbesten Klinik.

Einige meiner Interviewpartnerinnen äußerten jedoch die Vermutung, die Geburtshilfe könnte sich in Zukunft in zwei Gruppen teilen: Auf der einen Seite eine hochtechnologische Geburtshilfe, wie sie auch momentan vorherrschend ist, auf der anderen Seite eine von Hebammen geleitete Geburtshilfe in Form von Hebammenkreißsälen, Geburtshäusern und Hausgeburten. Wenn zweitere nicht bloß als Nische im Gesundheitssystem bestehen will, sondern als wirkliche Alternative, braucht es aus meiner Sicht eine Kombination aus neu geschaffenen Angeboten und Frauen, die Alternativen zur vorherrschenden Geburtshilfe suchen.

Die Zukunft des Hebammenberufes:

Wie wird sich der Hebammenberuf in Zukunft entwickeln? Die Geschichte hat gezeigt, dass der Beruf der Hebamme unter großem Einfluss der gesellschaftlichen und medizinischen Strömungen der jeweiligen Zeit steht. Heute ist der Hebammenberuf ein medizinisch ausgerichteter Beruf. Er hat vor allem durch die Hinzuziehungspflicht eine fixe Position im Gesundheitssystem, darüber hinaus können jedoch nur wenige Hebammen nach ihren Vorstellungen Geburtshilfe leisten.

Die Strategien der Hebammen ihre Position zu stärken, sind, wie gezeigt, vielfältig. Dabei gibt es im klinischen Alltag wenige Möglichkeiten zur nachhaltigen Veränderung. Der hebammengeleitete Kreißaal ist hier aber meines Erachtens eine Einrichtung mit Zukunft, denn er kann eine Lücke im geburtshilflichen Angebot schließen. Die Stärkung von Mädchen in Kindergärten und Schulen und die Sichtbarmachung von Hebammenarbeit durch Öffentlichkeitsarbeit sind Strategien, die auf eine längerfristige Veränderung der Wahrnehmung von Körper und Geburt abzielen. Hier soll die „Natürlichkeit“ der

Prozesse von Schwangerschaft und Geburt vermittelt werden und der die öffentliche Wahrnehmung bestimmenden Betonung von Risiko entgegengesetzt werden. Die Veränderung der Ausbildungsform in Fachhochschulen hat die Stärkung der Position der Hebammen im wissenschaftlichen Bereich zum Ziel. Hier muss jedoch gesagt werden, dass Studienergebnisse, die nicht dem Autoritären Wissen (vgl. Jordan 1997) entsprechen, oft nicht die Veränderung von lange etablierten Praktiken erreichen. Letztlich ist politisches Engagement aus meiner Sicht unerlässlich, da die Strukturen des jeweiligen Gesundheitssystems die Position der Hebammen grundlegend mitbestimmen.

Ein ausschlaggebender Faktor für die Zukunft der Hebammen ist allerdings die Rolle des Risikos in der heutigen Zeit. Laut DeVries (1993) befänden sich Hebammen diesbezüglich in einer paradoxen Situation: Um ihre Position zu stärken müssten sie sich als „Risikomanagerinnen“ profilieren. Dabei würden sie allerdings Gefahr laufen, ihre Tradition und Identität aufzugeben. Als Expertinnen für Geburten mit niedrigem Risiko wären sie zu einem Nischendasein verdammt (vgl. DeVries 1993: 143f).

9 Literaturverzeichnis

AIJMER Göran: Introduction: Coming into Existence. In: AIJMER Göran (Ed.): Coming into Existence. Birth and Metaphors of Birth. 1992. S.1-19.

BODNER-ADLER Barbara: Hebammengeburtshilfe an der Universitätsfrauenklinik Wien. In: OBLASSER Caroline, EBNER Ulrike, WESP Gudrun: Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilfflichen Expertinnen. 2007. S. 342-343.

BOHLE Sigrun: Hebammen. Zur Situation der Geburtshilferinnen im endenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert in Österreich. 2001. Diplomarbeit Universität Wien.

BÖHME Gernot: Alternativen der Wissenschaft. 1980.

BROCKMAN Antje, REICHHARD Daria: Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin. In: KOLIP Petra (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. 2000. S. 58-87.

BUND DEUTSCHER HEBAMMEN e. V. (Hg.): Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. 2006.

CONRAD Peter: Medicalization and social control. In: Annual Review of Sociology. 18/1992. S. 209-232.

CONRAD Peter: The Shifting Engines of Medicalization. In: Journal of Health and Social Behaviour. 1/46/2005. S. 3-14.

COSMINSKY Sheila: Childbirth and Change: a Guatemalan Study. In: MacCORMACK Carol (Ed.): Ethnography of Fertility and Birth. 1982. S. 205-229.

DAVIS-FLOYD Robbie: The technocratic model of birth. In: TOWER HOLLIS Susan, PERSHING Linda, YOUNG Jane: Feminist Theory in the Study of Folklore. 1993. S. 297-326.

DAVIS-FLOYD Robbie, SARGENT Carolyn (Eds.): Childbirth and Authorative Knowledge. 1997.

DAVIS-FLOYD Robbie, DAVIS Elisabeth : Intuition as Authorative Knowledge in Midwifery and Homebirth. In: DAVIS-FLOYD Robbie, SARGENT Carolyn (Eds.): Childbirth and Authorative Knowledge. 1997. S. 315-349.

DAVIS-FLOYD Robbie, SARGENT Carolyn: Introduction. The Anthropology of Birth. In : DAVIS-FLOYD Robbie, SARGENT Carolyn (Eds.): Childbirth and Authorative Knowledge. Cross-cultural perspectives. 1997. S. 1-51.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE e.V.(DGGG): Absolute und relative Indikationen zur Sectio ceasarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. 2006.

DUDEN Barbara: Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. In: SCHLUMBOHM Jürgen, DUDEN Barbara, GÉLIS Jacques, VEIT Patrice: Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. 1998. S. 149-168.

ENDEL Gottfried: Informed Consent. Patienteninformation bei Behandlungen und Begutachtungen. In: MEGGENEDER Oskar, HENGL Walter (Hg.): Der informierte Patient. 2002. S. 171-178.

ENKIN Murray, KEIRSE Marc, RENFREW Mary, NEILSON James: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer. 1998.

ENSEL Angelica: Hebammen im Konfliktfeld der pränatalen Diagnostik. Zwischen Angrenzung und Mitleiden. 2002.

ENSEL Angelica: Eltern haben und bewegt, wohin bewegen wir uns heute? In: Deutsche Hebammenzeitschrift. 2/2007. S. 6-13.

ERIKSON Susan: Fetal View. History and Habits of Looking at the Fetus in Germany. In: Journal of Medical Humanities. 28/2007. S. 187-212.

FLÜGGE Sibylla: Hebammen und heilkundige Frauen. Recht und Rechtswirklichkeit im 15. und 16. Jahrhundert. 1998.

GEIST Christine, HARDER Ulrike, STIEFEL Andrea (Hg.): Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 2007.

Van GENNEP Arnold: Übergangsriten. 2005 (Orig. : Les rites de passage. 1909.)

GUBALKE Wolfgang: Die Hebamme im Wandel der Zeiten. Ein Beitrag zur Geschichte des Hebammenwesens. 1964.

HARAWAY Donna: Ein Manifest für Cyborgs. Feminismus im Streit mit den Technowissenschaften (1985). In: BRUNS Karin, REICHERT Ramón (Hg.): Reader Neue Medien. Texte zur digitalen Kultur und Kommunikation. 2007. S. 238-277.

HEBAMMENGEBÜHRENVERORDNUNG, 1987: Bundesgesetz Deutschland.

HEBAMMENGESETZ, 1994: Bundesgesetz Österreich.

HEBAMMENGESETZ, 1985: Bundesgesetz Deutschland.

HEBAMMENSCHULE NEUKÖLN/BERLIN, Oberkurs 2004. Das Bild der Hebamme in der Gesellschaft. 2004.

HILDEBRANDT Sven: Wie Liebhaber in einem Groschenroman. In: Hebammenforum. 2/2008, S. 98-103.

VanHOLLEN Cecilia: Review Article. Perspectives on the Anthropology of Birth. In: Culture, Medicine and Psychiatry. 18/1994. S. 501-512.

HOPF Christel: Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: FLICK Uwe (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 1995. S.177-188.

HUSSLEIN Peter: Elektive Sektio vs. Vaginale Geburt – Ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? In: Der Gynäkologe. 33/2000. S. 849-856.

HUSSLEIN Peter: Prophezeiungen für das Jahr 2023. In: GRIN Wolfgang: Kaiserschnitt. Wunsch oder Notwendigkeit. 2004. S. 7-10.

ICM - International Confederation of Midwives: Position Statement. Appropriate Maternity Service for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period. 2002.

ILLICH IVAN: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. 1983..

JEFFERY Roger, JEFFERY Patricia: Traditional Birth Attendants in Rural North India. The Social Organisation of Childbearing. In: LINDENBAUM S., LOCK M. (Eds.): Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life. 1993. S. 7-31.

DeJONG Theresia Maria, KEMMLER Gabriele: Kaiserschnitt. Wie Narben an Bauch und Seele heilen können. 2003.

JORDAN Brigitte: Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. 1978.

JORDAN Brigitte: Knowledge, Practice, and Power: Court-Ordered Cesarean Sections. In: Medical Anthropology Quarterly. 1/3/1987. S. 319-334.

JORDAN Brigitte: Die Geburt aus Sicht der Ethnologie. In: SCHIEFENHÖVEL Wulf, SICH Dorothea, GOTTSCHALK-BATSCHKUS Christine (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 1995. S. 25-30.

JORDAN Brigitte: Authorative Knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD Robbie, SARGENT Carolyn (Eds.): Childbirth and Authorative Knowledge. 1997. S. 55-79.

KAMAL I.T.: The traditional birth attendant: a reality and a challenge. In: International Journal of Gynecology & Obstetrics. 63/1/1998. S 43-52.

KIECHLE Marion: Gynäkologie und Geburtshilfe. 2007.

KIRCHNER Simone: Vortrag im Rahmen eines Workshops zu Gewalt in der Geburtshilfe. Hebammenzentrum, Nanaya. November 1995.

KOLIP Petra (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. 2000.

KOLIP Petra: Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchsphasen. In: KOLIP Petra (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. 2000. S. 9-30.

KUNTNER Liselotte: Die Gebärhaltung der Frau. In: SCHIEFENHÖVEL Wulf, SICH Dorothea, GOTTSCHALK-BATSCHKUS Christine (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 1995. S. 235-243.

KUNTNER Liselotte: Frauengesundheit und Geburtssysteme. In: GOTTSCHALK-BATSCHKUS Christine, SCHULER Judith, IDING Doris: Frauen und Gesundheit. Ethnomedizinische Perspektiven. 1997. S. 321-328.

LAUFF Werner: Die Hebamme als Erzieherin. In: Deutsche Hebammenzeitschrift. 3/2004, S. 60-64.

LEHMANN Volker: Der Kayserliche Schnitt. Die Geschichte einer Operation. 2006.

LINDNER Rupert, LINDNER Claudia: Zur Diskussion der Hausgeburtsilfe in Deutschland. In: SCHIEFENHÖVEL Wulf, SICH Dorothea, GOTTSCHALK-BATSCHKUS Christine (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 1995. S. 323-328.

LUTZ Ulrike, KOLIP Petra: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006.

LUPTON Deborah (a): Consumerism, reflexivity and the medical encounter. In: Social Science and Medicine. 3/45/1997. S. 373-381.

LUPTON Deborah (b): Foucault and the Medicalization Critique. In: PETERSEN Alan, BUNTON Robin: Foucault, Health and Medicine. 1997. S. 94-110.

MAGLACAS Mangay, SIMONS John (Eds.): The potential of the traditional birth attendant. Introduction. WHO offset publication 95. 1986. S. 6-7.

MÄNDLE Christine, OPITZ-KREUTER Sonja: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 2007.

MARTIN Emily: Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. 1987.

McCLAIN Carol: Toward a comparative framework for the study of childbirth: A review of the literature. In: KAY Margarita (Ed.): Anthropology of Human Birth. 1982. S. 25-59.

METZ-BECKER Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen Jahrhunderts. 1997.

MITCHELL Lisa, GEORGES Eugenia: Cross-Cultural Cyborgs: Greek and Canadian Women's Discourses on Fetal Ultrasound. In: SAETNAN Ann, OUDSHOORN Nelly, Bodies of Technology. 2000. S. 384-409.

NEUSCHELER Veronika: Beruf und Berufsorganisation der Hebamme. Professionalisierung oder Deprofessionalisierung eines Gesundheitsberufes? 1991.

OBLASSER Claudia: Die Autonomie der Hebamme. In: Österreichische Hebammenzeitung. 2/2004. S. 22-25.

ÖSTERREICHISCHES HEBAMMENGEMIUM (Hg.): Hebammenleitbild. Kinder kommen durch Frauenkraft. 2003.

PAIRMAN Sally: Women-centered Midwifery: Partnerships or professional friendships? In: KIRKHAM Mavis (Eds.): The midwife-mother relationship. 2000. S. 207-226.

PETRUS Ute: Arbeitsgruppe des Bundes Deutscher Hebammen. Bericht der Projektleitung. In: Eva Schneider (Hg.): Hebammen an Schulen. Ein Handbuch für Hebammen in pädagogischen Handlungsfeldern. 2008.

PLEIGER Doris, EGGER Eveline: Geburt ist keine Krankheit. Hausgeburt ist auch eine Möglichkeit zu entbinden. 1985.

REIBNITZ Christine von, LIST Sabine Maria: Ökonomische Aspekte der Medikalisierung von Umbruchsphasen. In: KOLIP Petra: Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. 2000. S. 190-214.

REIME Birgit: Wer erfährt was? Informationen und Fehlinformationen in der Geburtshilfe. In: SCHÜCKING Beate (Hg.): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2003. S. 9-20.

ROCKENSCHAUB, Alfred: Gebären ohne Aberglauben. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst. 2005.

RÜB Dorothea: Warnen und hoffen, resignieren und kämpfen. Ein Blick in die Hebammenzeitungen der fünfziger bis siebziger Jahre. In: Österreichische Hebammenzeitung. 2/2004. S. 12-14.

SAYN-WITTGENSTEIN Friederike zu: Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. 2007.

SCHÄFER Daniel: Geburt aus dem Tod. Der Kaiserschnitt an Verstorbenen in der abendländischen Kultur. 1999.

SCHERZER Ricarda: Hebammen. Weise Frauen oder Technikerinnen? Zum Wandel eines Berufsbildes. 1988.

SCHIEFENHÖVEL Wulf, SICH Dorothea, GOTTSCHALK-BATSCHKUS Christine (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 1995.

SCHINDELE Eva: Pfusch an der Frau. Krankmachende Normen, überflüssige Operationen, lukrative Geschäfte. 1996.

SCHMIDT Christiane: Analyse von Leitfadeninterviews. In: FLICK Uwe (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2007. S. 447-456.

SCHNEIDER Ingrid: Gesundheit und Selbstbestimmung aus frauenpolitischer Perspektive. In: SCHÜCKING Beate (Hg.): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2003. S. 96-91.

SCHÜCKING Beate: Welche Hebammen sind die besten Geburtshelferinnen? In: Hebammengemeinschaftshilfe e. V. Hannover: Praxis im Wandel. 5. Workshop zur Hebammenforschung im deutschsprachigen Raum. 10. Mai bis 12. Mai 1994. S. 27-31.

SCHÜCKING Beate (Hg.): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2003.

SCHÜCKING Beate: Kinderkriegen und Selbstbestimmung. In: SCHÜCKING Beate (Hg.): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2003. S. 69-91.

SCHUHMANN Marion: Ein Beruf in der Krise: Niedergelassene Hebammen in den 1950er Jahren. In: DORFFNER Gabriele, HORN Sonia (Hg.): Aller Anfang. Geburt – Birth – Naissance. Wieder Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin. 2004. S. 107-114.

SCHUMANN Marion: Westdeutsche Hebammen zwischen Hausgeburtshilfe und klinischer Geburtsmedizin. (1945 – 1989). In: Bund Deutscher Hebammen e. V.: Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. 2006. S. 113-172.

SCHWARZ Clarissa, SCHÜCKING Beate: Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In: Dr. Med. Mabuse. 148/2004. S. 22-25.

SEIDEL Hans-Christoph: Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. 1998.

SPRINGER Klinisches Wörterbuch, 2007 / 2008. „Sectio Ceasarea“.

STATISTIK AUSTRIA: Gesundheitsstatistik 2002.

STATISTIK AUSTRIA: Gesundheitsstatistik 2006.

STIEFEL Andrea: Ultraschallgeräte. In: GEIST Christine, HARDER Ulrike, STIEFEL Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 1998. S. 491- 496.

SZÁSZ Nora Maria: „Den zukünftigen Hebammen die Wege ebnen“ – die Gründung der Hebammenverbände (1885-1933). In: Bund Deutscher Hebammen e. V.: Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. 2006. S. 9-42.

TEW Marjorie: Sichere Geburt? – Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. 2007.

TIEDEMANN Kirsten, HUHNS Irmengard: Die Zeit des Faschismus in Deutschland. (1933 – 1945). In: Bund Deutscher Hebammen e. V.: Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. 2006. S. 43-78.

WEHKAMP Karl-Heinz, KEITEL Hilma: Grenzen und Grenzüberschreitung. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin. 1998.

WHO 1985: Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth. Fortaleza, Brazil, 22. – 26. April 1985.

WOLBER Edith: Im Westen nichts Neues: Hebammenarbeit zwischen Bevormundungsversuchen und dem Streben nach beruflicher Autonomie. (1989 – 2005). In: Bund Deutscher Hebammen e. V.: Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. 2006. S. 186-216.

VERBUND HEBAMMENFORSCHUNG (Hg.): Handbuch Hebammenforschung. Von der Idee zur Umsetzung. 2007.

DeVRIES Raymond: A cross-national view of the status of midwives. In: RISKA Elianne, WEGAR Katarina (Eds.): Gender, Work and Medicine: Women and the medical division of labour. 1993. S. 131-146.

DeVRIES Raymond, BARROSO Rebecca: Midwives among the machines. Re-creating midwifery in the late twentieth century. In: MARLAND Hilary, RAFFERTY Anne Marie (Eds.): Midwives, Society and Childbirth. Debates and Controversies in the modern period. 1997. S. 248-272.

DeVRIES Raymond, SALVESEN Helga, WIEGERS Therese, WILLIAMS Susan: What (and why) do women want? The desires of women and the design of maternity care. In: DEVRIES Raymond et al.: Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe. 2001. S. 243-266.

Beiträge aus dem Internet

Ärzteblatt 2008:

www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=54690

(15.10.2008, 9:57)

Ärztelkammer 2008:

www.aekwien.or.at/1964.py?Page=1&id_news=4968

(9.8.2008, 12:31)

BDH 2008:

www.bdh.de

(15.10.2008, 21:03)

Familienhebamme 2008:

www.familienhebamme.de/wir.html

(21.10.2008, 17:08)

Geburtshaus 2008:

www.geburtshaus.de/presse.html

(21.7.08, 20:24)

Hebammenzeitung 2004:

„Frau Magister [sic!] statt Schwester“ (Archiv der Österreichischen Hebammenzeitung): www.zeitung.hebammen.at

(21.5.2008, 15:33)

Statistik Austria 2008:

www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html

(20.10.2008, 10:43)

Statistisches Bundesamt Deutschland 2008:

www.destatis.de

(20.10.2008, 10:49)

10 Anhang

Interviewpartnerinnen

Um die Anonymität meiner Interviewpartnerinnen zu bewahren, habe ich in dieser Arbeit ihre tatsächlichen Namen durch erfundene ersetzt. Im Folgenden möchte nur die Anzahl der Berufsjahre und den Ort an dem sie tätig sind anführen. A steht für angestellte Hebamme, F für die Freiberuflichkeit.

Edlinger Karina:	Wien, 23 Jahre, A/F;
Haller Gertrud:	Wien, 2 Jahre, A/F;
Jolanda Beatrice:	Wien, 10 Jahre, A;
Kleibing Antonia:	Wien, 13 Jahre, A/F;
Koloko Miriam:	Wien, 30, A/F;
Krug Herta:	Osnabrück, 29, A/F;
Lang Waltraud:	Osnabrück, 20 Jahre, A;
Lutz Christine:	Wien, 4 Jahre, A/F;
Matjes Paula:	Osnabrück, 16 Jahre, A;
Sturmvoll Angelika:	Osnabrück, 19 Jahre, A;
Wunderschläger Marlies:	Osnabrück, 33 Jahre, A;

Abstract

Thema meiner Arbeit sind Hebammen und ihre Beurteilung der heute stattfindenden Geburtshilfe: Wie positionieren sich Hebammen in der Geburtshilfe selbst und wie beurteilen sie ihre Zukunft im Rahmen ebendieser Geburtshilfe?

Mittels qualitativen problemzentrierten Interviews habe ich elf Hebammen aus den Großräumen Wien und Osnabrück befragt. Die Interviews dauerten zwischen 50 Minuten und zwei Stunden und wurden mit Hilfe eines Codierleitfadens codiert und infolgedessen analysiert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind folgende: Die gesellschaftliche Position der Hebammen weltweit ist sehr unterschiedlich. Beeinflusst von verschiedenen Faktoren, wie den Strukturen des Gesundheitssystems, vorherrschenden Geschlechterverhältnissen und technologischen Entwicklungen variiert die Stellung der Hebamme. Besonders kulturelle Vorstellungen von Körper und Geburt haben Einfluss auf ihre Position.

In Österreich und Deutschland, wie weltweit, verändern die steigenden Kaiserschnittraten die Arbeit von Hebammen. Meine Interviewpartnerinnen betrachten den Kaiserschnitt als „Bedrohung“ ihres Berufes, da er ihre spezifischen Fähigkeiten und die Notwendigkeit ihrer Arbeit in Frage stellt. In diesem Zusammenhang äußerten sie sich besorgt über die Zukunft ihres Berufes, da sie durch weiter steigende Kaiserschnittraten möglicherweise nicht mehr gebraucht würden. Weiters steht eine Entbindung per Kaiserschnitt ihrem Ideal einer vaginalen, möglichst interventionsarmen Geburt entgegen.

Eine weitere Frage, die in meiner Arbeit aufgeworfen wurde, ist die Möglichkeit der Selbstbestimmung der schwangeren und gebärenden Frau in der Geburtshilfe, sowie deren Implikationen auf den Hebammenberuf. Denn eine hebammengeleitete Geburtshilfe kann nur gelebt werden, wenn Frauen diese auch wünschen. Meine Interviewpartnerinnen jedoch kritisierten, dass viele Frauen Eingriffe wie Einleitungen, PDAs und Kaiserschnitte unreflektiert konsumieren würden. Aus ihrer Sicht sei dafür die Verunsicherung der Frauen durch die Medizin verantwortlich.

Die steigenden Kaiserschnittraten und die Wünsche der Frauen nach Interventionen stehen den Idealen der Hebammen im Sinne von „selbst

bestimmten“ interventionsarmen Geburten gegenüber und werden aus diesem Grunde kritisch betrachtet. Meine Interviewpartnerinnen berichteten jedoch von einer Reihe von Möglichkeiten, auf die Gestaltung der Geburtshilfe Einfluss zu nehmen und so ihre Vorstellungen umzusetzen. Hierbei wird kollektiven Strategien ein höheres Veränderungspotenzial zugeschrieben, als individuellen Strategien, die Hebammen im Arbeitsalltag umzusetzen versuchen.

Lebenslauf

Geboren in Mödling am 11. August 1983 als Tochter von Sieglinde Köldorfer und Erich Grabner

Ausbildung

1989 – 1993	Volksschule Münchendorf
1993 – 2001	Bundesgymnasium Untere Bachgasse in Mödling
2001 – 2008	Studium der Ethnologie Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien
Seit 9/2008	Studium an der FH Joanneum in Graz, Studiengang „Hebammen“

Auslands- und Sprachaufenthalte

9/2004 – 1/2005	Auslandssemester in Zagreb (Kroatien)
10 – 11/2006	Sprachaufenthalt in Guatemala und Mexiko

Berufserfahrung

2/2005 – 7/2008	Caritas Erzdiözese Wien: P7 – Wiener Service für Wohnungslose U63 – Notquartier für obdachlose Männer
-----------------	---

Kontakt

Hintausstrasse 36
2481 Achau
Sarah.Grabner@gmx.at

