



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

DOULA – GEBURTSBEGLEITERIN

Der Stellenwert der Doula als Geburtsbegleiterin im deutschsprachigen Raum. Eine ethnografische Datenerhebung unter Müttern, Vätern, Geburtsbegleiterinnen und Hebammen.

Verfasserin

DORIS M. FREUDENTHALER

angestrebter akademischer Grad

MAGISTRA DER PHILOSOPHIE (Mag. phil.)

Zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie an der Fakultät für
Sozialwissenschaften der Universität Wien

Wien, Januar 2010

Betreuerin:	Dr. Christine Binder-Fritz
Studienrichtung:	Kultur- und Sozialanthropologie
Studienkennzahl:	A 307

Inhaltsverzeichnis

I. EINLEITUNG	7
1.1. Forschungsvorhaben und Ziele.....	9
1.2. Zentrale Fragestellungen.....	10
1.3. Arbeitsstrukturierung	11
II. THEORETISCHER TEIL	12
2.1. Moderne Geburtshilfe	12
2.2.2. Zur Transkulturalität in der Medical Anthropology.....	16
2.2.3. Migration: Neue Herausforderungen.....	19
2.2. Anthropology of Birth	22
2.3. Zur traditionellen Geburtsbegleiterin	24
2.3.1. Geburten bei den Eipo.....	25
2.3.2. Geburten bei den Tuija.....	26
2.3.3. Geburten bei den Maori.....	26
2.3.4. Zusammenfassung.....	26
2.4. Was ist eine „Doula“? Begriffsgeschichte und Komparatistik.....	29
2.4.1. Etymologie – Doula, die Unterstützerin der Frau.....	29
2.4.2. Historische Entwicklung und Bildmaterial.....	31
2.4.3. Doulas International.....	34
2.4.4. Tätigkeitsfeld der Doula	38
2.4.5. Ethische Aspekte	42
III. METHODE	44

3.1. Datenerhebung.....	44
3.1.1. Allgemeines zu den Interviews.....	45
3.1.2. Rolle als Feldforscherin	46
3.2. Datenauswertung	47
3.2.1. Auswertung nach Christiane Schmidt	48
3.2.3. Einteilung in Kategorien	48
 IV. EMPIRIE.....	 51
4.1. Ausbildung von Doulas und Anerkennung	51
4.1.1. Doulas in Österreich	51
4.1.2. Doulas in Deutschland.....	54
4.1.3. Doulas in der Schweiz.....	56
4.1.4. DONA-Ausbildung.....	58
4.1.5. Ausbildung in London (persönlicher Erfahrungsbericht)	62
4.1.6. Wochenbettpflegerin in Holland: die Kraamverzorgende	64
4.1.7. Doula-Ausbildungen im Vergleich	66
4.1.8. Juristischer Diskurs: Rechtsstatus Hebamme vs. Doula	68
4.1.9. Anerkennung von Seiten der Hebammen	69
4.2. MÜTTER – Gebären in Geborgenheit	72
4.2.1. Erfahrungen mit einer Doula.....	72
4.2.2. Wünsche von Müttern	73
4.2.3. Ängste.....	77
4.2.4. Information.....	81
4.2.5. Woher kommt bei den Müttern der Wunsch nach einer Doula	83
4.2.6. Vorstellung einer Doula als Geburtsbegleitung	83
4.2.7. Herausforderungen für Mütter mit Migrationshintergrund	85
4.2.8. Mothering the Mother	87
4.3. VÄTER – „Unterstützer der werdenden Mütter?“	90
4.3.1. Väter erleben die Geburt.....	92

4.3.2. Väterliches Verhalten aus der Sicht der Gebärenden	98
4.3.3. Kulturelle Diversität.....	100
4.3.4. Aus Sicht der Doulas.....	101
4.3.5. Aus Sicht der Hebammen	102
 4.4. DOULAS.....	 105
4.4.1. Birth Doula.....	105
4.4.2. Post Partum Doula.....	108
4.4.3. Herausforderungen in der Praxis	110
4.4.4. Die Sozioökonomische Situation der Doulas.....	113
4.4.5. Motivation	118
4.4.6. Erfahrungen mit Migrantinnen	120
 4.5. HEBAMMEN	 123
4.5.1. Erfahrungen mit Doulas.....	124
4.5.2. Spannungsfeld Hebamme – Doula	125
4.5.3. Erfahrungen mit Migrantinnen	128
4.5.4. Ideen für Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Doula.....	131
 V. ZUSAMMENFASSUNG	 133
 5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	 133
5.1.1. Mütter	133
5.1.2. Väter	134
5.1.3. Doulas.....	135
5.1.4. Hebammen	136
5.2. Innovation – Praxisrelevanz.....	136
 Literaturverzeichnis.....	 138
Anhang.....	146
Abstract.....	154
Curriculum Vitae	155

Danksagung

Mein Dank gilt allen, die mich auf persönliche Art und Weise
bei dieser Arbeit unterstützt haben.

I. EINLEITUNG

Schwangerschaft und Geburt zählen zu den elementaren Ereignissen des Lebens. Frauen erleben sich durch eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes ganz neu. Sie durchleben Ängste, Zweifel und haben Bedenken, ob sie all dem gewachsen sind, und spüren Kräfte, von deren Existenz sie vorher nichts gewusst haben – auch wenn sie dies an die eigenen Grenzen führt. In den Hintergrund rückt dabei oft, dass es zahlreicher guter Vorbedingungen bedarf, um diese Zeit und die Übernahme der Verantwortung für das Kind als Glück und Bereicherung erleben zu können.

Damit Frauen in Geborgenheit Leben schenken können, brauchen sie eine Begleitung durch die Schwangerschaft und Geburt und können so diese neue Lebensphase bewusster erleben. Ina May Gaskin, eine als zentrale Referenzperson gehandelte Hebamme aus den USA, ist der Meinung: Je beschützter, sicherer und liebevoller eine Frau sich in diesen Stunden umsorgt fühlt, desto einfacher kann die Geburt verlaufen [Protokoll Gaskin 22.09.07].¹

“The roots of social support during labor and delivery are as ancient as the human species itself, and one of the reasons for the dissatisfaction with the way in which childbirth is practiced in many industrialized nations is the failure of the medical system to acknowledge and work with the evolved emotional needs of women at this time” [Trevathan/Smith/McKenna 1999, 183 zit. nach Jones 2009, 286].

Es ist eine alte Tradition in vielen Kulturen, dass eine gebärende Frau neben der Hebamme von einer erfahrenen Mutter begleitet wird: der Doula [sprich: Dula]. Doula ist ein altgriechisches Wort, es bedeutet sinngemäß Unterstützerin bzw. Dienerin der Frau (siehe dazu Kap. 2.4.1. – Etymologie). Der Begriff Doula, als Bezeichnung für die Geburtsbegleiterin wurde 1973 von der Anthropologin Dana Raphael geprägt.

Eine Doula ist eine Frau, die einer werdenden Mutter vor, während und nach der Geburt als emotionale und physische Begleiterin zur Seite steht. Sie übt keine medizinischen Funktionen aus, denn dafür sind alleine die Hebamme und der Arzt zuständig. Die Doula ist eine psychosoziale

¹ „Ina May's contribution to the culture of childbirth in the U.S. has been enormous,” says Robbie Davis-Floyd, Ph.D., a research fellow in the department of anthropology at the University of Texas and author of “Birth as an American Rite of Passage.” „I have known for years that she is the most famous midwife in North America; now I can say without hesitation that she is also the most famous midwife in the world” [I-Artikel/Granju 01.06.1999].

Begleiterin während der Schwangerschaft, Geburt und für die Zeit im Wochenbett. Es besteht in Bezug auf das Tätigkeitsprofil eine klare Abgrenzung zur Hebamme (siehe dazu Kap. 2.4.4.).

Die zeitgenössische Doula-Tradition ist keine neue Idee. Mit ihr wurde etwas neu belebt, was in vielen Kulturen weltweit einst selbstverständlich war – und in einigen auch heute noch ist.

In den USA sind Doulas seit den 1980-er Jahren tätig; es seien in diesem Zusammenhang die Neonatologen Klaus und Kennell angeführt: Beide führten zehn Kontrolluntersuchungen mit 3000 Frauen durch. Hierbei wurden diese von Medizinstudentinnen begleitet, die sich allerdings nicht dezidiert in ihrer Funktion als Begleitende zu erkennen gaben. Dennoch konnten die positiven Auswirkungen durch diese kontinuierliche Unterstützung von werdenden Müttern vor, während und nach der Geburt protokollarisch nachgewiesen werden. In Folgestudien, an denen mehr als 1500 Frauen teilgenommen haben, konnte eine deutliche Verkürzung der Geburtsdauer festgestellt werden. Daneben gab es einen Rückgang der Kaiserschnitt-Rate um mehr als 50 Prozent zu verzeichnen, ebenso wie eine bemerkenswerte Verringerung des Bedarfs an schmerzstillenden Medikamenten [vgl. Klaus/Kennell/Klaus 1995, 41ff]. Alle in diesem Kontext als relevant zu bezeichnenden Befunde deuten darauf hin, dass die ständige Gegenwart einer weiblichen Unterstützungsperson, als Geburtsbegleiterin, die sich auf die Bedürfnisse der zu Gebärenden konzentriert, eine sehr wirksame „Geburtshilfe“ ist; so wie sie eben in den letzten dreißig Jahren in Nordamerika eingeführt wurde (siehe dazu Kap. 2.4.3).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1996 einen Leitfaden für Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit/Family and Reproductive Health herausgegeben, in welchem das Berufsbild der Doulas (unter Punkt 2.5. Beistand während der Geburt) wie folgt verankert ist:

„Berichte und randomisierte kontrollierte Untersuchungen über Beistand bei der Geburt durch eine einzige Person, eine „Doula“, Hebamme oder Krankenschwester, zeigten dass die kontinuierliche empathische und physische Unterstützung während der Geburt viele Vorteile mit sich bringen, einschließlich kürzerer Geburtsdauer, signifikant weniger Medikamentenverbrauch und Periduralanästhesien², weniger Apgarwerten³ unter 7 und weniger operativen Entbindungen.“ [Klaus et al. 1986, Hodnett/Osborn 1989, Hemminki et al. 1990, Hofmeyr et al. 1991 vgl. WHO]

² Peridural- oder Epiduralanästhesie (PDA): Wird zur Wehen Schmerzlinderung eingesetzt. Bewirkt eine temporäre segmentale Nervenblockade an den Wurzeln der Spinalnerven. Das Anästhetikum wird über einen Periduralkatheter gespritzt, der durch eine Hohlnadel in den Rücken eingeführt wird [Pschyrembel 2004, 1391].

³ Apgar Score: Punkteschema für die Zustandsdiagnostik des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt. In der ersten und fünften Lebensminute wird das neugeborene Kind bewertet nach, Herzfrequenz, Atmung, Muskeltonus, Reflexresonanz und Hautfarbe. Optimal: 9 – 10 Punkte pro Erhebungszeit. <7 Punkte: Depressionszustand des Neugeborenen [Pschyrembel 2004, 109].

Als Doula wird laut WHO eine weibliche Betreuungsperson, die eine Basisausbildung in Geburtshilfe besitzt und mit einer großen Vielfalt von Betreuungsmaßnahmen vertraut ist, bezeichnet. Sie bietet emotionale Unterstützung wie Lob und Beruhigung, ergreift Maßnahmen, um das Wohlbefinden der Gebärenden zu steigern, nimmt körperlichen Kontakt auf (etwa: Rückenmassage), erklärt den Geburtsvorgang und bietet kontinuierliche Anwesenheit. Genannte Aufgaben können auch durch Hebammen oder Krankenschwestern erfüllt werden, diese müssen allerdings häufig medizinisch/technische Vorkehrungen treffen, die ihre Aufmerksamkeit von der Gebärenden ablenken können. Der ständige beruhigende Beistand einer weiblichen Betreuungsperson konnte sogar noch vierundzwanzig Stunden post partum bei den frisch Entbundenen den Grad der Ängstlichkeit und das Gefühl, eine schwere Geburt hinter sich zu haben, signifikant verringern. Die lang anhaltende positive Wirkung dieser Begleitung konnte bei einem Großteil der Mütter noch sechs Wochen nach der Geburt etwa durch andauernde Stillfunktion nachgewiesen werden. Während der Geburt sollte eine Frau Personen um sich haben, denen sie vertraut und bei denen sie sich wohl fühlt; ihren Partner, ihre beste Freundin, Doula oder Hebamme. In der Regel sind das Personen, mit denen die Frau im Verlauf ihrer Schwangerschaft vertraut geworden ist [vgl. WHO Richtlinien, 1996]. Diese WHO Richtlinien müssen jedoch in jedem Land, an die eigene spezifische Situation angepasst und an den Bedürfnissen der Frauen orientiert werden.

Erheblich verbessert hat sich die Situation der Gebärenden in den letzten dreißig Jahren, vor allem durch das Bestreben, die Väter in diesen Geburtsbegleitungs-Prozess mit einzubeziehen und andere erleichternde Maßnahmen einzuführen. Trotz aller Verbesserungen kann die Geburtserfahrung heute immer noch von Einsamkeit und seelischem Stress geprägt sein. Dies gilt in einem besonderen Ausmaß für diejenigen Mütter, die während der Geburt weitgehend auf sich selbst gestellt sind (siehe dazu Kap. 4.2. und 4.3.).

1.1. Forschungsvorhaben und Ziele

In meiner Diplomarbeit untersuche ich die Arbeit der „Doula“. Dabei gehe ich von einem spezifischen „Geburtssystem“ in Österreich aus und vergleiche diese Situation mit entsprechenden Befunden aus anderen Ländern. Vor allem im deutschsprachigen Raum (Deutschland und Schweiz) mit Blick auf die internationale Lage, um den beruflichen und sozialen Stellenwert der Doulas exemplifizieren zu können.

Anhand dieses Vergleiches strebe ich ein größeres Bewusstsein in der gängigen Forschung an, vor allem, was den Begriff der Doula selbst, basierend auf vorliegender historisch wie empirisch abgesicherter Referenzliteratur, betrifft. Des Weiteren soll die entsprechende Situation in Österreich

exemplarisch auf ihre Theorie-Praxis-Dialektik geprüft werden, und so soll die momentane Alltagssituation, der Stellenwert von Doulas, und die Notwendigkeit dieses angehenden Berufs, erörtert werden. Besonderes Hauptaugenmerk gilt es auf die Bedürfnisse von MigrantInnen im Zusammenhang mit dem Geburtsprozess zu legen, um herauszufinden, wo und wie Doulas eingesetzt werden können, sodass Bedürfnisse von Frauen während der Geburt wahrgenommen werden und sie dementsprechend in Geborgenheit neues Leben schenken können.

Die Datenerhebung basiert auf qualitativer Methode, mittels teilstrukturierter, narrativer Leitfadeninterviews. Im Fokus der Betrachtung stehen, Mütter, Väter, Doulas und Hebammen. Es wurden Interviews mit Einzelpersonen, sowie mit Gruppen geführt und teilnehmende Beobachtung angewandt. Die Arbeit wurde ergänzt durch Literaturrecherche und -analyse zur Thematik.

In den vierundzwanzig Interviews, die im Zeitraum von 31. Januar 2008 bis 02. Juli 2008 durchgeführt wurden, befragte ich acht Mütter, vier Väter, acht Doulas und vier Hebammen. Unter den Müttern befanden sich drei Migrantinnen (siehe dazu Kap. 4 und 5).

Zur persönlichen Motivation dieser Arbeit möchte ich erwähnen, dass es mir anhand meiner persönlichen Erfahrungen als Reisende in fremden Ländern zugekommen ist, das Gefühl der Alterität in Bezug auf MigrantInnen nicht nur nachvollziehen, sondern auch auf die Geburtssituation helfend unterstützen zu können. Hilfreich für mich waren bereits subjektiv durchlebte Gefühle der Fremdheit und der Isolation während meiner Reisen. Durch diese Sensibilisierung fällt es mir leichter, die Ängste von MigrantInnen im Krankenhaus wahrzunehmen und nachzuvollziehen.

1.2. Zentrale Fragestellungen

Folgende Fragestellung steht im Zentrum meiner Arbeit:

Welchen Stellenwert haben Doulas im aktuellen Geburtssystem in Österreich?

Daraus ergeben sich weitere Themenblöcke an weiterführenden Forschungsfragen, die in der vorliegenden Arbeit wie folgt chronologisch erörtert werden:

- Was ist eine Doula?
- Wie sieht der Tätigkeitsbereich einer Doula aus?
- Wie gestaltet sich die Ausbildung (Vergleich im deutschsprachigen Raum)?
- Welche Themen entstehen beim Einsatz mit Müttern, Vätern und Hebammen?
- Welchen Einfluss hat die Anwesenheit einer Doula auf die Gebärende?

- Welche Auswirkungen könnte eine Doula auf Frauen mit Migrationshintergrund haben?
- Welchen Stellenwert haben Doulas im aktuellen Geburtssystem in Österreich?

Diese Schwerpunkte finden im Hauptteil ausführliche und im Schlussteil konzentrierte Beantwortung.

1.3. Arbeitsstrukturierung

So wie das vorliegende Kapitel der allgemeinen Orientierung gedient hat, soll im nun folgenden zweiten Kapitel (S 12 – 44) kursorisch auf die Theorielage eingegangen werden. Weiters wird der Begriff „Doula“ und die historisch-komparatistische Entwicklung der Doula erläutert. Vor allem wird an Studien der empirischen Doula-Forschung, wie sie im internationalen Raum referiert wird, angeschlossen. Ebenso werden internationale Vergleiche für die Arbeit herangezogen. Ein Exkurs ins US-amerikanische und ins niederländische Geburtssystem soll des Weiteren zur Information dienen und zu sachkundigen Diskussionen anregen. Im dritten Kapitel (S 45 – 51) wird die Methode vorgestellt, unter deren Bezugnahme (Fokus: Leitfadeninterviews) vierundzwanzig Interviews im vierten Kapitel (S 52 – 133) ausgewertet werden. Im fünften Kapitel (S 134 – 139) werden die Ergebnisse zusammengefasst und abschließend Innovation und Praxisrelevanz erfasst.

II. THEORETISCHER TEIL

In diesem Kapitel wird die moderne Geburtshilfe durch eine kritische Stellungnahme zur geschichtlichen Entwicklung der zunehmend instrumentalisierten Geburtshilfe skizziert und darauf folgend auf transkulturelle Geburtshilfe im Migrationskontext eingegangen. Weiters wird dem Geburtsphänomen aus ethnomedizinischer Sicht sowie dem Begriff Doula im Kulturvergleich nachgegangen und dabei die Frage aufgeworfen, ob Doulas einen universellen Anspruch auf geburtsunterstützende Maßnahmen stellen dürfen. Danach erfolgt ein Exkurs zur Begriffsgeschichte der Doula und zu Doula International. Abschließend werden deren Tätigkeitsfeld und ethnische Aspekte betrachtet.

2.1. Moderne Geburtshilfe

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stellen keine Krankheit dar, sondern werden als physiologische Prozesse im Leben einer Frau angesehen, während derer sie jedoch einfühlsamer Begleitung bedürfen [vgl. WHO Maternal and Newborn Health 1996].

In allen Ländern Nordamerikas und Europas wird Geburt primär unter biomedizinischen, darin mehr oder weniger instrumentalisierten Aspekten gesehen und dies impliziert, dass eine Geburt als potentiell pathologischer Vorgang bewertet wird, der dementsprechend medizinischer Betreuung und zweckrationaler Behandlung bedarf [vgl. Ringler 1985, 38f zit. nach Albrecht-Engel 1995, 31].

Der Schwerpunkt der Forschungen liegt daher seit Jahrzehnten auf der Intensivierung der medizinischen Vorsorge und Überwachung der Schwangerschaft und Geburt. Fast alle GeburtshelferInnen gehen davon aus, dass die Senkung der Mortalität vor allem durch häufige („engmaschige“) screenings und den Einsatz von immer mehr und immer komplizierterer Technik erreicht werden kann. Die Verwissenschaftlichung qua Instrumentalisierung der Geburtshilfe lässt sich mit einem, den medizinischen Geburtstechnologien korrelierendem Interesse der männlichen Mediziner an diesem Fachgebiet nachweisen. „Vor dieser industriellen Revolution“ in Gebärtchniken waren selbstredend bis zum 16. Jahrhundert in Mitteleuropa ausschließlich die Hebammen „rund um die Geburt“ zuständig [ebd.].

Betrachtet man die Zeit um 1750, dann wird sichtbar, dass der rein weibliche Tätigkeitsbereich der Hebamme nicht die angemessene offizielle Anerkennung fand, da die Frau mit allen daran geknüpften gesellschaftlichen Benachteiligungen zu kämpfen hatte [Loytved 2001, 7]. Kritische Gegenstimmen über diesen historischen Abschnitt sind dünn gesät.

Erst ab den 1950-er, 1960-er Jahren fand die entscheidende Wandlung statt: der Geburtsort wurde fast ausschließlich in die Krankenhäuser verlegt – und das wiederum korrelierte mit der endgültigen Geburtsleitung durch (meist männliche) Geburtshelfer. Die Hebamme war zwar weiterhin für die Geburtsbegleitung zuständig, doch oblag sie der Entscheidungsgewalt der Ärzte. Parallel dazu entwickelte sich die Medizintechnik immer rasanter und dominiert heute die Geburtsleitung [vgl. Albrecht-Engel 1995, 31].

Rockenschaub betrachtet in diesem Kontext die geschichtliche Entwicklung der Geburtshilfe sehr kritisch. Im Hinblick auf die männlichen Beiträge findet das kritische Auge bezüglich der Industrialisierung des so fremdbestimmten Gebärens nicht mehr als einen gewissen Erfindergeist für Handgriffe und Instrumente vor, um die Kinder aus dem Mutterleib herauszuziehen, sei es an den Füßen, mit der Zange oder mittels Kaiserschnitt. Die großen „Segnungen männlicher Geburtshilfe“ spiegeln sich in einem Arsenal von Instrumenten wider, die dazu dienen, den Frauen etwa das Schambein durchzusägen oder die Schamfuge zu spalten; Operationen, die zu schweren Dauerschäden führten und zumeist ohne Narkose unternommen wurden [Rockenschaub 2005, 56].

Da die Hebammen den Frauen diese „Segnungen männlicher Geburtshilfe“ nicht antun wollten, wurde verlautbart, dass Frauen für das Geschäft der Geburtshilfe nicht über die nötige (männliche) Entschlossenheit und Kraft verfügten [ebd.]. Das Paradigma der instrumentalisierten Gebärvornunft zog somit in dieses kapitalisierte Geschäft um Reproduktion ein und verhiess der werdenden Mutter einen entsprechenden Mehrwert nicht durch Geburtsbegleitung, sondern -verwertung.

Die Pränataldiagnostik hat sich in den letzten fünfzehn Jahren rasant entwickelt. Dadurch hat sich die Überwachung der Schwangerschaft, die Früherkennung kindlicher Fehlbildungen und die Definition „Risikogravidität“⁴ erweitert. Viele Methoden zur Diagnostik und Überwachung der Schwangerschaft wie Amniozentese⁵, Ultraschall und CTG⁶ wurden und werden weiterentwickelt und präzisiert, so dass heute viele Diagnosen potentiell möglich sind [vgl. Duden 1991 und 1997, Martin 1987, Pfeleiderer 2003, 179]. In diesem Zusammenhang ist eine technologiekritische Passage aus einem der Referenzwerke Dudens sehr erhellend und sei daher in ihrer Gänze zitiert:

„Neue Techniken und Sprechweisen haben im Laufe einer Generation das Verständnis und das Erleben von Schwangerschaft umgestülpt. In wenigen Jahren wurde das Kind ein Fötus, aus der schwangeren Frau ein uterus Versorgungssystem, aus dem Ungeborenen ein Leben und aus dem „Leben“ säkular-katholischer, also allumfassender Wert. Bestürzt habe ich diese Umstülpung der gesellschaftlichen

⁴ Gravidität: Schwangerschaft [Pschyrembel 2004, 689].

⁵ Amniozentese: Punktion der Amnionhöhle (durch die Bauchdecke der Mutter) zur Fruchtwasserdiagnostik [Pschyrembel 2004, 64].

⁶ CTG: K(C)ardiotokogramm [Pschyrembel 2004, 357].

Wahrnehmung von „Schwangerschaft“ verfolgt. [Duden 1991, 141] Schwangerschaft ist heute das Resultat eines diagnostischen Vorgehens, Ergebnis einer Messung, die beliebige Male mit gleichem Ausgang wiederholt werden kann; ein operationell verifizierter Zustand; ein „entweder/oder“ [Duden 1995, 126]’.

Damit wird der Embryo zu einer fragilen Reproduktionsaktie gemacht, die nicht nur zur Unsicherheit von guter Hoffnung führt [vgl. Pfeleiderer 2003, 180], sondern darüber hinaus durch diese Kontrollorgane die Mutter gegen das ungeborene Kind auszuspielen vermag.

Dr. Klemm, Chefarzt der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe in Hamburg, sieht eine deutliche Zunahme der Verunsicherung. Ängste wachsen, während das eigene Körperempfinden schwindet. Er nennt es auch „Entkörperung“ und „Intellectualisierung“, wenn kein Gefühl mehr für den eigenen Körper, die eigenen Bedürfnisse, die eigenen Grenzen vorhanden ist, dafür aber viele Sorgen und Ängste produziert – und nicht zuletzt vermarktet – werden. Er sieht aber auch die Unsicherheit als Folge der vorherrschenden Kundenorientiertheit der Ärzte. Qualitätssicherung schult den Blick auf allgemeine Normen, nicht aber auf die individuelle Patientin mit ihren besonderen Lebensumständen. So werden Frauen schlechthin mit allgemeinen Standards verglichen [Z-Artikel/Quell-Liedke 2009, 20].

Dass diese wie oben genannte „Entkörperung“ mit einer Entkulturalisierung des Körpers einher geht, ist in der aktuellen kritischen Literatur entsprechend belegt, wobei ein Fokus auf sozialanthropologische Befunde gelegt werden kann: Absolut „natürliches“ Körper(er)leben gibt es nicht. Dieses ist stets „kulturell“ vermittelt [Douglas 1974, 106 zit. nach Kreisky 2003, 1]. Jede Kultur bringt daher eine ihr eigene Körperkultur hervor [Böhme 1996, 57 zit. nach Kreisky 2003, 1]. Die Sozialanthropologin Emily Martin von der Columbia University in New York schreibt, dass „[h]eute [...] Menschen in den USA (und anderswo) einen dramatischen Umbruch in ihrer körperlichen Selbstwahrnehmung und körperlichen Praxis [erleben]: aus Körpern, die in das Industriezeitalter passten, die dem Fordismus entstammten, zu Körpern, die für die neue Ära flexibler Akkumulation gemacht und passend sind. Wir stehen nicht vor dem Ende des Körpers, sondern vor dem Untergang des einen und am Beginn der Durchsetzung eines neuen, postmodernen Modells“ [Martin 1997, 544 zit. nach Kreisky 2003, 20].

Aber nicht nur Kritik, sondern auch gezielte Alternativen zur Entkulturalisierung des Körpers aufzuzeigen, ist nicht zuletzt ein Verdienst österreichischer Gynäkologen wie Wolf Jaskulski, Michael Adam und Volker Korbei. Sie treten im Gegensatz dazu für eine größere Selbstbestimmung der Frau während der Geburt ein. Ihre Ansichten leiteten einen großen Umdenkprozess in der österreichischen Geburtshilfe ein, von dem die Frauen heute profitieren. Diesen Ärzten ist es zu verdanken, dass Frauen die Gebärhaltung jetzt weitgehend selbst bestimmen und ihre Kinder auch

im Krankenhaus rund um die Uhr bei sich haben können (Rooming-In); so berichtet die Hebamme Schwägerl [vgl. Schwägerl 1999, 14].

Die wichtigste Unterscheidung zwischen verschiedenen Arten der Geburt ist die zwischen einer *von Ärzten geleiteten* und einer „selbstbestimmten“ Geburt [Kitzinger 1996, 351]. Der Paradigmenwechsel zu einer solchen selbstbestimmten Geburt ist damit in Österreich eingeleitet.

„Frauen gebären, wie sie leben“, schreibt die Gynäkologin Dr. Christiane Northrup, die durch ihre langjährige Erfahrung und Mitarbeit an hunderten Kaiserschnitten und anderen geburtsmedizinischen Geburtstechniken der Meinung ist, dass die heutigen Probleme rund um Schwangerschaft und Geburt schon lange vor ihrem Eintreten, nämlich in der spezifischen Sozialisierung der Frau liegen: Je weniger Selbstbestimmung als Frau, desto weniger Selbstbestimmung als (werdende) Mutter. Diese Problemlage findet jede Frau in ihrem Leben vor, und deshalb müssen alle Frauen darauf achten, welchen Anteil sie durch Konditionierung an Gehorsam und Fügung gegenüber (vermeintlichen) Autoritäten zu einer ungünstigen Behandlung führen. Eine Frau sollte deshalb ihre emanzipative Einstellung zur Schwangerschaft nicht vor dem Kreißsaal abgeben [vgl. Northrup 2002, 430].

Eine Schwangerschaft findet nicht nur in Ihrem Beckenraum statt. Sie ist als ganze Person davon betroffen, in Ihrem Selbstverständnis als Frau und in ihrem Selbstwertgefühl [Kitzinger 1996, 7]. Durch die Schwangerschaft kann Ihr Selbstwertgefühl gestärkt werden, wie natürlich zweifellos dieses auch durch die beschriebenen autoritären Strukturen deformiert werden kann [ebd.].

Inwieweit die Industrialisierung und Zweckrationalisierung der menschlichen Reproduktion Spiegel der modernen kapitalistischen Gesellschaft ist, hat Davis-Floyd schon vor mehr als zehn Jahren nachzuweisen versucht: Sie spezialisierte sich auf „Anthropology of Reproduction“. In ihrem ersten Buch: „Birth as an American Rite of Passage“ (1992), interviewte sie hundert Frauen über ihre Schwangerschaft und Geburtserfahrungen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sie Standard-Interventionen wie venöse Zugänge, CTG (Cardiotokograph), Geburtseinleitungen und Episiotomie als Rituale der amerikanischen technokratischen Gesellschaft interpretierte. Davis-Floyd analysierte diese Rituale als auftauchende Paradigmen, die sie „the technocratic model of birth“ nannte.

„Cumulatively, these ritual procedures work to convince the birthing woman of the inherent defectiveness of her bodymachine, and of the inherent superiority of the technologies used to correct its deficiencies and improve its performance“ [Davis-Floyd 2009, 4f].

Der hohe technische Standard diene nicht dazu, gesündere Babys auf die Welt zu bringen, sondern einen instrumentalisierten Eingriff in die Mutter-Kind-Dyade zu erlangen:

'It counteracts our profound cultural fear of chaotic and uncontrollable natural processes by making it appear that these processes can in fact be culturally manipulated and controlled. So attached are we as a culture to this myth of technological transcendence of nature's limitations that we enact it every day, in almost every hospital across the country, in almost every birth, at an entirely unnecessary cost of billions of dollars, millions of unnecessary cesareans, and thousands of unnecessarily damaged babies' [Davis-Floyd 1998, 4f].

Als Referenzperson im Sinne einer individualpsychologischen Kritik an diesem System hat Leboyer, ein französischer Revolutionär unter den Geburtshelfern, den entsprechenden Diskurs signifikant weiterentwickelt, indem er die mit technologischen Zügen versehenen „Geburtsvorbereitungen“ vehement kritisiert. In diesen ginge es immer nur darum, was die Frauen „tun müssen“, wie die Väter helfen können und so weiter. Nie wird im entsprechenden Diskurs problematisiert, dass Gebären unter solchen Auspizien einer Isolationserfahrung nahe kommt. Ärzte und Frauen wollen sich gegenseitig in ihrer eigentlichen Hilflosigkeit stützend, glauben machen, dass man von außen Hilfe geben kann. Aber gerade dies ist zu hinterfragen. Die einzige Hilfe, auf die die Frauen hoffen können, kann letztlich nur von ihnen selber kommen; so weit man das eben „Hilfe“ nennen kann [vgl. Leboyer 1997, 283].

2.2.2. Zur Transkulturalität in der Medical Anthropology

Im Folgenden soll gegenüber den eurozentristischen Techniken industrialisierter Gebärvorgänge das transkulturelle Modell der Medical Anthropology unter kritischer Zuhilfenahme verschiedener Leitbegriffe vorgestellt werden, wie sie Leininger in ihrer Theorie der „Transkulturellen Pflege“ entsprechend entwickelt hat.

Madeleine Leininger machte als Pflegende in den 1940-er Jahren ihre ersten transkulturellen Erfahrungen mit Kindern von MigrantInnen. Dabei stellte sie fest, dass das Verhalten und die Bedürfnisse von afrikanischen, jüdischen und anderen Kindern aus so genannten fremden Kulturen – abgesehen von rein physischen Bedürfnissen – unterschiedlich im Vergleich zu weißen, US-amerikanischen Kindern sind. Leininger studierte als Folge dessen „Cultural Anthropology“, um sich mehr Kenntnisse über so genannte fremde Kulturen anzueignen. Bereits in den 1950-er Jahren begründet sie die „Transkulturelle Pflege“ als neues Gebiet der Pflegewissenschaft [Domenig 2007, 167].

Der Kulturbegriff

Für Kultur gibt es keine einheitliche Definition. Leiningers Theorie der „Transkulturellen Pflege“ stützt sich auf den klassischen Kulturbegriff der Ethnologie, welcher „Kulturen“ als in sich geschlossene Einheiten (Entitäten) bzw. „komplexe Ganzheiten“ definiert.

Dieses Kulturkonzept beruht auf einer entsprechenden Kulturdefinition von Tylor. Dieser bezeichnet Kultur als komplexes Ganzes, welches Wissen, Glaubensvorstellungen, Kunst, Moral, Gesetze, Bräuche und alle anderen Fähigkeiten und Eigenschaften, die man als Mitglied einer Gesellschaft erwirbt, einschließt. Im Vordergrund steht also die Homogenität einer „Kultur“: Alle Menschen, die aus dieser „Kultur“ stammen, haben gleiche oder zumindest sehr ähnliche Wertvorstellungen. Kultur ist daher etwas Statisches, etwas, das man als Kind vermittelt bzw. von außen „aufgestülpt“ bekommt. Kultur wird gelernt, erworben, soziale Phänomene werden tradiert. Jede Gesellschaft hat somit ihre eigenen kulturspezifischen Normen und Werte ausgeprägt [Tylor 1871, 1 zit. nach Domenig 2007, 168].

Dieser Kulturbegriff ist heute gänzlich überholt und in den Sozial- und Kulturwissenschaften findet seit Jahren ein reger Diskurs über den Kulturbegriff statt.

Geert Hofstede zum Beispiel (wiederum) vergleicht Kultur mit Geert Hofstede wiederum vergleicht Kultur mit einer Zwiebel. Die äußere Schicht enthält die für alle sofort sichtbaren Symbole. Zu diesen zählt er z. B. Sprache, Gesten, Kleidung, Haartracht und Statussymbole. Eine darunter liegende Schicht wird erst bei genauerer Beobachtung offenkundig. Sie enthält Rituale, dazu zählen z. B. Formen des Grüßens sowie soziale und religiöse Bräuche. In der innersten Schicht „Kulturzwiebel“ verbergen sich die Werte der Menschen. Was als richtig oder falsch, gut oder böse bewertet wird, erschließt sich einem „Kulturfremden“ erst bei intensivem Kontakt [Hofstede 1997, 7ff].

Mit Hofstedes intrinsischem Theorem lässt sich Leiningers Blick auf „fremde Kulturen“, die von „außen“ beurteilt werden, kritisieren: „Fremde Kulturen“ werden von außen beobachtet und analysiert, ohne den eigenen Standpunkt zu reflektieren. Nicht die Interaktion, sondern die „fremde Kultur“ steht im Zentrum, nicht das Gemeinsame, sondern die Differenz soll ausgeleuchtet werden. Ähnliches und somit das Gemeinsame und Verbindende wird in der Folge weit weniger wahrgenommen, was einem epistemologischen Bruch gleichkommt [vgl. Domenig 2007, 170].

Transkulturelle Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste

Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden damit Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen [Domenig 2007, 174].

Transkulturelle Kompetenz besteht im Kern aus einer kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext. Dabei stützt sich diese Interaktionsfähigkeit auf drei Säulen: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie [ebd.]. Im Vordergrund soll stehen, wie der Patient als Mensch betreut wird, und nicht die Kultur als solche.

In diesem Zusammenhang leistete Kuntner einen wichtigen Beitrag zur transkulturellen Geburtshilfe und Migrationsforschung, indem sie im Jahr 2001 in der tamilischen Community in der Schweiz entsprechende Befundung unternahm. Die Datenerhebung ergab eine weitaus höhere Interventionsrate bei Migrantinnen aufgrund von Geburtskomplikationen. Von dreißig Geburten gab es siebzehn Spontangeburt, dreizehn operative Entbindungen, davon drei Sectios (Kaiserschnitte), zehn vaginal-operative Geburten (9 Forceps⁷, 1 Vakuumextraktion⁸). Die geburtshilflichen Komplikationen betrugen somit insgesamt 40 % [Kuntner 2007, 452]. Der Verlust des familiären psychosozialen Netzwerkes rund um Schwangerschaft und Geburt, welches in der Herkunftsgesellschaft ein wesentlicher Teil des Geburtssystems ist, hat sich – neben möglichen weiteren, migrationsbedingten Faktoren) – offensichtlich nachteilig auf das Gebärverhalten und das Geburtserleben ausgewirkt. Ähnliche Erkenntnisse gewann Binder-Fritz anhand ihrer Forschungsarbeiten in der Maori-Gesellschaft Neuseelands: Junge und unerfahrene Maori-Mütter in urbanen Zentren vermissen das soziale Netzwerk der peripheren Maori-Gesellschaften und fühlen sich somit oft durch Mutterschaft überfordert. Fehlende Vertrauensbildung während der Schwangerschaft und Geburt, das Fehlen sozialer Fürsorge und psychisch stützender Gespräche durch die Familienangehörigen sowie die Isolation der jungen Mütter bestimmen das individuelle Erleben der Mutterschaft [Binder-Fritz 1996, 242]. Eine der wichtigsten Voraussetzungen zur möglichen Zusammenarbeit ist die Anerkennung des traditionellen Heilsystems und des lokalen Geburtssystems. Nur unter diesen Bedingungen kann eine Bereitschaft der Heilkundigen zum Wissensaustausch erwartet werden [Kuntner 1997b, 322].

⁷ Forceps (lat. Zange) Geburtszange für eine Zangengeburt [Pschyrembel 2004, 592].

⁸ Vakuumextraktion (lat. extrahere: herausziehen) Form der operativen Entbindung zur Entwendung des kindlichen Kopfes mit einer Saugglocke, die auf die Kopfschwarte des kindlichen Schädels gesetzt wird und durch Erzeugung eines Unterdrucks fest haftet [Pschyrembel 2004, 1893].

Kuntner setzt diese Kenntnisse der lokalen Heilmethoden und eine ernsthafte Auseinandersetzung mit ihnen für einen harmonischen Geburtsprozess voraus. Auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen hebt sie hervor, dass die Kommunikation mit den Heilkundigen sowohl einen gewissen Zeitaufwand und ein subtiles Vorgehen erfordert, wie auch Kenntnisse von deren Weltbild, etwa ihren religiösen Anschauungen, von ihren Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Tod, und schließlich ein Einfühlen in ihre Lebensform und Arbeitsweise.

2.2.3. Migration: Neue Herausforderungen

Die Lebenssituation und die Bedürfnisse von Migrantinnen in Österreich diskutierte Beate Wimmer-Puchinger, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, anhand von Zahlen und Fakten beim Kongress „Migrantinnen als Patientinnen“ 2004.⁹ Verschiedene Welten bringen neue Herausforderungen.

Die Zukunft unserer westlichen Industriegesellschaft wird von kulturellen und deutlich zunehmenden sozialen Unterschieden bestimmt sein. Antworten liegen in einer Zivilgesellschaft u.a. darin, Rahmenbedingungen wie Diversity Mainstreaming zu schaffen, um einem sozialen Ausschluss bestimmter Bevölkerungsgruppen entgegenzuwirken. In der Nizza-Vereinbarung [2000] des Europäischen Rates wurden daher vier Ziele vereinbart:

- Erleichterung des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen
- Vermeidung der Risiken der Ausgrenzung
- Maßnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen
- Mobilisierung aller AkteurInnen

Ebenso formulierte die WHO Ziele und Strategien für eine höhere Gerechtigkeit und Qualität von sozial Benachteiligten, wie z. B. MigrantInnen im Gesundheitsbereich. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, die Gender-Perspektive im Fokus zu behalten, um entsprechenden Benachteiligungen entgegenzuarbeiten, denn Frauen erleiden den Verlust ihres kulturellen Kontextes durch Migration in besonderer Weise. Für das psychosomatische Verständnis der Gynäkologie und Geburtshilfe ist daher dieser Zusammenhang von besonderer Relevanz — denn Krankheitsrisiken sind bewiesenermaßen von sozialen Unterprivilegierungen gekennzeichnet, was sich in Verbindung mit Anpassungsleistungen an unterschiedliche Normen und Kulturen, Sprachen und Lebensstilen ablesen lässt. Das Gender-Verständnis von Migrantinnen muss als Schlüssel unseres Zugangs im Zentrum stehen.

⁹ Hebammenzeitung On-line Archiv 1/05 <<http://zeitung.hebammen.at/>> [21.10.07/21:37]

Die Virulenz dieser Problematik kann auch mit statistischen Zahlen eindeutig belegt werden: Insgesamt leben in Österreich 764.314 Männer und Frauen ohne österreichische Staatsbürgerschaft. 352.323 Frauen (9,5 %) haben keine österreichische Nationalität. Davon kommen 158.236 der weiblichen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und 57.142 aus der Türkei. Aufgeschlüsselt auf die Bundesländer ergeben sich damit in Wien 18 %, im Burgenland hingegen 4,2 % nicht österreichische Staatsbürger [Österreichisches Forum für Migrationsstudien 2003].

Sprachliche Barrieren

Laut einer Befragung der Charité [Berlin/Notfallambulanz, 2001 – 2003] haben 63 % der türkischen Patientinnen unter 30 Jahren, 36 % zwischen 30 und 50 Jahren und nur 4 % über 50 Jahren gute Deutschkenntnisse. In Zusammenhang mit der interkulturellen Kommunikation wurde mehrfach die Notwendigkeit einer muttersprachlichen Betreuung an unseren Kliniken betont [Borde et al. 2000/David et al. 2000/Pöchlhammer 2000 zit. nach Binder-Fritz 2003b, 110]. Binder-Fritz fügt hinzu, dass den muttersprachlichen Dolmetscherdiensten darüber hinaus wegen der in der Sprache enthaltenen Metaphern, die zur Interpretation des subjektiven Krankheitsverständnisses beitragen, große Bedeutung zukommt. Der individuelle Migrationshintergrund kann hierbei zur psychischen Belastung mit Krankheitsfolgen werden [Leyer 1987, 1991/Pfleiderer 1991 zit. nach Binder-Fritz 2003b, 110].

Sozioökonomische Situation der Migrantinnen [Statistik Austria, Mikrozensus 1993]:

- Ungelernte ArbeiterInnen (österreichische Gesamtbevölkerung 5 %, Ex-Jugoslawien 40 %, Türkei 48 %)
- Arbeitslosigkeit (Österr. Gesamtbevölkerung 6 %, Ex-Jugoslawien 8,1 %, Türkei 11 %)
- Hohe Armutsgefährdung (Österr. Gesamtbevölkerung 11%, Männer 9%, Frauen 13%, MigrantInnen 22%, Langzeitarbeitslose 31%, AlleinerzieherInnen 50%)
- 50 % der MigrantInnenhaushalte liegen im untersten Einkommensviertel [Bericht über die soziale Lage 2000]
- Hohe Diskriminierungsgefährdung (laut IMAS-Umfrage Sep. 2004 wird MigrantInnen von 31 % der Befragten Integrationsbereitschaft abgesprochen)

Weibliche Migrantinnen haben noch schlechtere Lebensbedingungen als männliche Einwanderer. Sie arbeiten überwiegend in Niedriglohnbranchen, sind von höherer Arbeitslosigkeit betroffen, haben geringere Rechtssicherheit. Durch die höhere Abhängigkeit vom Ehemann mit Familienvisum droht

ihnen bei Trennung der Verlust ihrer Aufenthaltsberechtigung. Frauen haben ganz besonders unter den negativen Stereotypen zu leiden [vgl. Appelt 2003 zit. nach Hebammenzeitung On-line Archiv 1/05], (etwa als Opfer, Exotin, „rückständige“ Frauen, islamische Fundamentalistin...). Sie sind in Folge dessen einem besonderen Anpassungsdruck der Mehrheitsgesellschaft ausgesetzt und daher sprachlicher wie kultureller Isolation potentiell ausgeliefert. Eine tiefere Ursache kann im Ganzen ihres normativen Rollenbildes (Frühbindung i.S. Heirat, Hausfrau, Mutter) vermutet werden, welches wohl wesentlich auf Repression und Gewaltandrohung durch ihr familiäres, hierin patriarchal strukturiertes Umfeld aufgebaut ist. Die durchschnittliche Kinderzahl beträgt 2,69 bei Frauen aus der Türkei, 1,96 bei Frauen aus Ex-Jugoslawien [Münz/Kytir 2003 zit. nach Hebammenzeitung On-line Archiv 1/05], im Vergleich dazu bei Frauen aus Österreich 1,41 [Statistik Austria 2008].

Zusammenfassend haben Patientinnen mit Migrationshintergrund erhöhte psychische und körperliche Gesundheitsrisiken, die sich durch ihre Dreifachbelastung erklären lässt:

Sie sind rechtlich und sozial als Minoritätsangehörige diskriminiert, erleiden berufliche Benachteiligung aufgrund mangelnder Ausbildung und sind mit geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in Familie und Beruf konfrontiert.

Zusätzlich sind wichtige psychosomatische Belastungsfaktoren zu beachten, wie z.B.: Orientierungs- und Zukunftslosigkeit, Identitätskrisen, Entwurzelungsgefühle, Verlusterlebnisse. Viele Frauen laborieren noch an kriegsbedingten posttraumatischen Belastungsstörungen.

Im beruflichen Alltag medizinischer und pflegerischer Berufe wird kulturelle Differenz oft nur als nationaler Unterschied wahrgenommen: So sind „die Türken“, und das ist typisch für „die Italiener“. Die kulturellen Einflüsse auf Menschen sind aber nicht nur auf ein Herkunftsland beschränkt. Migrantinnen und Migranten haben Teil an vielseitigen Wirklichkeiten, sie kreieren sowohl aus Angeboten der Herkunftskultur als auch der Kultur des Einwanderungslandes ihre individuellen Werte und Lebensweisen [vgl. Stülb/Adam 2008, 11 zit. nach Hebammenzeitung On-line Archiv 1/05].

Vor Simplifizierungen muss gewarnt werden: Migrantinnen stellen eine sehr inhomogene Gruppe dar. Daher ist es streng geboten, auf Differenzierungen zu achten. Migrantinnen unterscheiden sich voneinander anhand eines differenten rechtlichen Status (legal — illegaler Aufenthalt) sowie durch einen opaken Migrationshintergrund, welcher nicht immer sofort klar differenziert werden kann: Sind sie Arbeitsmigrantinnen oder Flüchtlinge, ist die Basis eine Familienzusammenführung oder wurden sie Opfer von Menschenhandel? Ebenfalls ist zu differenzieren nach Migrationsgeneration, Aufenthaltsdauer, Stadt-Land-Gefälle, kulturellen und nicht zuletzt religiösen Unterschieden.

Gesundheitliche Eckdaten unterscheiden sich, wie definiert, durch soziale Benachteiligung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Dies drückt sich in unterschiedlichen Beschwerdemustern und Krankheitsdaten sowie dem Gesundheitsverhalten an sich deutlich aus. Auffallend ist ein hoher Bewegungsmangel, höhere chronische Erkrankungen, insbesondere auch Herz-Kreislauf, Wirbelsäulenbeschwerden. Sehr herausgefordert sollten wir uns durch eine nachweisliche höhere Fehlgeburtenrate und höhere Säuglingssterblichkeitsrate sowie seltenere Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen [Baldazsi, Wimmer-Puchinger 2003 zit. nach Hebammenzeitung On-line Archiv 1/05] fühlen. Dies sind nur einige, aber eindeutige Spuren von noch nicht gelungenen gleichen Zugangsbedingungen zu unserem Gesundheitssystem. Im Allgemeinen fehlen Strukturen für eine den Migrantinnen angepasste Geburtsvorbereitung. Es besteht daher die offensichtliche Notwendigkeit, Anpassungen vorzunehmen, um auf Lebenswelten von Migrantinnen eingehen zu können und migrationsspezifische Probleme zu berücksichtigen [Kuntner, Aargauer Zeitung 30.01.2004].

Migrantinnen gehören verschiedenen soziokulturellen Welten innerhalb unserer Gesellschaft an, deren Schicksale aber auch durch Überlebensstrategien beeindrucken. Begegnungen von Migrantinnen und MitarbeiterInnen sozialer, medizinischer und psychologischer Institutionen sind infolge vieler Barrieren häufig schwierig und nicht immer effektiv zu gestalten. Forcierung einer besseren Integration in unser Gesundheitssystem heißt, mehr muttersprachliche Ärztinnen, Hebammen, Sozialarbeiterinnen, Psychotherapeutinnen einzusetzen sowie den Ausbau von kultursensiblen Dolmetscherdiensten, muttersprachliche Informationsveranstaltungen und Broschüren zu begünstigen. Politische Amtsträger sind nicht zuletzt aufgefordert, den Dialog zu suchen, um für das Gesundheitspersonal ein kultursensibles Verständnis zu garantieren. Das heißt, die Herausforderung eines verständnisvollen Zugangs anzunehmen, aber auch für entsprechende Ressourcen zu sorgen, ist ein politisch wahrzunehmender Auftrag.

2.2. Anthropology of Birth

Weltweit wird geboren und in unterschiedlichen Verhältnissen neues Leben geschenkt. Die Art und Weise wie Frauen gebären, stillen, ihre Säuglinge pflegen, ist nicht nur „naturbedingt“, sondern hängt eng mit der Kultur der Gesellschaft zusammen, in der die Frauen leben [Kuntner 2000, 53].

Brigitte Jordan, eine Pionierin auf dem Gebiet der anthropologischen Geburtsforschung, definiert die Geburt als biosoziales Ereignis. Ein ganzheitlicher Ansatz, der den kulturspezifischen sozialen Prozessen nachgeht, in denen sich biologische Prozesse abspielen und welche sich in verschiedenen

Geburtspraktiken widerspiegeln [vgl. Jordan 1995, 26], wird von der Autorin vehement gefordert. Überall auf der Welt vollzieht sich die Geburt nach bestimmten medizinischen wie psychologischen Verfahrensweisen, die zum Wohle von Mutter und Kind statuiert sind. Die Geburtshilfe wird – je nach normativem oder konventionellem Kulturkonsens – von den Beteiligten anders beeinflusst, organisiert und gestaltet. Jordan spricht in diesem Kontext von einem Geburtssystem. Daraus wiederum entwickelt sich ein Komplex von Praktiken, der den Frauen bestimmte Verhaltensregeln in der Schwangerschaft, während der Geburt, im Wochenbett und in der Stillzeit auferlegt, und somit ein Schutzsystem für die Frau und ihr Kind bildet. Die Geburt wird von Jordan dezidiert als Umbruchphase, als ein Übergang im Leben einer Frau dargestellt. Nicht nur ihr Körper verändert sich, auch ihre Rolle in der Gesellschaft wird eine andere. Es entsteht eine neue Familie, die aber nicht isoliert gesehen werden darf, sondern im Zusammenhang ihrer ökologischen, sozialen, religiösen, historischen und auch medizinischen Umwelt.

Van Gennep spricht in seinem Hauptwerk „Les rites de passage“, von Übergangsriten, die den Übergang von einer in eine neue, gesellschaftlich geforderte Seinsweise darstellen [Van Gennep 2005, 68], was auch als Liminalitätsphänomen beschrieben werden kann.

Zentrales Anliegen Van Genneps ist es aufzuzeigen, dass Rituale nicht isoliert, fragmentiert und aus ihrem gesellschaftlichen Kontext extrapoliert untersucht werden können. Vielmehr fand Van Gennep in seiner vergleichenden Analyse zahlreicher Rituale aus den verschiedensten geographischen Räumen und historischen Zeiten einen Typus von Ritualen, der eine atomistische und rigide Klassifizierung und Kategorisierung in statische Konzepte ausschloss. Rituale könnten nicht alleine aufgrund formaler Ähnlichkeiten und Analogien klassifiziert werden, ohne sich der inneren Mechanismen, der Logik, Bedeutung und Funktion derselben bewusst zu sein.

„Jede gesellschaftliche Veränderung kann als eine dreifache Teilung mit den Phasen Trennung, Marginalisierung und Wiedereingliederung analysiert werden; ein Übergangsritus wirkt psychologisch, indem er die Kontinuität, die durch den Wechsel unterbrochen wurde, wieder herstellt. Es ist die Krise der Veränderung und die Wiederherstellung der Ordnung.“ [ebd.]

Maya Nadig, eine Ethnopsychanalytikerin aus der Schule van Genneps, machte deutlich, dass den Übergangsriten im Sinne der „rites de passage“ große Bedeutung dadurch zukommt, als dass diese Rituale, bestehend aus sozialen, religiösen und ethnischen Regeln, der einzelnen Frau helfen, körperliche und soziale Übergänge zu vollziehen. Die Zeit um die Geburt und das Wochenbett, also der Übergang zur Mutterschaft, sollte in einem, für die Frau geschützten Rahmen ablaufen. In dieser Zeit durchlebt der zu gebärende Körper viele Veränderungen, die durch das soziokulturelle Umfeld

bestimmt werden. Rituale dienen dazu, das Verhalten des Menschen in angstbesetzten Situationen zu stabilisieren [Kuntner 2007, 441].

Geburtssysteme und Schutzsysteme werden durch soziale, ökologische, historische, religiöse, politische und medizinische Faktoren geprägt. Kuntner unterscheidet zwischen einerseits traditionellen, naturheilkundlichen und andererseits mehr oder weniger wissenschaftlichen, medizintechnologisch ausgerichteten Geburts- und Schutzsystemen. Diese Systeme existieren oft nebeneinander und können sich auch sinnvoll ergänzen [Kuntner 2007, 440]. Da die medizintechnologischen Systeme in der zeitgenössischen Literatur ausreichend belegt und referiert worden sind, soll der Fokus im Folgenden auf traditionelle und naturheilkundliche Systeme gelegt werden, wobei der interessante, noch nicht ausreichend in der Literatur diskutierte Befund des interkulturellen Doula-Systems hinreichend erörtert werden soll.

2.3. Zur traditionellen Geburtsbegleiterin

Eine traditionelle Geburtsbetreuerin/Traditional Birth Attendant (TBAs) in der WHO-Nomenklatur unterstützt Frauen, neben Familienangehörigen, die ihre Kinder zuhause gebären: in Entwicklungsländern mit Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal wird die Versorgung in den Dörfern und Gesundheitszentren häufig Hilfspersonal übertragen, beispielsweise Hilfsschwestern und -hebammen, Dorfhebammen oder angelernten traditionellen Hebammen [vgl. WHO Richtlinien unter Punkt 1.6 Betreuungspersonen bei normalen Geburten].

In der altindischen Geburtshilfe wurde gefordert, dass bei der Geburt viele ehrenwerte, geschickte Frauen zur Verfügung stehen, die schon selber geboren haben. Allerdings stellt sich die Frage, ob wirklich immer weibliche Geburtshelferinnen üblich waren. Auf sakralen indischen Darstellungen leisten nämlich sehr wohl auch männliche Gottheiten Hebammendienste. Zudem ist in der entsprechenden Literatur nachgewiesen, dass bei pathologischen Geburten Ärzte konsultiert wurden. Wie wir aus medizinhistorischen Aufzeichnungen erfahren, übten in Indien erst im 16. nachchristlichen Jahrhundert Frauen operative Geburtshilfe aus. Es wird von solchen Geburtshelferinnen gesprochen, die auf diesem Gebiete *„geschickt und furchtlos sind, in der Chirurgie bewandert und durch viele glückliche Entbindungen berühmt wurden“* [Kuntner 1994, 25].

Anhand dreier paradigmatischer Befunde – Geburten bei den Eipo, Geburten bei den Tuija, Geburten bei den Maori – soll aufgezeigt werden, wie die Geburtbegleiterin, die Doula interkulturell verankert ist.

2.3.1. Geburten bei den Eipo

Wulf Schiefenhövel dokumentiert im Zuge einer zweijährigen Feldforschung von 1974 bis 1976 sieben Geburten. Ermöglicht wurde das durch den engen Kontakt, den seine Frau im Zusammenleben mit den Frauen knüpfte. Die Eipo sind Bewohner des zentralen Berglands von West-Neuguinea. Erstgebärende werden in besonderer Weise behandelt: Eine traditionelle Geburtsbetreuerin (Traditional Birth-Attendant/TBA), d. h. die jeweilige Mutter der Gebärenden, die Schwiegermutter oder eine andere weibliche Verwandte oder eine Freundin, in jedem Fall eine Frau, die selbst bereits Kinder bekommen hat, sitzt ganz in ihrer Nähe, hält sie, streichelt sie, spricht zu ihr und bringt neue Farnblätter, die man als Vor- und Unterlage zur Aufnahme von Fruchtwasser, Schleim und Blut verwendet. Die Betreuerinnen machen es der Gebärenden so angenehm wie möglich. Als Beobachter, so Schiefenhövel, hat man das Gefühl, dass die Gebärende und die Betreuende fast in einer Person aufgehen, so nahe sitzen sie beisammen, so viel Hautkontakt haben sie, so sehr leben sie eine Symbiose. Bei jeder Wehe wird die Zuwendung, Massage oder Umarmung noch verstärkt. Meist sind auch andere Frauen und Mädchen anwesend; nichtinitiierten männlichen Säuglingen, die noch von ihrer Mutter getragen werden, erlaubt man ebenfalls, bei dieser „Frauenangelegenheit“ dabei zu sein [Schiefenhövel 1983, 44].

Ein Element dieses Prinzips des „Mache es der Gebärenden so angenehm wie möglich“ besteht darin, dass die werdende Mutter den Ort (das Menstruations- und Geburtshaus), an dem sich die Geburt abspielt, sehr gut kennt – viele Male ist sie während ihrer Menstruation und bei den Besuchen anderen Frauen dort gewesen. Sie kennt die Hütte selbst, das Gras, die Büsche und Bäume in ihrer Nachbarschaft genauso gut wie die Frauen, die ihr Beistand leisten [Schiefenhövel 1983, 46].

Zusammenfassend wurde beobachtet, dass in zwei Bereichen günstige geburtshilfliche Modelle verwirklicht sind:

1. Die Geburtstechnik mit der Bevorzugung vertikaler Körperhaltungen wie Stehen, Knien, Sitzen, Hocken und der individuellen Entscheidung der Gebärenden zwischen diesen Haltungen
2. Die psychologische Unterstützung des Geburtsvorgangs von mit der Gebärenden verwandten oder befreundeten Frauen, die selbst schon Kinder geboren haben

So können sie sich auf die archaischen Behandlungsweisen verlassen, die in Halten, Massieren, Streicheln, Zureden, generell in der Anwesenheit vertrauter Frauen und Körperkontakt ihren Ausdruck finden [Schiefenhövel 1995, 55].

2.3.2. Geburten bei den Tuija

Die Aufgabe einer Hebamme übernehmen in anderen Kulturen häufig Verwandte und Nachbarinnen. Diese haben keine speziellen Kenntnisse in der Geburtshilfe, außer dass sie selbst schon einige Geburten erlebt haben [Kuntner 1997a, 10].

Bei den Tuija in Südchina, erwirbt sich die Frau durch die Geburt ihres ersten Kindes den Status einer Geburtsbetreuerin. Voraussetzung ist allerdings, dass sie die Geburt von Anfang bis Ende, sprich bis zum ersten Bad des Kindes selbständig ausgeführt hat. Lt. Kuntner gibt es bei den Tuija kein Wort für Hebamme. Für die Tuija-Frauen kommt dieses Ereignis einem Initiationsritus gleich; sie sind davon überzeugt, dass sie durch diese Prüfung in ihrem Leben eine größere Autonomie erreichen können [ebd.].

2.3.3. Geburten bei den Maori

Wie bei anderen wichtigen kritischen Lebenssituationen erfolgte bei den Maori auch bei einer Geburt der Beistand der ganzen Familie. Verlief die Geburt normal, dann fungierten Familienangehörige als GeburtshelferInnen. Nur im Fall von auftretenden Komplikationen war die Anwesenheit eines tohunga (priesterlicher Experte) erforderlich [Binder-Fritz 1991, 397]. Während der Geburt stehen Kreißende und GeburtshelferInnen in engem Körperkontakt. Streicheln und Massage des Rückens, der Kreuzbeingegend sowie des Abdomens gehörten zur traditionellen Geburtshilfe [Binder-Fritz 1996, 174].

2.3.4. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Schwangerschaft und Geburt mehr als nur physiologische Vorgänge sind. Die biologischen Vorgänge im Kontext der Mutterschaft sind dabei in jene komplexen, anhand von intersubjektivem Gebä- und Begleitungshandeln erbauten Systeme eingebettet, die die reale Lebenswelt der Frauen konstituieren und die durch die gebärenden Frauen und umgekehrt konstituiert werden. Unter einem Geburtssystem, wie ferner das in ihr subsumierte Schutzsystem, firmieren ein Komplex an Ideen und Praktiken, von Wissen und Erfahrungen, von Regeln, Vorschriften und Maßnahmen – alle auf Schwangerschaft, Geburt und postpartale Phase bezogen. Jedes Geburtssystem ist eingebettet in die Kultur der jeweiligen Gesellschaft und wird durch viele Faktoren geprägt. Alle Handlungen, Vorschriften und Vorstellungen rund um die Geburt in einer

Kultur fasst man unter dem Begriff „Geburtssystem“ zusammen. Was z. B. die Gebärlposition betrifft, so hat jede Kultur eigene Traditionen. Dieses Wissen und diese Erfahrungen werden von einer Generation an die nächste weitergegeben, von der Mutter an die Tochter. Damit entsteht eine Tradition im sprichwörtlichen Sinn. Dieser Tradierung von Geburtsprozessen steht eine Technisierung entgegen, die sich in der westlichen Welt mit dem Paradigma des Kaiserschnittes identifizieren lässt: Die extrem hohe Kaiserschnitttrate in westlichen Ländern ist nicht zufällig, sondern beruht auf einer technologischen Machtphantasie eines Zugriffs auf den Frauenkörper. Sie ist auf die mannigfaltigen Möglichkeiten der Medizintechnik zurückzuführen, das zwar einerseits dem – vielleicht zu monokausal suggerierten – Sicherheitsbedürfnis der Ärzte entgegenkommt, aber andererseits auf die Ungeduld gegenüber manchmal zu langsam verlaufenden biologischen Vorgängen bei einer Geburt reagiert [Albrecht-Engel 1997, 35]. So erscheint es nicht zu gewagt, behaupten zu wollen, dass die gebärende Frau als Zugriffsobjekt verstanden wird, ihr Gebärvorgang als nicht kalkulierbares Risiko; Motto: die Frau als problembeschiedene Schnittstelle zwischen Arzt und in das Licht des OPs zu holende Kind. Diese Ideologie führte im Laufe der letzten Jahre zu einem Umdenken vor allem im Kreis der werdenden Eltern: Es wurden Selbsthilfegruppen gegründet, verbunden mit der Forderung, dass Frauen (und Männer) eine Geburtsumgebung vorfinden, in der sie sich – nicht zuletzt durch die Betreuung einer Doula – wohl fühlen können und in der auf ihre Bedürfnisse und die des Kindes Rücksicht genommen werden soll. Dieser Wandel findet noch immer statt und verläuft parallel zur ständig fortschreitenden Entwicklung der Geburtsmedizin-Technologie [ebd.].

Eine „normale Geburt“ findet bei uns im Krankenhaus mit den darin herrschenden Regeln statt. Die Gebärende ist in dieser Hierarchie eine Patientin und Geburt an sich ein Risiko. Eine andere Definition von „normaler Geburt“ ist, dass sie ohne Komplikationen und möglichst ohne medizinische Eingriffe erfolgt [Lenger 2006, 106], was zunehmend auch in das Bewusstsein nicht nur von unmittelbar Betroffenen tritt.

Bewusst erlebte Geburt setzt also bewusst gesetzte Rahmenbedingungen voraus, die in der entsprechenden Referenzliteratur zunehmend argumentiert werden. Es seien hier abschließend, mit Rekurs auf Kuntner [Kuntner 2000, 53], folgende ethnomedizinische Forderungen wie Faktizitäten angeführt:

- Der Wunsch nach einer human gestalteten, autonom vollzogenen und bewusst erlebten Geburt ist berechtigt.
- Die biologischen Regelvorgänge, welche die normale Geburt steuern, sind das Produkt einer langen Evolution und dem Geburtsvorgang optimal angepasst. Eingriffe sind Störungen der Eigensteuerung.

- Vertikale Gebärhaltungen haben klare Vorteile.
- Durch schmerzgesteuerte Verhaltensänderungen sind die Gebärenden in der Lage, selbständig günstige Gebärpositionen zu finden.
- Es bestehen bio-psychologische Zusammenhänge zwischen der persönlichen Umgebung der Gebärenden und der Geburt. Die Gebärende muss sich heimisch fühlen.
- Einfache Hilfeleistungen zur Bekämpfung von Angst und Schmerz sind der Gebärenden vertraut und daher im Normalfall technomedizinischen und pharmakologischen Eingriffen vorzuziehen.
- Die Hauptperson – im Regelfall die Hebamme – muss die Geburt von Anfang bis Ende betreuen; ein Schichtwechsel wäre hingegen kontraproduktiv.
- Es wirft sich die Frage auf, ob Ehemänner oder Partner tatsächlich die idealen Laienbetreuer sind. Daher wäre die zusätzliche Anwesenheit einer geburtserfahrenen Vertrauten und/oder einer geburtsunerfahrenen Frau (Doula), insbesondere im Spital, angezeigt.
- Das plötzliche Ende des Wehen- und Durchtrittschmerzes hat möglicherweise eine wichtige psycho-physiologische Funktion. Sowohl starke positive Emotionen als auch die Wirkung von Oxytozin¹⁰, Endorphinen¹¹ und anderen Neuropeptiden¹² unterstützen das erste Bonding.
- Frauen, die sich für natürliches Gebären bzw. für ein physiologisches Gebärverhalten entscheiden, müssen und werden sicherlich mehr Verantwortung hierfür übernehmen.
- Der Körperkontakt mit helfenden Personen wirkt entspannend auf die Gebärende. Über Regulationsmechanismen des limbischen Systems können Endorphine freigesetzt werden.
- Durch Abbau von Stress, Angst und Spannung wird die Wirkung des Hormons Oxytozin unterstützt. (Wärmeanwendungen haben die gleiche Wirkung.)

¹⁰ Oxytozin ist ein von der Hirnanhangsdrüse abgegebenes Hormon, welches die Wehentätigkeit und den Milchtransport in der Brust anregt. Es wird bei Bedarf durch Reflex ausgeschüttet und wirkt bei der Geburt auf die Muskulatur der Gebärmutter (Ferguson-Reflex). Nach der Geburt hat es Einfluss auf die Rückbildung der Gebärmutter. Odent nennt es in diesem Kontext ein Liebeshormon, da nachweislich eine erhöhte Oxytozin-Ausschüttung die Liebesfähigkeit zwischen Mutter und Kind forciert [Odent 2005, 50].

¹¹ Endorphine: Kurzbezeichnung für endogene Morphine. Funktion: Zur Steuerung vegetativer Funktionen durch Aktivierung endorphiner Neurone können Endorphine als Neurotransmitter wirken [Pschyrembel 2004, 487].

¹² Neuropeptid: zu den Neurotransmittern gehöriges Neuropeptid; Wirkung: beteiligt an der Regulation des zirkadianen Rhythmus und des peripheren Gefäßwiderstandes [Pschyrembel 2004, 1270].

2.4. Was ist eine „Doula“? Begriffsgeschichte und Komparatistik

Im Folgenden wird der Terminus „Doula“ genauer beschrieben und anhand eines kulturgeschichtlichen und historischen Abrisses dargelegt. Unter Zuhilfenahme von Bildmaterial aus verschiedenen Kulturen wird plastisch aufgezeigt, wie bedeutend die Rolle der Geburtshelferin bzw. Doula in jeweiligen Kulturen ist. Zusätzlich erfolgen Exkurse über das US-amerikanische wie das internationale Geburtssystem unter Berücksichtigung (beruf-s)ethischer Aspekte. Beschlossen wird das Kapitel mit einem Abriss zur Rechtslage der Doula in Österreich.

2.4.1. Etymologie – Doula, die Unterstützerin der Frau

Das klassische, schon in mykenischer Zeit gebräuchliche und vermutlich aus dem Semitischen [vgl. Kaegi 1992] stammende Wort *doulê* (δούλη), bzw. *douleia* (δουλεία) kann zum Gegenwort *despoina* (δέσποινα), mit dem eine Herrin, Königin oder Kaiserin gemeint ist, am besten mit „weibliche unfreie Person ohne Rechte“ übersetzt werden. Es wird in der antiken Literatur – ausgehend von allerdings fraglichen Befunden bei Homer, der nach Pape *doulê* als Konkubine ihres Besitzers nennt [Pape 1914, 661] – mit Begriffen wie Dienerin, Sklavin und Magd konnotiert. Inspiriert von entsprechenden philosophischen Weiterentwicklungen des vor allem in seiner maskulinen Form gebrauchten Begriffs bei Platon, Xenophon und Aristoteles nimmt „der Gebrauch des Terminus ab Mitte des 5. Jh. schlagartig zu“. Spätestens ab diesem Zeitraum bleibt der Bedeutungsinhalt immer gleich: „Unfreiheit in ihrer härtesten Form als Pedant zur Freiheit“ [vgl. Kästner 1981, 297]. Welche Wandlungen auch immer dieser Terminus im Laufe seiner Begriffsgeschichte erfahren hat, so ist er wertneutral noch am ehesten mit einem Abhängigkeitsverhältnis zu einem Herrn oder einer Herrin zu umschreiben, wobei mit dieser Umschreibung weiblicher Dienerschaft das geschichtlich älteste Datum in der altgriechischen Linear-B-Schrift angezeigt ist [ebd.].

Der Begriff „Doula“ findet ab den 1970-er Jahren Verwendung im Geburtsgeschehen. Dana Raphael, eine US-amerikanische Anthropologin, hat 1973 den Begriff „Doula“ geprägt und beschreibt die Doula als „supportive companion“ [Mander 2001, 113]. An gleicher Stelle ist zu finden:

‘Raphael’s anthropological study identified the widespread practice of ‘a female of the same species’ staying with the parturient through her labour and the birth.

Die Entstehung des zeitgenössischen Doula-Begriffs ist auf Marshall Klaus und John Kennell, zwei Neonatologen aus den USA, zurückzuführen, die durch ihre gemeinsame Arbeit weltweit die Praxis des Rooming-in bewirkten. Bis in die 1980-er Jahre war es wegen der Gefahr der Keimübertragung in Österreich zur Praxis geworden, die Mutter von ihrem Kind zu trennen. Meist sah die Mutter ihr Kind erst nach einigen Tagen und es war für sie besonders schwer, eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Klaus und Kennell definieren den Begriff Bindung bzw. Bonding folgend:

„Unter einer „Bindung“ können wir eine in ihrer jeweiligen Art einmalige Beziehung zwischen zwei Menschen verstehen, die nicht austauschbar ist und eine gewisse Dauerhaftigkeit besitzt“.
[Klaus/Kennell 1983, 18]

Nach weiteren zehn jährigen Forschungen gaben Klaus und Kennell erneut einen wichtigen Impuls auf dem Gebiet der Geburtshilfe: Sie fanden heraus, dass Frauen, wenn sie von einer Frau während der Geburt betreut und unterstützt werden, bei diesem Geschehen weniger von Komplikationen zu berichten haben. Sie erforschten die Wichtigkeit einer kontinuierlichen emotionalen und physischen Unterstützung bei der Geburt anhand eines wie folgt statuierten Exempels: Wendy, eine Medizinstudentin aus den USA wurde in Guatemala, in ein entsprechendes medizinisches Forschungsprojekt eingebunden, indem sie an der Seite von wehenden Frauen blieb. Die Daten zeigten, dass ihre Anwesenheit eine positive Wirkung auf die Arbeiten von Klaus und Kennell hatte, und so wurde die Studie modifiziert, um diese Wirkung [vgl. Kennell/Klaus/Kennell 1995] besser zu verstehen [Jones 2009, 286]. Auf der Suche nach einem Begriff, der die Aufgabe der Geburtsbegleiterin am besten umschreiben könnte, suchten Klaus und Kennell ein Wort möglichst ohne medizinischen Beiklang, das den Wert der Hilfsbereitschaft und der Trost bringenden Qualitäten einer weiblichen Begleiterin hervorheben würde. So kamen sie auf das griechische Wort „Doula“:

“We have adopted a word to describe the person who performs this [supportive] function – the doula”
[Raphael 1973, 24 zit. nach Mander 2001, 113].

Der Begriff „Doula“ wurde dann später in Europa eingeführt. Im deutschsprachigen Raum ist er das Synonym für Geburtsbegleiterin oder Geburtshelferin. Daneben gibt es zahlreiche Synonyme für Doulas: Monitrice wird sie in Frankreich genannt, Labour coach kommt aus dem anglikanischen Raum.

2.4.2. Historische Entwicklung und Bildmaterial

In fast jeder Kultur überall in der Geschichte sind Frauen während der Geburt von Frauen versorgt worden. Künstlerische Darstellungen der Geburt weltweit schließen gewöhnlich mindestens zwei andere Frauen ein, die die Gebärende umgeben und unterstützen. Eine dieser Frauen ist die Geburtshelferin, die für den sicheren Durchgang der Mutter und des Babys verantwortlich ist; die andere Frau oder Frauen sind hinten oder neben der Mutter gereiht, in haltender und tröstender Stellung. Auf folgenden Abbildungen sind Frauen zu sehen, die zusätzlich zur Hebamme die Gebärende unterstützen. Die Doula hält sich im Hintergrund und stützt die Frau. Sie bietet ihr emotionale Unterstützung, berührt sie, massiert ihr den Rücken, nimmt ihre Hand, sie bietet ihr kontinuierliche Anwesenheit an, um so das Wohlbefinden der Gebärenden zu steigern.

Folgende Bildanalysen, zu denen Liselotte Kuntner wertvolle Hinweise gab, sollen den kulturgeschichtlichen Abriss untermalen, wobei paradigmatisch nur der erste Befund, der in seiner Stilistik paradigmatisch für die folgenden steht, näher analysiert werden soll:



Abbildung 1: Relief aus Marmor 5. Jh. v. Chr. /Kopie spätes 18. Jh.,
Italien/aus der Privat Sammlung von Liselotte Kuntner
Foto: Doris M. Freudenthaler

Diese Darstellung zeigt eine vertikale Geburtsposition aus der Antike (Süditalien, 5. Jh. v. Chr., Kopie aus dem späten 18. Jh.). Das Marmorrelief zeigt eine Geburt auf dem Gebärhocker. Die Gebärende wird von vier Frauen begleitet – die Geburt wird somit als soziales Ereignis dargestellt. Die Gebärende stützt sich auf die beiden Helferinnen, die seitlich neben ihr stehen. Sehr eindrucksvoll ist der Austritt des Kopfes dargestellt, das sog. *Crowning* [wörtlich: „krönen“, sinngemäß: „etwas zu einem glücklichen Ende führen“]. Die Hebamme kniet vor der Gebärenden, um das Kind in Empfang zu nehmen. Sie hat dazu ein Tuch in den Händen. Eine weitere Helferin hält ein Fläschchen in den Händen, möglicherweise mit Wasser gefüllt, für das erste Bad des Kindes. Dazu steht eine Schale bereit. Die spezifische Gebärhaltung und die Anordnung der vier Helferinnen müssen schon in der Spätantike einer jahrhundertealten geburtshilflichen Tradition entsprochen haben. Soranus von Ephesus beschreibt am Anfang des 2. Jh. n. Chr. in seinem Lehrbuch diese Art der Geburtshilfe [Kuntner 2004, 175].



Abbildung 2: Peru, Huaco, Tonfigur (Grabbeigabe) aus der Privat Sammlung von Liselotte Kuntner
Foto: Doris M. Freudenthaler



Abbildung 3: Gebärende, Hebamme und Helferin.
Terrakottagruppe aus dem Heiligtum einer
Geburtsgöttin, Cypern 6./5. Jh. v. Chr. [Strack
2006, Titelblatt].



Abbildung 4: Kreißende auf Gebärstuhl,
Hebamme, Helferin. Grabrelief der Scribonia
Attice, 2. Jh. n. Chr. [Eckart 1998, 80].



Abbildung 5: Gebärende, Hebamme und Helferin
aus dem 16. Jh.. Geburt auf einem einfachen
Holzhocker. [Celestial Arts 1992, 3 Berkeley (CA)
In: I-Artikel/Pascali-Bonari 2001, 58].



Abbildung 6: Geburt in Afrika aus dem 19. Jh.
Reproduced from Limburg A., Smulders B.
Women giving birth. [Celestial Arts 1992, 4
Berkeley (CA) In: I-Artikel/Pascali-Bonari 2001,
58].

Anhand dieses Materials wird sichtbar, dass Geburt ein soziokulturelles Ereignis ist und daher die Gebärende in eine Gesellschaft von Frauen, die sie in ihrem Prozess unterstützen, integriert sein sollte. Es ist alarmierend genug, an dieser Stelle hinweisen zu müssen, dass dieser Apell in der Geschichte der traditionellen Gebärkulturen selbstverständlich und unreflektiert gelebt wurde, während er heute schon fast defensiven Charakter annimmt. Aussagen wie: „Seit Jahrtausenden gebären Frauen in den unterschiedlichsten Kulturen ihre Kinder im Kreise anderer Mütter“ sind nicht Befunde von Pathologie, sondern von gelebtem, selbstbestimmten Frau-Sein [Kitzinger 1996, 127]. Frauen haben einander bei der Geburt unterstützt, Wissen ausgetauscht, das ihnen von ihren eigenen Müttern überliefert wurde, und auf die Erfahrungen jener Frauen zurückgegriffen, die schon selber Kinder geboren hatten.

2.4.3. Doulas International

Ursprung der Doulas in Nordamerika

„Over and over again we have been impressed by the calming influence the doula has for both the mother and father as she explains what is happening, uses her extensive experience to help the mother, and supports the parents in having the kind of experience they originally desired.“ [Z-Artikel/Klaus/Kennell/Klaus 1999]

DONA [Doulas of North America] International

Die Organisation DONA wurde 1992 gegründet und unterstützt Doulas, welche Müttern und ihren Partnern helfen, positive Erfahrungen während und nach der Geburt zu machen. Eine kleine, aber für diesen Bereich hoch reputierte ExpertInnenrunde hob diese Organisation aus der Taufe:

‘Klaus and Kennell, along with Phyllis Klaus, Penny Simkin and Annie Kennedy (some of the foremost experts in childbirth in North America). These five founders have continued their research and frequently share their knowledge through their writings and speaking engagements. Convinced by significant evidence of the importance of doulas to a mother’s (and consequently to a family’s) wellbeing, they created an association for a relatively new group of professionals steeped in timeless tradition – doulas.’¹³

Auf dem Gebiet von Geburt und Geburtsbegleitung war es wichtig, die Bedeutung von emotionaler Unterstützung für Mütter und deren Partner während und nach der Geburt ins Bewusstsein der Menschen zu bringen.

¹³ <<http://www.dona.org/aboutus/mission.php>> [15.12.09/18:40]

Klaus und Kollegen waren durch ihre Erfahrungen davon überzeugt, dass die Anwesenheit von Doulas für die Mutter und damit für die ganze Familie einen signifikanten Einfluss auf deren Wohlergehen habe. Daher gründeten sie einen neuen Verein für professionelle „emotionale Geburtsbegleiterinnen“, basierend auf dem Hintergrund einer uralten Tradition – die Doulas.

1992 haben diese bereits genannten Geburtsexperten eine Organisation, nämlich DONA International, gegründet und beschlossen:

*'[...] that the time had come to promote the importance of emotional support for mothers and their partners during birth and the postpartum period.'*¹⁴

DONA International ist die älteste und größte Doula-Vereinigung weltweit und definiert sich als internationale non-profit Organisation, die in mehr als zwanzig Ländern vertreten ist und weltweit Ausbildungen zur DONA zertifizierten Doula anbietet. DONA hatte 1994 750 Mitglieder und 2007 bereits 6203 Mitglieder (siehe Anhang C – Dona International Member Statistics).

*,We are [...] strives to have every doula trained/educated to provide the highest quality/standards for birth and/or postpartum support to birthing women and their families. To that end, we promote continuing education for doulas and provide a strong communication link among doulas and between doulas, families and the medical birthing community. We are an amazing community with a shared passion for families that reaches around the world.'*¹⁵

Ihr Ziel ist es, emotionale und physische Unterstützung für die Mütter und ihre Partner anzubieten, für die Zeit vor der Geburt, während der Geburt und der Wochenbett¹⁶ Zeit.

Die DONA Organisation hat eine Vision und Mission wie folgt definiert:

DONA Vision:

- *A doula for every woman who wants one.*

DONA Mission:

- *provide training and certification opportunities for doulas of varied cultures, educational backgrounds, ethnic backgrounds and socio-economic levels;*
- *educate health care providers, the public and third party payers of the benefits of a doula's presence during birth and postpartum.*

¹⁴ <<http://www.dona.org/aboutus/mission.php>> [25.10.09/21:32]

¹⁵ <<http://www.dona.org>> [07.10.09/13:47]

¹⁶ Wochenbett (lat. Puerperium): Zeitraum von der Entbindung bis zur Rückbildung der Schwangerschafts- und Geburtsveränderungen bei der Mutter. Dauer: 6 – 8 Wochen [Pschyrembel 2004, 1511].

Das US-amerikanische Geburtssystem

'Midwives attend over 70 % of births in Europe and Japan. In the United States they attend less than 8%. Women got told over the last years, they are not responsible for their own birth process.'

[Film 2007 Epstein, Abby/Lake, Ricki: The Business of Being Born - Documentary about the birth industry in the USA]

Die Geburtshilfe in den USA ist von Ärzten dominiert. Kein anderes Industrieland hat einen so niedrigen Prozentsatz an weiblichen Ärztinnen wie die USA heute, was ein kleiner Blick auf die Statistik belegt: In England sind 24 %, in Russland 75 %, in den USA gar nur 7 % aller Ärzte Frauen.

Während die Geburtshilfe als Beruf für Frauen in den skandinavischen Ländern, England, den Niederlanden etc. bis heute floriert, ist sie in den USA seit dem frühen 20. Jahrhundert faktisch verboten worden [Ehrenreich 2001, 38]. Hierzu ein historischer Abriss in aller gebotenen Kürze:

Im Jahr 1910 leisteten die Hebammen noch bei 50 Prozent aller Entbindungen Geburtshilfe – die meisten waren schwarze Frauen oder Einwanderinnen aus der ArbeiterInnenklasse [ebd.]. In einem Staat nach dem anderen besiegelten neue harte Berufsgesetze das Monopol des Arztes über die medizinische Praxis. Es galt nur noch die letzten heimlichen Trägerinnen der alten Volksmedizin zu vertreiben, nämlich die Hebammen. Auch dieses Vorhaben gelang, sie wurden insbesondere für die Überhandnahme der Puerpalsepsis (Kindbettfieber – eine Uterusinfektion) sowie für die neonatale Ophtalmie (Blindheit bei Neugeborenen, verursacht durch eine elterliche Gonorrhöe bzw. Tripper) verantwortlich gemacht. Beide Krankheiten können im Grunde durch einfache Vorsichtsmaßnahmen verhindert werden. Wären die GeburtshelferInnen tatsächlich um das Gemeinwohl besorgt gewesen, dann hätten sie das Nächstliegende getan, nämlich die Masse der Hebammen mit den angemessenen Vorbeugemaßnahmen bekannt und vertraut gemacht. Das geschah jedenfalls in England, Deutschland und den meisten anderen europäischen Ländern: Die Hebammentätigkeit stieg mit der offiziellen Ausbildung zu einem höher gestellten, etablierten, unabhängigen Gewerbe auf [vgl. Ehrenreich 2001].

In den USA nahmen so genannte „Labor-Nurses“ – Krankenschwestern mit einer entsprechenden Zusatzausbildung – denjenigen Platz ein, den bei uns Hebammen innehaben. Im Klinikalltag betreuen Labor-Nurses gleichzeitig mehrere Frauen, die in den Wehen liegen.

Zur Renaissance des Hebammenwesens kam es in den 1970-er Jahren. Zurzeit gibt es zwei Arten von Hebammenausbildungen in den USA: CNMs (certified nurse-midwife) and LMs (licensed midwives). CNMs beenden zuerst eine Krankenschwesternausbildung und absolvieren dann eine Zusatzausbildung zur Hebamme. LMs ist eine neuere Form der Ausbildung und umfasst eine direkte Hebammenausbildung. Die Gesetzeslage diesbezüglich variiert von Staat zu Staat.

Die Entwicklung der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin in westlich industriellen Ländern wird in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt (siehe 2. 1.). Marsden Wagner schreibt im 2006 erschienenen Buch „Born in the USA“ von den vielen Problemen im „professionellen“ Geburtssystem Amerikas. Er kritisiert sehr stark die Ausbildung und Tätigkeiten amerikanischer FrauenärztInnen, die die Macht über normale, risikoarme Geburten behalten wollen – anstatt Hebammen oder speziell ausgebildeten Krankenschwestern den für das Geburtssystem so dringend benötigten Handlungsspielraum zu erlauben.

Doulas in Europa/Zahlen und Fakten

Allgemeine Zahlen und Fakten, juristische und ethische Aspekte im internationalen Vergleich werden in diesem Kapitel aufgezeigt.

Im Mai 2007 fand in Paris die „5th French Doula Convention – Motherhood around the World“ statt, wodurch eine zweite Publikation „The European Doula Guide“ entstanden ist. Die Anzahl der Doula-Trainings über DONA International ist nicht detailliert aufgezeigt. Eine kurze Zusammenfassung des Doula Guides 2007 soll einen Überblick bieten:

LAND	Aktive Doulas	Zertifizierte Doulas	In Ausbildung
Austria	50	3	50
Belgien	11	-	20
Dänemark	5	-	-
Deutschland	28	10	8
England	300	100	150
Frankreich	42	-	150
Irland	30	4	21
Niederlande	60	15	45
Portugal	36	15	73
Schweden	61	-	-
Schweiz	67	-	12
Spanien	15	-	-
Tschechien	39	17	68
Ungarn	55	150	-
Zypern	-	2	-

Von folgenden europäischen Ländern sind keine wie oben genannten Referenzzahlen vorhanden, wiewohl es auch dort Doula-Organisationen gibt: Finnland, Italien, Lettland, Luxemburg. Schätzung an Doulas in Europa: 1060 aktive Doulas und 900 in Ausbildung.¹⁷

2.4.4. Tätigkeitsfeld der Doula

„The primary aim of the doula is to provide social and emotional support for the woman in labour.“

[Klaus/Kennell/Klaus 2002, 12]

Die Doula unterstützt die Frau emotional während der Geburt, sie lernt die werdende Mutter bereits in der Schwangerschaft kennen und plant ebenso Nachbetreuung ein. Hier verwende ich als Referenzliteratur die Grundlagen von DONA International, da sie erstens weltweit ausbilden und daher allgemeine Richtlinien ausgearbeitet haben, die auch in europäischen Ausbildungen die Grundlagen bilden. In diesem Zusammenhang werde ich im folgenden auf etwaige Unterschiede hinweisen:

“Doulas specialise in non-medical skills and do not perform clinical tasks, such as vaginal exams or fetal heart rate monitoring” [Simkin/Wa, 1998, 1 zit. nach Mander 2001, 120].

“When compared to nurses and midwives who have clinical responsibilities that have to take priority over the mother’s emotional needs, the doula can always remain beside the woman...” [Simkin in Hanson 2000, 2f zit. nach Mander 2001, 120].

In Österreich wurde vom DiA (Doulas in Austria)¹⁸-Verein, die Doula Tätigkeit wie folgt zusammengefasst:

Die Doula bietet eine kontinuierliche, nicht-medizinische, emotionale Begleitung.

In der Schwangerschaft werden in Vorgesprächen Wünsche, Ängste und Sorgen rund um die Geburt und bezüglich der Zeit danach ausführlich besprochen. Während dieser gemeinsamen Vorbereitung entsteht ein Vertrauensverhältnis, durch das sich die Frau getragen fühlt.

¹⁷ <<http://www.doulas.info/13may.php>> [02.01.10/13:12]

¹⁸ Der Verein DiA (Doulas in Austria) – Begleitung rund um die Geburt und Schwangerschaft wurde 2006 von engagierten Doulas mit dem Ziel gegründet, jeder Frau, die die Möglichkeit einer Doula Begleitung zu bieten. Der Verein sieht sich auch als Chance zur Vernetzung einzelner Doulas untereinander und als Gesprächsplattform. Weiters hat sich DiA zur Aufgabe gesetzt, durch den Einsatz der Doulas eine neue Frauen- und Mütterkultur zu etablieren. Anfang 2009 wurde die Idee diskutiert, einen Dachverband zu gründen, der mehrere thematisch oder regional zusammengehörige Unterorganisationen wie Vereine bündelt.

Während der Geburt bleibt die Doula die ganze Wehenzeit und Geburt über an der Seite der Frau und gibt emotionale und körperliche Unterstützung. Die Doula kennt keinen Schichtwechsel, denn das wichtigste bei der Geburt ist, dass sich die Frau bzw. das Paar nie alleine fühlt und eine vertraute Person an ihrer Seite ist. Die Doula übernimmt wenn nötig die Betreuung älterer Geschwister oder kümmert sich um den Haushalt rund um die Geburt.

Nach der Geburt im Krankenhaus bleibt die Doula so lange bei der Mutter bis diese auf ihr Zimmer verlegt wurde bzw. bei einer Hausgeburt je nach Bedarf. Die Frau hat in einem Nachgespräch die Möglichkeit mit ihrer Doula über das Geburtserlebnis zu sprechen und es noch einmal Revue passieren lassen. Die Doula bietet den Austausch von Still Erfahrungen an, ist Ansprechpartnerin und praktische Helferin bei Alltagssorgen und Überlastung und hilft der Frau, sich in ihrer neuen Rolle als Mutter zurechtzufinden. Einige Doulas bieten auch Unterstützung im Wochenbett im Sinne einer nachbarschaftlichen Hilfeleistung zur Neustrukturierung des Alltags an.

Sheila Kitzinger fasst detaillierte Aufgaben einer Doula wie folgt zusammen [Kitzinger 2006, 48]:

The Doula

A doula is a hired companion who gives constant support through birth. She does not replace a partner but supports you both if that is what you would like.

- *Before labour starts, rehearse long, low-pitched breaths out, while releasing the perineum.*
- *Offer the mother ice chips or sponge to suck, and sips of cold water.*
- *Mop her brow with a cold cloth.*
- *Support her shoulders and head if she wants it.*
- *Between contractions massage her head, shoulders, feet, lower back, buttocks or the outside of her thighs slowly and firmly – whatever she says helps.*
- *Aim for a good relationship with the midwife.*
- *Be aware of the partner's needs and give support.*
- *Indicate how the partner can help. He/she may want to do something active: give physical support, mop her brow with an ice-cold cloth, caress her, stroke and massage her, look into her eyes. It depends on what the mother wants. It may be enough that her partner is simply there.*
- *If the mother starts to scream, suggest making sounds more like a cow mooing.*
- *As the head crowns, open your mouth, let your own jaw drop and breathe out in sighs. This is the only guidance she may need. It doesn't matter if she cannot see you doing this.*

In Österreich wurden Doula-Standards ausgearbeitet, die Doulas helfen eine klar definierte, angemessene Rolle vor und während der Geburt zu spielen. Die Geburtsdoula begleitet die Frau während der Geburt und während des Wochenbetts. Das Wochenbett wird definiert als eine Zeit der größtmöglichen Schonung und Erholung und dauert ab Geburt rund vier bis sechs Wochen. So lange dauert auch der Wochenfluss.

Jede Doula bietet ein individuelles Angebot an und orientiert sich sehr stark an den Wünschen der Frau(en). Ganz klar wird geklärt, dass Doulas keine klinischen oder medizinischen Aufgaben durchführen; ihre Aufgabe ist es der Frau eine emotionale und physische Unterstützung zukommen zu lassen. Kommend fasse ich die Standards zusammen, nach denen sich die Absolventinnen nach der Doula-Ausbildung in Graz zu orientieren haben.

Geburtsdoulas – Birth Doulas

*‘A Doula empowers women to make informed choices and gives support rather than coaching.’
[Kitzinger 2005, 160]*

- Dienstleistungsumfang

Die Doula begleitet die Frau während der Geburt, leistet emotionale und physische Begleitung, schlägt hilfreiche Maßnahmen vor und unterstützt den Partner durch direkte Hilfestellung und bietet ihm Vorschläge zur Hilfestellung der Frau an. Wann immer möglich bietet die Doula sowohl vor als auch nach der Geburt emotionale Unterstützung. Dies inkludiert Erklärungen über Praktiken und Abläufe und die Unterstützung in der Wissensbeschaffung, die notwendig ist, um eine bestmöglich informierte Entscheidung über ihre Betreuung treffen zu können. Dazu gehört auch ein Wissensinput, um mit einem Arzt/einer Ärztin oder einer Hebamme gezielt Rücksprache halten zu können.

- Dienstleistungsbegrenzung

Die DiA Standards betreffen nur emotionale und physische Unterstützungen. Die DiA zertifizierte Doula führt keine klinischen oder medizinischen Aufgaben, wie das Messen von Blutdruck oder Temperatur, die Überprüfung kindlicher Herztöne, vaginale Untersuchungen oder klinische Betreuung nach der Geburt durch. Falls Doulas, die auch eine medizinische Ausbildung besitzen, sich entscheiden, ihren Klientinnen Dienste anzubieten, die außerhalb des Zuständigkeitsbereiches einer

Doula liegen, sollten sie sich gegenüber ihren Klientinnen und anderen nicht als Doula deklarieren. In diesem Fall sollten sie selbst eine andere Bezeichnung als den der „Doula“ bzw. „Geburtsbegleiterin“ anführen und Leistungen anbieten, die ihrer medizinischen Ausbildung entsprechen. Andererseits wäre es, falls sich eine medizinisch geschulte Person dazu entscheidet, ihre Dienste im Sinne des Zuständigkeitsbereiches der Doula zu limitieren, akzeptabel, sich strikt als „Doula“ zu definieren.

- Interessensvertretung

Die Doula vertritt die Wünsche ihrer Klientin entsprechend ihres Geburtsplanes, pränataler Konversationen und Diskussionen während der Geburt. Sie tut dies, indem sie ihre Klientin ermutigt, Fragen an Ärzte oder Hebammen zu stellen und ihre Wünsche und Ängste zu äußern. Die Doula hilft der Mutter Änderungen ihrer Pläne zu akzeptieren und zu integrieren, falls dazu die Notwendigkeit besteht und regt die Kommunikation zwischen Klientin und medizinischem Personal an. Klientinnen und Doulas müssen anerkennen, dass die Interessensvertretung nicht beinhaltet, dass die Doula für die Klientinnen spricht oder deren Entscheidungen trifft. Die Interessensvertretung wird am besten als Unterstützung, Information und Vermittlung zwischen den Geburtspartnerinnen beschrieben.

- Überweisungen

Klientinnen, deren Bedürfnisse den Zuständigkeitsbereich einer Doula überschreiten, verweist die Doula an entsprechende Stellen, wie z. B. an: PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen usw.

Die Doula soll eine kontinuierliche Betreuung für die Klientinnen sicherstellen, indem sie Vereinbarungen betreffend eines Back-ups mit anderen Doulas eingeht, etwa für den Fall, dass sie selbst nicht bei der Geburt anwesend sein kann.

Nachbetreuungs-doulas – Post Partum Doulas

Die Nachbetreuungs-doula unterscheidet sich von der Geburtsdoula darin, dass sie während der ersten Wochen nach der Geburt für die Mutter und ihre Familie in deren Zuhause sorgt. Die Doula leistet nicht-medizinische Unterstützung und Begleitung, sondern assistiert bei der Neugeborenenpflege und geschwisterlichen Neuorientierung sowie bei Essenszubereitung und Haushaltsorganisation. Die Doula bietet auf Erfahrung basierende Informationen betreffend Ernährung, emotionaler und physischer Erholung nach der Geburt und anderer spezifischer Themen

an. Die Doula führt, wie schon erwähnt, keine klinischen oder medizinischen Aufgaben, wie etwa Untersuchen der Mutter oder der Babys, Messen von Temperatur oder Blutdruck, oder jegliche andere Form postnataler klinischer Betreuung durch (vgl. Exkurs: Kraamverzorgende 4.1.6.). Das führt uns direkt zu dem Ethikcode der Doulas, welcher in Bezug auf Österreich untenstehend genauer beschrieben werden soll.

Spezielle Doula-Angebote

„Doula Craft“ ist Teil der Doula-Ausbildung. Gegen Ende der Schwangerschaft bieten viele Doulas Frauen die Gelegenheit an, einen Gipsbauchabdruck zu fertigen, welcher anschließend kunstvoll weiterverarbeitet werden kann. Bei Wunsch übernehmen Doulas das Aufbewahren der Plazenta, nicht zuletzt auch aus Gründen künstlerischer Verwertbarkeit (Trommelhauterzeugung etc.). Die Doula klärt Frauen über weitere Verarbeitungsmöglichkeiten der Plazenta auf (homoöpathisches Stärkungsmittel, Verkochung der Plazenta), die verschieden aufgenommen werden. Des Weiteren ist es auch möglich, die Nabelschnur als Gegenstand ähnlich künstlerischer Verarbeitungsmöglichkeiten zu sehen; voran ergibt sich die Möglichkeit, aus ihr ein Amulett zu fertigen.

2.4.5. Ethische Aspekte

Die ethischen Voraussetzungen einer Doula werden im deutschsprachigen Raum sehr ähnlich definiert und weisen daher in den jeweiligen Ländern auf keine großen Unterschiede hin. Jede Doula unterliegt diesem Ethikcode. Folgend werden Auszüge des österreichischen Ethikcodes von den DiA zusammengefasst.

Ethikcode

Genannter Ethikcode hilft mit Integrität zu praktizieren und anhand klar ethisch definierter Verantwortungen gegenüber Klientinnen, Kolleginnen, dem Berufsstand und der Gesellschaft zu verfahren. Er verlangt von Doulas die Einhaltung hoher Standards, persönlicher Integrität, professioneller Kompetenz und professioneller Berufsausübung. Dieser gilt sowohl für Geburtsdoulas als auch für Nachbetreuungsdoulas.

Verhaltenscodex

Die Doula soll einen Standard an persönlichem und professionellem Verhalten als Geburtsbegleiterin und Nachbetreuungsdoula einhalten. Was Kompetenz und professionelle Entwicklung betrifft, so soll

die Doula danach streben, in ihrer Praxis und der Ausübung von entsprechenden Funktionen kompetent zu werden und zu bleiben. Sie kann dies durch Fortbildungen, durch Selbsterfahrung und Supervision, durch Kontakt mit verwandten Organisationen und Zusammenarbeit mit anderen Geburtsbegleiterinnen erreichen.

Zum Thema Integrität: Die Doula soll im Einklang mit den höchsten Standards professioneller Integrität handeln, dass heißt, sie soll ehrlich, offen der Mutter gegenüber, verschwiegen anderen gegenüber und unbestechlich sein.

Ethische Verantwortung gegenüber den Klientinnen (Stichwortkatalog):

- Primäre Verantwortung – Die wichtigste Verantwortung der Doula ist die ihrer Klientin gegenüber. Sie fördert die maximale Selbstbestimmung der Klientin.
- Privatsphäre – Die Doula respektiert die Privatsphäre ihrer Klientin und behandelt alle Informationen, die sie im Zuge ihrer professionellen Leistung erfährt, vertraulich.
- Verpflichtung zur Berufsausübung – Die Doula soll jede einzelne Klientin, die eine Geburtsbegleitung will, entweder dadurch unterstützen, dass sie die Leistung selbst erbringt oder entsprechende Kontakte nach lokaler Kapazität herstellt.
- Zuverlässigkeit – Wenn die Doula der Zusammenarbeit mit einer bestimmten Klientin zustimmt, ist es ihre Verpflichtung, diese für die Dauer der vereinbarten Zeitspanne einzuhalten.
- Gebühren – Wenn eine Doula Gebühren festsetzt, soll sie sicherstellen, dass diese fair, begründbar, angemessen, im Einklang mit den erbrachten Leistungen und in Anbetracht der finanziellen Lage der Klientin zu zahlen sind.

III. METHODE

3.1. Datenerhebung

Um das zentrale Forschungsthema zu beantworten wurde die ethnografische Datenerhebung gewählt. Das Forschungsthema lautet wie folgt:

Welchen Stellenwert haben Doulas im aktuellen Geburtssystem in Österreich?

Daraus ergeben sich weitere Themenblöcke an weiterführenden Forschungsfragen, die in der vorliegenden Arbeit erörtert werden:

- Was ist eine Doula?
- Wie sieht der Tätigkeitsbereich einer Doula aus?
- Wie gestaltet sich die Ausbildung (Vergleich im deutschsprachigen Raum)?
- Welche Themen entstehen beim Einsatz mit Müttern, Vätern und Hebammen?
- Welchen Einfluss hat die Anwesenheit einer Doula auf die Gebärende?
- Welche Auswirkungen könnte eine Doula auf Frauen mit Migrationshintergrund haben?
- Welchen Stellenwert haben Doulas im aktuellen Geburtssystem in Österreich?

Im Fokus der Betrachtung stehen, Mütter, Väter, Hebammen und Doulas. Die Datenerhebung basiert auf qualitativer Methode, mittels teilstrukturierter, narrativer Leitfadeninterviews. Es wurden Interviews mit Einzelpersonen, sowie mit Gruppen (z. B. Hebamme und Doula oder Mütter und Väter) geführt und teilnehmende Beobachtung angewandt. Die Arbeit wurde ergänzt durch Literaturrecherche und -analyse zur Thematik.

Das qualitative Interview spielt eine wichtige Rolle in ethnographischen, auf teilnehmender Beobachtung basierenden Forschungsprojekten. Qualitative Interviews dienen der Ermittlung von Expertenwissen über das jeweilige Forschungsfeld [Hopf 2007, 350] und der Erfassung und Analyse der subjektiven Perspektive der Beobachteten.

Qualitative Forschung erhebt den Anspruch, Lebenswelten introspektiv zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen [Flick/Kardorff/Steinke 2007, 14]. Sie ist in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen häufig offener und dadurch „näher an den Fakten“

als andere Forschungsstrategien, die eher mit großen Zahlen und stark standardisierten, dadurch auch stärker objektivistischen Methoden und normativen Konzepten arbeiten.

Weiters wurden Dokumentenanalysen von Protokollen der Geburtskongresse in Graz 2006 und 2007, meinem London-Aufenthalt und der Begegnung mit Michel Odent und Liliana Lammers 2007, den Doula Ausbildungskursen 2007 offengelegt (siehe Literaturverzeichnis – Protokolle).

Ich erhebe keinesfalls den Anspruch, mit den hier vorgestellten Biographien (Interviews) einen im statistischen Sinne repräsentativen Überblick vorlegen zu können. Es ging mir vielmehr darum, einen möglichst authentischen, auch emotionalen Zugang von Müttern, Vätern, Doulas und Hebammen, und vor allem auch Frauen aus einer anderen Kultur, möglich zu machen. Unter Einhaltung der Richtlinien der „Good Scientific Practice – Ethik in Wissenschaft und Forschung“ wurde diese Arbeit erstellt.

3.1.1. Allgemeines zu den Interviews

Nach einem Leitfaden (siehe dazu Anhang A – Interviewleitfaden) führte ich teilstrukturierte und narrative Interviews durch. Im Durchschnitt dauerten die Interviews ein bis zwei Stunden und fanden in privaten Räumlichkeiten oder im öffentlichen Raum statt. Der Interviewleitfaden diente lediglich als Unterstützung während der Gesprächsführung. Nicht alle Themenbereiche waren für meine Interviewpartner gleich relevant, daher wurde der Leitfaden leicht modifiziert, je nachdem, ob ich Mütter, Väter, Doulas oder Hebammen interviewte. Narrative Gespräche wurden von mir nie unterbrochen, um neuen Zusammenhängen Platz zu bieten, die sich oft erst im Laufe der Gespräche herausstellten.

Um die Anonymität der Interviewpartner zu gewährleisten wurden die Namen der Interviewpartner im Einvernehmen geändert. Ein Telefoninterview mit dem Gesundheitsministerium wurde ebenso durchgeführt, welches ich aber nicht zu den vierundzwanzig Interviews zähle, da es nicht nach der qualitativen Analyse von Leitfadeninterviews nach C. Schmidt (siehe 3.2.1.) ausgearbeitet wird. Ein Telefoninterview wurde am 13.02.2009 über die rechtliche Situation der Doulas in Österreich mit der zuständigen ministeriellen Stelle geführt; namentlich mit Frau MMag. Ludmilla Gasser (siehe ausführlich dazu Kap. 4.1.9.).

Die Universität Wien stellte mir ein Forschungsstipendium für Berlin und ein KWA (kurzfristige wissenschaftliche Arbeiten im Ausland) für Zürich zur Verfügung, welches mir die Möglichkeit bot, Kontakte zu Doulas im deutschsprachigen Raum aufzunehmen und diese in Form von Interviews zu

vertiefen. Kontakt zu den InterviewpartnerInnen nahm ich meist via E-mail auf. Größtenteils bekam ich nach den Interviews weitere Kontaktmöglichkeiten durch das Netz der Doulas. Geplant waren zehn bis fünfzehn Interviews. Da mit jedem Interview mein Interesse an der Materie mehr und mehr wurde, und es im Laufe der Befragungen sehr einfach war, entsprechende Interviewpartner zu finden, wurden es letztlich vierundzwanzig Interviews. Im Anfangsstadium plante ich nur Doulas und Hebammen zur Thematik zu befragen. Erst später wurde mir bewusst, wie wichtig die Rolle der Mütter und Väter in diesem Zusammenhang ist, weshalb ich den Interviewleitfaden zu erweitern hatte.

In den vierundzwanzig Interviews, die im Zeitraum von 31. Januar 2008 bis 02. Juli 2008 durchgeführt wurden, befragte ich acht Mütter, vier Väter, acht Doulas und fünf Hebammen. Wobei eine Hebamme vor ihrer Ausbildung zur Hebamme als Doula arbeitete und sich selber sowohl Doula als auch Hebamme nennt. Unter den befragten Müttern waren vier österreichische Frauen, eine Brasilianerin, die sich seit zehn Jahren in der Schweiz aufhält, eine deutsche Frau, die seit vier Jahren in der Schweiz lebt, weiters eine Sudanessin, die seit fünf Jahren in Österreich zuhause ist, und eine US-Amerikanerin, die seit sieben Jahren in Österreich lebt. Sämtliche Interviews wurden in Deutsch geführt. Die Deutschkenntnisse sind je nach Aufenthaltsdauer als gut bzw. als mittelmässig einzustufen.

Aufgrund der geringen Datenmenge können die hier dargelegten Ergebnisse nicht als repräsentativ gewertet werden. Es können lediglich Tendenzen festgestellt werden, die jedoch erst durch weitere Erhebungen verifiziert werden müssten. Kompensiert konnte dieses Defizit damit werden, dass Expertisen, wie sie in analogen Kongress-Interviews vorliegen, interpoliert werden konnten.

3.1.2. Rolle als Feldforscherin

Meinen Zugang zum Feld habe ich im Herbst 2007 initiiert: Ich absolvierte zu diesem Zweck einen Vorbereitungskurs zur Doula in Graz. Die Vorgeschichte meines diesbezüglichen Erkenntnisinteresses lässt sich in wenigen Sätzen autobiographisch darlegen:

Als Krankenschwesternschülerin im Alter von achtzehn Jahren absolvierte ich ein Praktikum auf der Gynäkologischen Abteilung im Landeskrankenhaus Freistadt. Für mich war eine Geburt das größte Wunder des Lebens. Mit Zustimmung der Gebärenden und werdenden Väter verbrachte ich viele Stunden im Kreißaal. Frauen berichteten mir oft nach der Geburt, wie wichtig es war, in dieser existenziellen Situation nicht allein gelassen zu werden. Jede Geburt ist individuell und ich durfte

viele „Oxytozin-Ausschüttungen“ mit den Gebärenden und deren Partnern, falls werdende Väter anwesend waren, erleben. Bestärkt und beglückt durch diese Erfahrungen reifte in mir der Entschluss dieses so zentrale Lebensthema auf wissenschaftlichem Wege zu reflektieren.

Meine Forschungsfelder befanden sich in Österreich, Schwerpunkt Wien, aber auch in Berlin, Zürich und London. Ich verbrachte in diesem Zusammenhang viel Zeit mit werdenden Müttern, Vätern, Hebammen und Doulas unterschiedlicher kultureller Herkunft, die allesamt konstruktiv im Gespräch gewesen sind.

Bronislaw Malinowski, einer der Pioniere der *Feldforschung*, gilt als Begründer der Methode der teilnehmenden Beobachtung, die ein ebenso wichtiger Bestandteil meiner Forschung ist.

Die „teilnehmende Beobachtung“ hat folgenden Methodenansatz: Der Forscher nimmt am sozialen Leben der Gruppe von Menschen, die ihn interessieren, teil, beobachtet dieses und gibt Gespräche mit den Menschen, die er beobachtet, deskriptiv wieder [vgl. Lamnek 1995, 240 /vgl. Mayring 2002, 80].

„Feldforschung bedeutet empirische Forschung mit den Beteiligten der zu untersuchenden Kultur in deren Umfeld. Ihre Lebensweise, ihren Alltag, gilt es möglichst umfassend zu beobachten, mitzuerleben und festzuhalten“ [Wischmann 1999, 60].

3.2. Datenauswertung

Als Auswertungsverfahren der vierundzwanzig Interviews wurde das Software Programm MAXQDA2007 verwendet, welches eine große Unterstützung für die qualitative Analyse von Textdaten ist, um so eine systematische Auswertung und Interpretation der Interviews und Texte zu gewährleisten. Ergänzend dazu verwende ich die Analyse von Leitfadeninterviews nach Christiane Schmidt. Die Auswertungsstrategie lässt sich wie folgt darstellen [Schmidt 2007, 448]. Im Anschluss an die Analyse wird die empirische Datenerhebung nach hermeneutischer Tradition interpretiert [Gadamer 1986, 301ff].

Transkribiert wurden die Interviews meist gleich anschließend und nach allgemeinen Transkribierregeln, so wie die InformantInnen gesprochen hatten. Um entsprechende Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können, wurden alle Interviews codiert (siehe Anhang C).

3.2.1. Auswertung nach Christiane Schmidt

Materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien ist der erste Schritt nach Schmidt, worunter intensives und wiederholtes Lesen des Materials verstanden wird. Mit Material sind vollständig und wortwörtlich transkribierte Interviews gemeint. Ziel ist für jedes einzelne Interviewtranskript, die vorkommenden Themen und deren einzelne Aspekte, die sich – in einem sehr weiten Sinn – dem Zusammenhang der Fragestellung(en) zuordnen lassen, „zu notieren“ [Schmidt 2007, 449]. Die Interviews sollten bei der ersten Sichtung des Materials noch nicht vergleichend betrachtet werden. Als nächster Schritt werden die Entwürfe der Auswertungskategorien zu einem Codierleitfaden zusammengestellt. Unter Verwendung des Codierleitfadens wird nun jedes einzelne Interview eingeschätzt und klassifiziert, indem eine Zuordnung des Materials zu den Auswertungskategorien vorgenommen wird.

Im letzten Auswertungsschritt wird eine vertiefende Fallinterpretation angestrebt. Das Ziel liegt in der Formulierung neuer Hypothesen, in der Prüfung dieser am Einzelfall, in der Ausdifferenzierung begrifflicher Konzepte und schließlich in der Ausformulierung eines entsprechender theoretischen Konzepts.

3.2.3. Einteilung in Kategorien

Die vierundzwanzig Interviews, die unterschiedliche persönliche, intime, sehr individuelle Gespräche widerspiegeln, werden im sechsten Kapitel angeführt und resümierend dargestellt.

Aufgrund des Leitfadens und des vorhandenen Datenmaterials haben sich folgende Kategorien, Subkategorien für die Auswertung ergeben. Die Kategorien haben sich erst bei der Analyse des Textes ergeben. Die vier Gruppen Mütter, Väter, Doulas und Hebammen wurden in Kategorien, Subkategorien unterteilt, die sich aus dem Interviewmaterial ergeben haben.

Gruppe: Mütter	
Kategorien	Subkategorien
1. Erfahrungen mit Doulas	Positive Auswirkungen
2. Wünsche der Mütter	Nicht Allein Sein bei der Geburt
	Wunsch nach Privatsphäre

	Kontinuität der Geburtsbegleitung
	Post Partum Doula – Nachbetreuung
3. Ängste	Klinikalltag/Routinebetrieb
	Nähe-Distanz Verhalten
	Kaiserschnittbegleitungen
	Hausgeburt versus Klinikgeburt
4. Information	Informationsmangel
	Informationsflut
	Informationsmangel über Doula Arbeit
5. Woher kommt der Wunsch nach einer Doula-Begleitung?	
6. Vorstellung einer Doula-Begleitung	Doulas für Migrantinnen
7. Herausforderungen für Mütter mit Migrationshintergrund	Sprache
	Soziokulturelle Prägung
8. „Mothering the Mother“	Anwesenheit der Mutter bei der Geburt

Gruppe: Väter	
Kategorien	Subkategorien

1. Väter erleben die Geburt	Woher kam der Wunsch bei der Geburt dabei zu sein?
	Väter schildern ihre Geburtserlebnis(se)
	Inanspruchnahme und positive Beurteilung gegenüber Doulas
	Ablehnendes Verhalten gegenüber Doula-Begleitung
	Skepsis der Väter
	Konkurrenz zwischen Doula und Vater
	Gesellschaftlicher Druck
2. Väterliches Verhalten aus Sicht der Gebärenden	Geburtserlebnis(se)
	Der Wunsch nach einer Doula
3. Kulturelle Diversität	
4. Aus Sicht der Doula	
5. Aus Sicht der Hebamme	

Gruppe: Doulas	
Kategorien	Subkategorien

1. Birth Doulas	Schwerpunkte der Doulas: Vortreffen, Gespräche im Vorfeld
	Kontinuierliche Begleitung
2. Post Partum Doula	
3. Herausforderungen in der Praxis	Erfahrungen mit Hebammen – Spannungsfeld und Anerkennung
	Klare Abgrenzung im Tätigkeitsfeld
	Begleitpersonenanzahl im Kreißaal ist begrenzt
	Spannungsfeld und Auswirkung auf die Gebärende
4. Sozioökonomische Situation	Entlohnung
	Rufbereitschaft
	Durchschnittliche Begleitungen
	Werbung
5. Motivation	Das Argument – Doulas wollten ursprünglich Hebammen sein?
6. Erfahrungen mit Migrantinnen	Sprache
	Fremdes Gesundheitssystem
	Migrantinnen in der Doula Ausbildung

Gruppe: Hebammen	
Kategorien	Subkategorien

1. Erfahrungen mit Doulas	Akzeptanz und Anerkennung
2. Spannungsfeld Hebamme – Doula	Krankenhaushierarchien
	Klarer Tätigkeitsbereich
	Juristische Aspekte der Hebammen
3. Erfahrungen mit Migrantinnen	Erfahrungsberichte mit MigrantInnen
	Sprachliche Barriere
	Interkultureller Zugang zur Gebärenden
4. Ideen an Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Doulas	

IV. EMPIRIE

4.1. Ausbildung von Doulas und Anerkennung

In diesem Kapitel werden auf der Grundlage empirisch erhobener Daten die Ausbildungsmöglichkeiten (Module) im deutschsprachigen (Ö, D, Ost-CH) sowie im US-amerikanischen Raum kursorisch dargestellt und abschließend miteinander verglichen. Am Beispiel einer Doula-Ausbildung in London werden Unterschiede in der Ausbildung aufgezeigt und abschließend wird die Organisation „Kraamverzorgende“ aus den Niederlanden vorgestellt, da sie ein Paradigma staatlich organisierter Nachbetreuung darstellt.

4.1.1. Doulas in Österreich

Seit 2005 gibt es in Österreich eine Ausbildungsmöglichkeit zur Doula. Angelika Rodler, eine sehr engagierte Geburtsvorbereiterin, selbst Doula und fünffache Mutter, leitet die Ausbildung über das Eltern-Kind-Zentrum in Graz. Hier nun die Eckdaten:

Österreichisches Training für Doulas – Begleiterinnen rund um die Geburt

Voraussetzung:

- Eigene Geburten, Geduld, Ausdauer, Mütterlichkeit, Zeit für Rufbereitschaft

Aufnahmeverfahren:

- Motivationsschreiben, Lebenslauf

Themen der Ausbildung:

- Allgemeines – Was ist eine Doula?
- Ethikcode, Berufsbild, DiA¹⁹- Verein
- Arbeitsmarkt und juristische Situation
- Doulaprojekt Graz wird vorgestellt
- Die Doula in mir – Selbstreflexion, Erwartungen, Verantwortung und Grenzen
- Supervision
- Die Doula und die Gesellschaft – Vernetzung, Abgrenzung und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- Falldokumentation und Datenverarbeitung

¹⁹ DiA ist die Abkürzung für: Doula in Austria

- Sacred Space – Wie man eine heilige Atmosphäre für die Geburt schaffen kann
- Trauerbegleitung
- Spirituelle Geburtsbegleitung
- Rituale rund um die Geburt
- Doula Tools – kreative Erinnerungsstücke
- Ina May Gaskin Workshop für zwei Tage – Erzählungen und Erfahrungen
- DONA (Doulas in North America) – drei Tage Training

Entwicklung der Doula-Tätigkeit in Österreich

Seit 1993 gibt es ein gefördertes Doula-Projekt im Eltern-Kind-Zentrum in Graz. Von 2005 bis 2009 haben bereits über 130 Doulas entsprechende Ausbildungsblöcke besucht. Zertifiziert und aktiv sind weniger als die Hälfte dieser Doulas.

DiA-zertifizierte Doulas haben alle Voraussetzungen von Doulas in Austria erfüllt. Module dieses Zertifikates sind: Ausbildung zur Doula, DONA Training, einschlägiges Studium von Fachliteratur, Geburtsvorbereitungskurs, Geburtsbegleitungen und Selbsterfahrung. Alle drei Jahre muss eine Nachzertifizierung durchlaufen werden. Die einjährigen Kurse weisen hohe Teilnehmerzahlen auf, weshalb es auch jährlich Wartelisten gibt. Die Teilnehmerinnen, ausschließlich Frauen, kommen aus verschiedensten Berufsgruppen, darunter vereinzelt auch aus der Akademikerinnensparte.

Philosophie der Ausbildung in Graz

Die Teilnehmer der Ausbildung werden bereits zu Beginn der Kurse darauf aufmerksam gemacht, dass Pionierinnenarbeit zu leisten sei, dass sich zwar viel an Veränderungen und Wandel in den letzten Jahren ergeben habe, aber noch lange kein „gemachtes Nest“ für Doulas vorhanden sei. Ohne Pioniergeist, persönlichen Einsatz und Idealismus wird sich nichts bewegen. Vollen Lebensunterhalt durch die Doula-Arbeit zu verdienen war bis dato noch keiner einzigen Doula vergönnt.

Dies gründet aber nicht nur in der objektiv schwierigen Rechtslage, diesen Beruf überhaupt ergreifen zu können (siehe 4.1.8.), sondern auch im Paradoxon, dass eine zu penible, ja zu schulische Doula-Berufsausbildung – man denke im Vergleich dazu nur an entsprechende Hebammenausbildungen – den kreativen Kern einer angehenden Doula deformieren könnte. „Wenn der Schwerpunkt auf der Ausbildung der Doula liegt, dann ist das Doula-System eine verpasste Chance“, so Angelika Rodler in diesem Kontext [Protokoll Rodler 08.07.07]. Je besser eine Doula ausgebildet ist, umso geringer kann der Enthusiasmus sein, den sie am Beginn der Ausbildung in diese eingebracht hat. Ziel dieser Ausbildung kann und darf nicht sein, wie eine bürokratisierte Hebamme – getrieben vom Synergiebedürfnis, mehr mit den Ärzten als mit der Mutter kooperieren zu wollen [Protokoll Rodler

08.07.07] – zu agieren und zu funktionieren. Dass diese Argumentation nicht polemisch ist, sondern vielmehr auf Faktizität gründet, kann entsprechenden Befunden bei Klaus/Kennell und Kollegen entnommen werden [Sosa et al. 1980/Klaus et al. 1986 zit. nach Mander 2001].

Erleichtert kann aber eine entsprechende Differenzierungsfähigkeit in einer Doula-Ausbildung nur dann geschaffen werden, wenn die Schere, die zwischen freiberuflicher Doula und staatlich sanktionierter Hebamme aufgeht, nicht persönlich, sondern argumentativ begriffen wird: Sowohl die Doula als auch die Hebamme haben bezüglich differenter Zugeweisen auch entsprechend verschiedene Existenzberechtigung ihrer Berufsfelder aufzuweisen. In diesem Zusammenhang ist zu hinterfragen, ob Doula-Befürworterinnen, wenn sie für die Doula-Ausbildung im Sinne eines Initiationsweges, eines Empowerments etc. pathetisch Partei ergreifen, damit nicht auch eine negative Kontrastfolie zum Hebammenberuf schaffen. Abermals kann hier nur ein Appell an die Politik gerichtet werden, beide Berufe in Koexistenz gewähren zu lassen, wobei gerade die beginnende Situierung des Doula-Berufs nicht als feindlicher Akt gegenüber, sondern als kreative Herausforderung für den Hebammen-Beruf betrachtet werden sollte. Insofern können verschiedene Doula-Ausbildungen, wie sie unten angeführt werden, eine solche günstige Dialektik von Doula- und Hebammenkompetenz nur fördern.

Postpartum Doula-Ausbildung

Die Ausbildung zur Postpartum Doula wird erstmals 2010 angeboten; die basalen Schritte hierfür seien in Punktation angeführt:

- Selbstreflexion
- Physiologie und Psychologie der Wochenbettzeit
- Grundkenntnisse im Stillen und der Säuglingsernährung
- Baby heben, Baby tragen
- Babypflege und Babymassage
- Weiterführende Hilfsangebote kennen lernen
- Hühnersuppe & Co – Nahrung für Leib und Seele
- Ökologische Haushaltsführung
- Rechtliches und Amtswege rund um die Geburt
- Besondere Situationen, wie z. B. Frühchen
- Begrüßungsrituale, Babyfest und Namensgebung

Beginn: Ende Februar 2010 – Dauer: 120 Stunden – Kosten: € 1320,-

4.1.2. Doulas in Deutschland

In Deutschland gibt es zwei Ausbildungsmöglichkeiten zur Geburtsdoula. Seit 2005 läuft eine Schiene über die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung in Berlin und die zweite seit 2008 zur DONA-zertifizierten Doula in Freisbach (Rheinland-Pfalz).

Fortbildung für GfG²⁰ Geburtsvorbereiterinnen zur Geburtsdoula

Die wichtigsten Elemente seien hier ebenfalls in Punktation angeführt, um danach zur Philosophie der GfG eine Stellungnahme abgeben zu können.

Voraussetzungen:

- Mind. ein eigenes Geburtserlebnis
- Fünf Geburten begleiten und dokumentieren
- Mindestalter: 30 Jahre
- Körperliche und seelische Belastbarkeit
- Durchhaltevermögen und Zuverlässigkeit

Aufnahmeverfahren:

- Persönliches Gespräch

Kursbegleitend:

- Hospitation in einem Geburtsvorbereitungskurs
- Hospitation in einem Kurs Familienbegleitung, Still- oder Müttergruppe
- Literaturstudium
- Referat zu einem ausgewählten Thema
- Beantworten eines medizinischen Fragenbogens
- Miterleben von sechs Geburten als Doula und Dokumentation
- Weiterbildungspflicht nach Abschluss der Ausbildung

Themen der Ausbildung:

- Motivation, Erwartungen, Selbstreflexion
- Physiologische Grundkenntnisse von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Körperliche und seelische Entwicklung des Kindes im Mutterleib
- Umgang mit Schmerz und Methoden der Schmerzlinderung
- Entspannungstechniken, Visualisierung und Körperarbeit
- Physische und psychische Unterstützung der Frau/des Paares während der Geburt
- Methoden der Reproduktionsmedizin
- Tod am Lebensanfang/Behinderung

²⁰ GfG=Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit – Bundesverband e.V.

- Rituale rund um die Geburt
- Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zur Geburtsbegleitung durch die Doula
- Gesprächsführung, Vor- und Nachgespräch
- Organisation der Arbeit als Doula

Philosophie der Ausbildung über die GfG

Die GfG initiierte im Jahre 2005 ein Doula-Modul, wobei es die Voraussetzung war, bereits die Geburtsvorbereiterinnen-Ausbildung absolviert zu haben. Seit 2005 haben drei weitere Doula-Kurse stattgefunden, wobei der Ausbildungsfokus auf Einzelbegleitungen gelegt wurde. Auf die eigene Biografie und eigene Geburtserlebnisse wird sehr viel Wert gelegt, so eine der entsprechenden Referenzpersonen, Anke Derman, die die Introspektion oder basale Selbstreflexion zur Bedingung der Ausbildung macht:

„Ich glaube als Doula muss man viel über sich selber wissen, dass man sich einfühlen kann in den anderen und nicht seine eigenen Geschichten da mit reinbringt. Das wird man immer machen, aber man muss es wissen, dass man es macht, es wenigstens erkennen.“ [C3D/57 58]

Zusätzlich wird im Ausbildungspaket von Anke Derman großer Wert darauf gelegt, diese Selbstreflexion nicht nur intellektuell, sondern auch emotional intuitiv durch das Medium des Rollenspiels zu erfahren:

„Mir ist in der Ausbildung sehr wichtig, dass die angehenden Doulas mit ihrer Angst umgehen können, also keine Angst haben in diesen Situationen, also dass etwas schiefgehen kann. So eine Art inneres Gottvertrauen. Und ich glaube, deshalb ist es auch ganz wichtig, die eigenen Geburten und die eigenen Erfahrungen mit den Geburten sich anzugucken, damit da nicht hinterrücks unter der Begleitung was aus der eigenen Geschichte mitgeht. Das heißt, in der Ausbildung ist schon auch viel Selbsterfahrungsanteil dabei.“ [C3D/54 56]

Deutsche Ausbildung zur DONA-zertifizierten Doula

Voraussetzung:

- Eigene Geburten

Themen der Ausbildung:

- Möglichkeiten in Deutschland als Doula „offiziell“ zu arbeiten
- Persönliche und individuelle Vorbereitung der Frauen auf die Geburt
- Logo, Visitenkarten, Flyer, Website
- Wie machen ich mich in meinem Umfeld bekannt?
- Die Doula in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett

- Die Rolle der werdenden Väter
- Unterstützungsmöglichkeiten während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Techniken/Positionen/Anregungen/Massagen zur Erleichterung der Wehen
- Unterstützungsmöglichkeiten nach Vergabe von Schmerzmitteln oder PDA
- Begleitung von Kaiserschnittgeburten
- Begleitung bei Totgeburt/Fehlgeburt
- Ethikcode und Arbeitsweise einer Doula
- Zusammenarbeit Doula-Hebammen- Arzt
- Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft
- Nutzen und Risiken von Vorsorgeuntersuchungen und Pränataldiagnostik
- Schwangerschaft, Geburt und Stillen in den unterschiedlichen Kulturen

Der erste DONA Doula-Ausbildung fand 2008 statt und die zweite Doula-Ausbildung schloss im September 2009 ab. Angelehnt ist dieses Modul offensichtlich an das DONA Modell. Die Ausbildungsleiterin hat in Österreich die Ausbildung gemacht. Die Teilnehmerinnen haben die Möglichkeit, sich über DONA International zertifizieren zu lassen oder die deutsche Zertifizierung zur DiD-Doula (DiD= Doulas in Deutschland e.V.) zu absolvieren. Alle zwei Jahre wird eine Fortbildung für alle ausgebildeten Doulas organisiert.

4.1.3. Doulas in der Schweiz

Ausbildungsmöglichkeit ist in der Ostschweiz vorhanden. In der Westschweiz gibt es weniger Doulas, diese aber wiederum sind in ihrer Arbeit dem französischen Modell verpflichtet.

Voraussetzungen:

- Gebärfahrung von mindestens einer Geburt (Spontangeburt oder Kaiserschnitt)
- Körperliche und seelische Belastbarkeit
- Teamfähigkeit
- Durchhaltevermögen
- Flexibilität
- Internetanschluss
- Fremdsprachen-Kenntnisse willkommen

Aufnahmeverfahren:

- Teilnahme an einer Infoveranstaltung und Aufnahmegespräch in einer kleinen Gruppe

Themen der Ausbildung:

- Physiologie von Schwangerschaft und Geburt
- Unterstützung während der Geburt, Wochenbett & Stillen
- Abschied & Trauer

- Kommunikation
- Selbstständigkeit als Doula
- Marketing und Recht
- Rituale und künstlerisches Gestalten rund um die Geburt
- Frausein & Weiblichkeit heute

Kursbegleitend:

- Hospitation eines Geburtsvorbereitungskurses sowie einer Still- und Müttergruppe
- Zwei Geburten begleiten und dokumentieren
- Lesen von Fachliteratur
- Eigenes Thema erarbeiten und vorstellen
- Lerngruppentreffen zwischen den Blöcken
- E-Learning Plattform

Am längsten gibt es die Doula-Ausbildung in der Schweiz. So fanden die ersten Doula-Kurse 1996 statt. Christina Hurst-Prager hält die Kurse. Ihr Wissen über die Doula-Tätigkeit geht auf ihren langjährigen Aufenthalt in den USA und ihre Begegnung mit Klaus zurück, die zuvor schon als Referenzpersonen mit entsprechender Literatur angeführt wurden. Zum Kurs nochmals selbst: Dieser wird in den darauf folgenden drei Jahren noch einmal abgehalten. 2001 findet der erste Doula - Grundkurs statt, der mittlerweile jährlich mit mindestens zehn Frauen startet. 2006 wurde der Verband Doula CH gegründet.

Philosophie der Ausbildung über Verband Doula CH

Im Interview mit der Ausbildungsleiterin in der Schweiz, Michèle Birchler, kann zusammengefasst werden, dass „zuhaus mit fundierten Unterlagen“ ein Selbststudium begonnen werden kann. Nach ihr geht es ,in dieser Phase darum, Themen zu erarbeiten und ein diesen Themen korrespondierendes Lesestudium aufzunehmen. Diese so vorbereiteten Themen werden dann zu einem späteren Zeitpunkt in der Gruppe vorgetragen. Weiterführende Statements von Birchler wie folgt:

„Ich glaube, es ist auch eine Lebenseinstellung! Das sage ich oft: Wir sind dann in mehreren Lebensbereichen Doulas. Das glaube ich. Die Frauen, die dann zu Informationsveranstaltungen kommen, denen sage ich dann auch, im Grunde seit ihr alle Doulas, nur ihr wisst es nur noch nicht. Und fangt an, fangt an, die Idee rauszutragen. Oder fangt an eure Freundinnen zu begleiten. Weil es ganz einfach etwas ganz Schönes ist für beide Seiten.“ [C4D/82 84]

„Wir sehen das DONA Zertifikat nicht als den Maßstab aller Dinge an. Wir sind immer das was wir sind. Ob wir DONA zertifiziert sind oder Doula.ch. Es ist denk ich egal, wenn wir uns gut als Doula einbringen, dann sind wir Doulas.“ [C4/D 104 105]

4.1.4. DONA²¹-Ausbildung

DONA bietet eine fundierte Ausbildung zur Doula an. Auch die Ausbildung der deutschen Doulas wurde von einer Trainerin von DONA, Debra Pascalli-Bonaro, geleitet, die Mitbegründerin von DONA ist und seit über fünfundzwanzig Jahren als Doula arbeitet.

Seit Dezember 2004 nennt DONA sich DONA-International mit dem klar definierten Ziel, über die USA hinaus Doula Zertifizierungen anzubieten. Dadurch haben alle, die den DONA Workshop bei Debra Pascalli-Bonaro oder einer ihrer Vertreterinnen absolvierten, die Möglichkeit sich auch international über den Verband zertifizieren zu lassen. Die Ausbildung verfährt nach den Richtlinien von DONA International, der größten US-amerikanischen Doula-Pionierorganisation. Sie umfasst einerseits praktische Anleitungen, Tipps und Tricks, die für werdende Mütter, Gebärende und Wöchnerinnen nützlich sein können, von Massagegriffen bis zur Wirkung von Aromaölen, aber andererseits auch wissenschaftliche Erkenntnisse rund ums Gebären. Die DONA-Ausbildung ist eher auf praktische Aspekte rund um die Geburt ausgerichtet. Auf Selbsterfahrung und Selbstreflexion wird in dieser Schule aber nicht weniger eingegangen. Die wissenschaftliche Ausbildung wird nicht zuletzt durch ein komparatistisches Referat zu ausgewählter Literatur (in der Regel vier Referenzbücher) gefördert. Eine DONA-Doula soll mindestens drei Frauen begleiten und dokumentieren. Im Anschluss an das Zertifikat muss nach jeder dreijährigen Praxis jeweils eine Fortbildung besucht und absolviert werden, um das Zertifikat erneuern zu können.

Geburtserlebnisse als Voraussetzung zur Doula

Die meisten Doulas haben eigene Geburtserlebnisse hinter sich. Eine Frau, die schon einmal ein Kind zur Welt gebracht hat, weiß aus eigener Erfahrung, was eine andere Frau während der Geburt durchlebt und kann ihr mit dem entsprechenden Einfühlungsvermögen begegnen. Doch ist die eigene Geburtserfahrung nicht obligatorisch. Es gibt Frauen, die selbst noch nicht Mutter sind und sich dennoch als sehr feinfühliges Geburtsbegleiterinnen erwiesen haben. Die seelische und biologische Verwandtschaft durch das Frau-Sein prägen ihren Umgang mit der gebärenden Frau, auch wenn sie selbst noch keine Geburt durchlebt hat. Dieser Zugang wird von Klaus und Kennell wie von DONA vertreten.

²¹ DONA = Abk. f. Doulas of North America

In Deutschland und der Schweiz sind eigene Geburtsverhältnisse allerdings Voraussetzung.

„Für mich als Ausbilderin der Doulas sind eigene Geburtserlebnisse Voraussetzung. Da hab ich schon viele Wortmeldungen bekommen, von wegen, das ist diskriminierend, aber ich glaube, es war historisch gesehen immer so, dass das die Frauen mit Erfahrung waren und nicht Frauen, die noch keine Kinder haben und noch ganz jung sind. Und ich glaube, dass ist ein ganz wichtiger Aspekt.“
[C2D/34 36]

Etwas offener ist die Ausbildung in Graz diesbezüglich. Es gab mittlerweile drei Doulas in Ausbildung ohne eigene Geburtserlebnisse.

Wie wichtig sind eigene Geburtserlebnisse der Doula für die Gebärende:

„Aber des is a net wichtig. Weil die kann schon a Empathie und Einfühlungsvermögen haben, allein schon wenn ich die Frau ernst nehm, die da ist.“ [C18MoD/21]

Die Tatsache Kinder geboren zu haben ist keine Sicherheit oder Bestätigung an sich, während des Geburtseignisses einer anderen Frau jederzeit optimal begleiten zu können. Selbstreflexion etwa in Momenten einer Krisis der Gebärenden einzubringen, ist jeder Frau a priori genau so möglich wie auch unmöglich. Eine entsprechende Erwartungshaltung zu suboptimieren ist vielleicht der erste Schritt zu einer Optimierung der Situation an sich, wie eine anonymisierte Interviewte aufzeigt:

„Die Hebamme war noch sehr jung. Aber bei ihr hat mich das gar nicht gestört, ich war sehr zufrieden mit ihr, weil ich das Gefühl hatte, sie ist erstens einmal auf meiner Wellenlänge und sie macht es wie ich es will und versucht mich nicht in irgendeine Schiene zu drängen. Und sie hat es für mich technisch perfekt gemacht. Und da war es für mich wichtiger, dass die Hebamme auf meiner Wellenlänge war.“
[C14MoD/40 41]

Die Ausnahme von der Regel: Männer als Doulas

In den WHO Richtlinien 1996 unter Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit/Family and Reproductive Health, unter Punkt 2.5. Beistand während der Geburt, wird die Doula als eine weibliche Betreuungsperson beschrieben.

Im deutschsprachigen Raum ist die Doula-Ausbildung ausschließlich Frauen vorbehalten, wobei in Österreich in fast jedem Lehrgang eine Ausnahme gemacht wurde. DONA gibt auch Männern und Teenagern (zum Themenbereich Teenager siehe nächster Punkt) die Chance einer Doula-Ausbildung. Allerdings hält sich der Männeranteil sehr in Grenzen. Von einer Freundin aus Seattle, die eine „male Doula“ kennt, weiß ich, dass es sich ursprünglich um eine Geschwister-Geburtsbegleitung handelte. Der Bruder unterstützte die Schwester bei der Geburt und machte dann die Doula-Ausbildung.

Ergänzend soll in diesem Kontext angeführt werden, dass es keine männlichen Hebammen in Österreich gibt. Seit 1985 dürfen in Deutschland und in Österreich auch Männer den Beruf einer Hebamme ausführen; deren offizielle Berufsbezeichnung lautet dann *Entbindungspfleger*. In Österreich aber ist die Berufsbezeichnung *Hebamme* auch für Männer gesetzlich vorgesehen. In Deutschland gibt es (Stand: 2009) nicht mehr als drei praktizierende männliche Entbindungspfleger. In Belgien sind es zehn.²²

Gynäkologen und Geburtshelfer sind jedoch in überwiegender Mehrzahl Männer. Die Geburtshilfe entwickelte sich in den letzten fünfhundert Jahren von einer nachbarschaftlichen Hilfeleistung zu einer Profession und ging gleichzeitig von „Frauenhänden“ in „Männerhände“ über [Büchse 2001, 70]. Während männliche Wissenschaftler und Geburtshelfer Normen zur Kontrollierung des Geburtsgeschehens aufstellten, wurden Hebammen zu ihren Assistentinnen [ebd.], man könnte auch polemisch sagen: zu deren Mitwissern.

Wie in einem früheren Kapitel referiert, gibt es traditionelle und technologisierte Geburtssysteme; selbstredend ist im ersteren der Geburtsprozess durch enge soziale Beziehungen unter den Frauen, insbesondere auch zu den Geburtsbetreuerinnen und den Hebammen, geprägt. In dieser semimatriachalen Systematik ist der Ehemann nur indirekt an der Geburt beteiligt, es ist hier etwa an spezifische Hilfeleistungen wie Tragen, Heben der Gebärenden, Einkauf etc. zu denken. Er überschreitet also nicht den inneren Kreis der Frauen, er hält sich an das ungeschriebene Gesetz der Liminalität. Forciert ist die Rolle des Mannes aber als Doula in einem anderen traditionellen Geburtssystem, nämlich in der Maori-Gesellschaft: Aus den Feldforschungen von Christine Binder-Fritz geht hervor, dass in Neuseeland, in der traditionellen Maori-Gesellschaft, sowohl Frauen wie Männer als Geburtshelfer fungieren können. Männer übernehmen insofern eine wichtige Rolle bei der Geburt, da sie in ihrer Funktion des Kindesvaters oder Großvaters aktiv als Geburtshelfer tätig sind [Binder-Fritz 1991, 398]. Es musste aber nicht immer ein männliches Familienmitglied sein, es konnte auch ein anderer Mann des „tribes“ die Funktion des Geburtshelfers ausüben, wenn er darin genug Erfahrung hatte [ebd.].

Dieser dienenden Funktion des Mannes steht im Gegenteil zum technologisierten System der Mann in seiner Funktion als Arzt neben dem zu gebärenden Kind im Mittelpunkt des Geburtsgeschehens, wobei seine Rolle selbstredend nicht die einer Doula ist; vielmehr nimmt er die medizinischen Verfahrenstechniken auf, die fast zu einer Ausgrenzung der Gebärenden führen.

²² <<http://de.wikipedia.org/wiki/Hebamme>> [22.11.09/19:03] Zit. nach: ‚Du bist nicht das, was sie erwarten‘. In: Hebammenforum. ISSN 1611-4566, 619 – 622.

Teenager in der Doula-Ausbildung

DONA International hat keine Restriktionen bezüglich Teenagern in der Doula-Ausbildung, solange das Ausbildungsprofil anpassungsfähig ist, Empathie vorhanden ist wie der ausdrückliche Wunsch, schwangere Frauen zu begleiten. Im deutschsprachigen Raum gibt es meist eine Altersrestriktion von 25 bis 30 Jahren. In Österreich ist das biologisch-exklusive Datum schlagend: Sobald eine Frau geboren hat, kann sie Doula werden.

Als ein „Teenager“ bzw. Jugendlicher wird im bürgerlichen österreichischen Recht eine Person bezeichnet, die 14 bis noch nicht 19 Jahre alt ist. Der im Jahre 2001 von der UNICEF erarbeitete Innocenti Report stellt uns sehr gute internationale Daten zum Thema Jugendschwangerschaft zur Verfügung. 1.250.000 Mädchen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren werden jährlich in den 28 OECD-Staaten schwanger, ca. 500.000 beenden die Schwangerschaft mit einem Abortus, 750.000 Mädchen werden zu so genannten Teenager-Müttern. Dabei zeigt sich, dass gerade in sehr stark entwickelten Industrienationen wie USA und Großbritannien die Geburtenrate unter Teenagern sehr hoch ist (USA 5,2 %, UK 3,1 %), in Ländern wie Japan oder unserem Nachbarland, der Schweiz, sind im Vergleich dazu die Raten als niedrig einzuschätzen (Japan 0,5 %, Schweiz 0,6 %). In Österreich beträgt die durchschnittliche Geburtenrate bei Teenagern 1,4 %, das sind ca. 4 Prozent der gebärenden Mütter in Wien unter 19 Jahren [I-Artikel/Mahrhofer 2006, 62].

Die Betreuung und Beratung von schwangeren Mädchen erfordert einen völlig anderen Zugang als bei Frauen über 19 Jahren. Die Fachliteratur zeigt, dass Mütter im Teenager-Alter verhältnismäßig öfter aus zerrütteten Familienverhältnissen kommen, oft alleinstehend sind, Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen hinter sich haben, keinen oder niedrigen Schulabschluss aufweisen können und weniger berufliche Perspektiven vorfinden können. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass es schwierig ist, diese Mädchen mit institutionalisierten Beratungs- und Betreuungsangeboten anzusprechen. Hier würde sich eine Doula-Begleitung anbieten. Ob eine ebenso junge Teenager-Doula besseren Zugang zu ihrer gleichaltrigen Freundin hat oder nicht, sei hier dahingestellt.

Eine Doula berichtet von einer Teenager-Doula-Begleitung:

„Ich hatte einmal eine Begleitung, ein neunzehnjähriges Mädchen. Und die hatte einen Freund, mit dem eigentlich so gut wie Schluss war, aber sie war der Meinung, gerade weil Schluss ist und wenn er nicht bei der Geburt dabei ist, dann wird er sich nie um das Kind kümmern und nie eine Vaterfunktion einnehmen. Und der junge Mann war so weit weg vom Thema Geburt, dass er sich tatsächlich in den Kreißsaal gesetzt hat und Gameboy gespielt hat.“ [C2D/81 83]

„Ich weiß nur aus meiner eigenen Erfahrung, ich hab einmal eine Hebamme gehabt, die wesentlich jünger war wie ich. Jetzt kriegen Frauen wesentlich später Kinder. Ich hatte da ein Problem, wenn die Hebamme vom Alter her übertriebenerweise mein Kind sein könnte, da kann dann ja auch kein Vertrauen aufkommen oder eben viel, viel schwerer. Ich denk, dazu braucht man schon so eine frauliche [...]Weisheit, dass man auch zulassen kann, Frau zu sein. Ich hab halt gemerkt, dass Geburt so ein Prozess zum Frausein ist, dass ich mich bei meinen eigenen Geburten immer weiterentwickelt hab und dass ich so immer mehr so in mein Frausein reingekommen bin.“ [C3D/25 28]

Mothering the Mother

“The modern birth doula is a manifestation of the woman beside the mother” [23].

Doulas sind erfahren darin, einer Gebärenden emotionale und körperliche Unterstützung zu geben. Eine Doula wird oft als Frau beschrieben, die „die Mutter bemuttert“, „Mothering the Mother“.

„Es war in meiner Erfahrung so, ich hab eher diese Frauen begleitet, die so diese späten klassischen Erstgebärenden waren, also sprich Anfang 40 – erstes Kind. Und das stell ich mir für eine 25jährige total schwierig vor. Also die zu bemuttern, wenn man denkt – Mothering the Mother, dann kann das unter Umständen schwierig werden. Ich hatte da ganz viele Diskussionen mit einer Kollegin aus Paris, die meinte, mein Modell ist eher dieser mütterliche Doula-Ansatz und das andere ist eher so ein schwesterlicher Doula-Ansatz, der ja ebenso total wichtig und wertvoll sein kann, aber irgendwie ist mir das sehr wichtig.“ [C2D/38 41]

Viele Frauen wünschen sich keine Bemutterung, sondern Verständnis von Frau zu Frau und daher eine eher schwesterliche Hilfe [Kitzinger 1998, 185]. Qualifizierte Kritik an diesem Terminus „Mothering the Mother“ übt Mander 2001, 115.

‘This term, by suggesting that the woman in labour is less than fully adult, carries overtones of condescension and "maternalism". I suggest that this attitude may not be entirely appropriate towards a woman undergoing the transition to parenthood.’

Näheres zu diesem Thema unter 4.2.7.

4.1.5. Ausbildung in London (persönlicher Erfahrungsbericht)

Im Juli 2007 war ich im Zuge einer Auslandsexkursion für eine Woche in London und bekam die Möglichkeit geboten an einem Tag eines dreitägigen Doula-Kurses von Paramama Doula Course teilnehmen zu können, der unter der Leitung von Michel Odent und Liliana Lammers abgehalten wurde. Michel Odent, ein Gynäkologe und Revolutionär der sanften Geburt, referierte drei Tage,

²³ <http://www.dona.org/publications/position_paper_birth.php> [23.10.09/12:19]

sekundiert von Liliana Lammers, einer sehr erfahrenden Doula, die seine Theorireflexionen mit Beispielen aus der Praxis ergänzte.

Zum Kurs selbst: Von 25 Teilnehmern hatten die Hälfte keine eigenen Geburtserlebnisse und waren unter 30 Jahre alt. Sehr spannend fand ich im Gespräch mit Liliana Lammers folgende Aussage:

„We are not like the American Doulas, they are active and busy Doulas. We are more the silent Doulas. We are sitting in a corner and knitting“ [Protokoll Odent 15.07.07].

Diese Aussage impliziert, dass es zwei komplett unterschiedliche Zugänge zur Ausbildung gibt. Vielleicht liegt der Grund darin, dass in England jede physiologisch verlaufende Geburt von einer Hebamme betreut wird; nur wenn das Geschehen pathologisch wird, wird ein Arzt hinzugezogen.

Lammers ist überzeugt davon, dass es am besten für die werdende Mutter ist, wenn die Geburtshelferin oder der Geburtshelfer sich so lange im Hintergrund hält und „ein Buch liest“ oder „strickt“, bis das Kind kommt. Die Doula hält sich aber ansonsten - zumindest in Großbritannien, in den Vereinigten Staaten ist es anders - im Hintergrund.

Odent ist der Meinung, dass das Vertrauen in die Frauen selber ein wichtiger Aspekt ist. Eine gesunde Frau kann ein gesundes Kind haben. Ein spontaner, physiologischer Geburtsprozess kann nicht verbessert werden, im Gegenteil: er kann nur gestört werden. Die technischen Hilfsmittel können sehr wichtig sein, sind aber nur ganz selten nötig. Keine Maschine ist auf der Höhe der biologischen Intelligenz des weiblichen Körpers. Geburt ohne Technologie heißt, die Sicherheit in sich selbst zu suchen, nicht außerhalb von sich. Die starken Möglichkeiten des eigenen Körpers wieder kennen zu lernen und sie zu aktivieren ist daher das eigentliche Ziel [Schmidt, Hebamme].²⁴ Odent betonte mehrmals die Hauptaufgaben einer Doula:

‘If you feel? intuitive knowledge that doctors don’t have. You are special and your duty is to participate of a new awareness. Be Bi-lingual. Use your heart and intuitive knowledge and instinctive knowledge’ [Protokoll Odent 15.07.07].

Sheila Kitzinger fasst die Situation in England zusammen:

„In the UK, doula organizations have mushroomed and each has its own approach. But to become recognized by Doula UK, a woman needs to sign a statement about the philosophy and Code of Practice, submit four client response forms concerning birth she has attended or postnatal work she has done, and then be interviewed on a one-to-one basis by an assessor, who is herself an experienced doula“ [Kitzinger 2005, 161].

²⁴ < <http://www.hebammenzentrum.at/> > [26.10.09/19:19]

4.1.6. Wochenbettpflegerin in Holland: die Kraamverzorgende²⁵

Der Exkurs über Holland wurde gewählt, um ein Gesundheitssystem anhand eines staatlich organisierten Nachbetreuungsmodells zu exemplifizieren.

Das niederländische Gesundheitswesen stellt folgendes Leistungsangebot für Familien mit Neugeborenen zur Verfügung: Die Wochenbetthelferin oder *kraamverzorgende*, *kraamhulp* versorgt für einen Zeitraum von acht bis zehn Tagen nach der Geburt Neugeborenes, Mutter, Familie und Haushalt. Die *kraamhulp* assistiert der Hebamme bzw. dem Arzt bei der Hausgeburt, überwacht und versorgt Mutter und Kind eine Woche lang. Sie beurteilt das seelische und körperliche Wohlbefinden und leistet Hilfestellungen beim Duschen und Waschen. Sie versorgt und kontrolliert das Neugeborene auf Körpertemperatur, Hautfarbe und Atemfrequenz, Nabel und Gewicht des Neugeborenen. Wenn die Geburt zu Hause ²⁶ bzw. im Krankenhaus gut verlaufen ist, steht dann für mehrere Stunden täglich ein ausgedehntes und intensives System von integrierter häuslicher Versorgung zur Verfügung. Die Mutter kann sich voll und ganz auf die Betreuung ihres Neugeborenen konzentrieren.

Das Angebot konzentriert sich aber nicht nur auf den Zeitraum während oder nach der Geburt, sondern ist schon in ihren Vorläufen gegeben: Mehrere Monate vor der Entbindung lernt die schwangere Frau eine *Kraamverzorgende* kennen, die mit der Familie anhand ihrer Wünsche und Erwartungen bespricht, wie sich die Betreuungszeit gestalten soll.

Medizinisch ist die *kraamhulp* – derer gibt es in den Niederlanden ca. 4500 [Brezinka 1998, 75ff] – dazu berechtigt, bei der Mutter den Fundusstand des Uterus, den Wochenfluss, Puls und Blutdruck zu kontrollieren, die Trink- und Stuhlgewohnheiten des Kindes zu protokollieren und über das Stillen Buch zu führen. Weitere Tätigkeiten sind Beobachtung, Beratung und Anleitung bezüglich des Stillens, positiver Schlafumgebung, Sicherheitsvorkehrungen, Beratung in Sachen Hygiene, gesunde

²⁵ Der Name ‚*kraamhulp*‘ bezieht sich auf die Wochenpflege, die ‚*kraamverzorgende*‘ ist die Wochenbett-pflegerin. Beide Begriffe ‚*kraamhulp*‘ oder ‚*kraamzorg*‘ werden synonym verwendet [Brezinka 1998, 75].

²⁶ Das Wesen des niederländischen Versorgungssystems und die dominierende Stellung der Hebamme machen es möglich, dass die Anzahl der Hausgeburten bei 31% konstant gehalten werden kann. Das „Hausgeburts-Phänomen“, dass in einem sonst in jeder Hinsicht zivilisierten, modernisierten und mit allen Segnungen der modernen Elektronik und der Medizin ausgestatteten Land ein Drittel der Kinder mit Hilfe einer Hebamme zu Hause auf die Welt kommt, weckt Argwohn, Skepsis, aber auch Begeisterung. Andererseits kommen zwei Drittel der niederländischen Kinder in Krankenhäusern zur Welt, die Gynäkologen der Niederlande sind wissenschaftlich und klinisch weltweit anerkannt im Spitzenfeld [Brezinka 1998, 4].

Ernährung, Erkennen von Problemen beim Neugeborenen. Hauswirtschaftliche Aufgaben macht sie nach Absprache mit den Eltern, z.B. Wäsche machen, Mittagessen kochen, das Kinderzimmer richten. Die *kraamverzorgende* kocht Kaffee für Besucher, die auf *kraamvisite* kommen und komplimentiert diese Besucher wieder hinaus, wenn diese Begegnungen für die junge Mutter zu anstrengend wird. Nur mit dem Hund spazieren gehen muss die *kraamhulp* nicht, das ist in einer Informationsbroschüre der Berufsberatung, die den Beruf für Mädchen attraktiver machen soll, unfreiwillig ironischer Weise eigens vermerkt.

Bei allen ihren Tätigkeiten ist die *kraamverzorgende* einer Hebamme unterstellt, tauscht sich während der regelmäßig stattfindenden *kraamvisiten* aus und erstattet bei diesen Besuchen der Hebamme Bericht. Über den Betreuungszeitraum der *kraamverzorgenden* hinaus besteht dann für die Wöchnerinnen wieder die Möglichkeit, die Hebamme zu kontaktieren. Dieser Anspruch gilt bis zum Ende der Stillzeit und ggf. darüber hinaus. Nach acht Tagen Arbeit verabschiedet sie sich, hat vier Tage frei und muss sich dann zum Einsatz bei der nächsten Familie bereithalten. Bei Hausgeburten wird erwartet, dass die *kraamhulp* auch nachts innerhalb von dreißig Minuten bei der zugewiesenen Familie zur Stelle ist [ebd.].

Im Jahr 1995 erhielten 160.000 Frauen *kraamhulp*, d. h. praktisch alle jene Frauen, die nicht aus medizinischen Gründen die Zeit nach der Geburt im Krankenhaus zubrachten. Allerdings werden die Dienste der *kraamhulp*, selbst wenn sie gratis sind, bei türkischen und marokkanischen Familien weit weniger in Anspruch genommen als bei einheimisch holländischen Familien. Leider sind dazu keine aktuellen Zahlen eruierbar.

Auch bei „Hausgeburten außerhalb des Hauses“ arbeitet die *kraamhulp* mit. In Rotterdam wurde das bankrotte Flughafenhotel von der städtischen Hauskrankenpflege *Thuiszorg Rotterdam* übernommen und in ein Wochenbetthotel (*Kraamzorghotel*) umgewandelt. Hierhin werden üblicherweise Frauen nach ambulanten Geburten aus den nahegelegenen Krankenhäusern transferiert. Im *Kraamverzorghotel* besteht auch die Möglichkeit, unter Leitung der eigenen Hebamme zu entbinden, wobei eine hauseigene *kraamhulp* der Hebamme assistiert. Ähnliche Strukturen gibt es an vielen anderen Orten.

Verschiedene *kraamhulp*-Organisationen bieten bis zu acht Tage nach der Entbindung Betreuung an, und dies maximal sieben Stunden pro Tag. Sie bezahlen im Durchschnitt pro Stunde einen Eigenanteil von € 3,50 (Stand: 2006). Sollte es nötig sein, können sie jederzeit mehr Stunden an Pflege

beantragen. Für die zusätzlichen Kosten der extra Stunden müssten sie allerdings selber aufkommen.²⁷

Nach einem Abriss der Arbeitsverhältnisse vor Ort noch einige Worte zur Ausbildung selbst:

Der Ausbildungslehrgang gehört zur „extramuralen Gesundheitsversorgung“ und dauert zwei Jahre. Außerdem besteht die Möglichkeit für Frauen mit Familie, den Beruf im Wege einer Umschulung von einem anderen Sozialberuf zu ergreifen [Brezinka 1998, 77].

Der Beruf der *kraamverzorgenden* hat in den Niederlanden sichtlich Zukunft. Einer aktuellen Studie zufolge nehmen 95 % der niederländischen Wöchnerinnen *kraamzorg* in Anspruch. Da man in den Krankenhäusern völlig vom klinischen Wochenbett abgekommen ist, wird der Bedarf an Versorgung auch in Zukunft konstant zu erwarten sein [ebd.].

Eine Wiener Hebamme äußerte in einem Interview, dass sie das niederländische Wochenbettpflegerinnen-Modell optimal fände. Sie ist ebenso der Meinung, dass der Bedarf an diesem Service eher nach als während der Geburt vorhanden ist, und dies wohl deshalb weil ganz offensichtlich der Bedarf ab Beginn der Stillprobleme sich evident äußert [C1HD/49 50]. In Deutschland wiederum kann jede Wöchnerin bei ihrer Krankenkasse eine „Haushälterin“ für vier bis sechs Wochen beantragen, wenn z. B. der Mann nicht zu Hause ist o.ä., das heißt, da wäre eine Doula „zu teuer“ ist die Meinung einer erfahrenen Doula aus Deutschland.

4.1.7. Doula-Ausbildungen im Vergleich

Zu früheren Zeiten wurde das traditionelle Wissen über Schwangerschaft, Geburt und Übergang in einen neuen Lebensabschnitt von Generation zu Generation weitergegeben. Wir leben heute nicht mehr in diesem traditionellen Geburtssystem. In der modernisierten und technologisierten Welt wurden die meisten Arbeitsbedingungen ebenso zweckrationalisiert und instrumentalisiert; und hier bildete der Geburtsprozess als systemische Größe im sozialen Miteinander keine Ausnahme. Die Verlagerung der Geburten in die Krankenhäuser hat das traditionellen Geburtssystem und mit ihm altes Wissen um Geburt und Gebären verschüttet. Im Rahmen der Doula-Ausbildung wird „altes“ Wissen u.a. mit den Richtlinien der WHO verknüpft und den Teilnehmerinnen vermittelt.

²⁷ <http://www.euregio-babycare.de/content/index_ger.html> [13.09.08/17:26]

	Graz	Berlin	Zürich	Freisbach (nähe Karlsruhe)	London Paramama
Voraussetzungen	Eigene Geburt(en) ²⁸	Eigene Geburt(en)	Eigene Geburt(en)	Eigene Geburt(en)	Berufung zur Doula
Mindestalter	keines	30	30	25	keines
Ausbildungsdauer	14 Tage	18 Tage	15,5 Tage	10 Tage	3 Tage
Aufnahmeverfahren	Lebenslauf Motivations- schreiben	Persönliches Gespräch	Aufnahme- Gespräch	Fragebogen	Anmeldung
Max. Teilnehmer	30	10	12 – max. 16	16	25
Kosten	EUR 1140,-	EUR 1900,-	CHF 3510,- =EUR 2390,-	EUR 920,-	GBP 300,- = EUR 350,-
Abschluss	21 Stunden DONA International BIRTH DOULA Workshop	Nachweis über fünf Geburts- hospitationen und Erhalt eines Zertifikats	Diplom und Präsentation Einer Abschluss- arbeit	21 Stunden DONA International BIRTH DOULA Workshop	Kursbestätigung
Ausgebildete Doulas	~ 130	~ 30	~ 80	34	Keine Daten vorhanden

Resümee: Die Ausbildungsthemen sind sehr ähnlich gelagert. Neben Grundkenntnissen über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen werden auch Kenntnisse zu Entspannungstechniken, Schmerzlinderung ohne Medikamente sowie das Führen von Vor- und Nachgesprächen vermittelt. Ausbilderinnen sind erfahrene Geburtsbegleiterinnen, Hebammen, Stillberaterinnen u. a.

Mit der Aussage einer ehemaligen Doula und jetzt Hebamme kann der Bogen geschlossen werden:

„Ich denk, die Kunst ist einfach, sich auf die Frau so einzulassen, dass sie sich wohlfühlt. Und da kann mit einer Ausbildung einem das Werkzeug in die Hand gegeben werden, aber wie das eine benutzt, darüber sagt die Ausbildung eigentlich gar nichts aus.“ [C1DH/63 64]

²⁸ In jedem Ausbildungslehrgang wurde eine Ausnahme gemacht. Eine Frau ohne eigene Geburtserlebnisse durfte den Kursen beiwohnen.

4.1.8. Juristischer Diskurs: Rechtsstatus Hebamme vs. Doula

In Österreich ist die Berufsbezeichnung „Doula“ im Unterschied zum rechtlichen Berufstatus der Hebamme nicht geschützt. Berufe sind gesetzlich reglementiert; um Anerkennung im Gesundheitsberuf zu finden, bedarf es einer politischen Diskussion.

Das Gesundheitsministerium spricht sich ganz klar gegen Doulas aus und sieht auch in Zukunft keine Möglichkeit einer Anerkennung. Dies wurde eingehend in einem Gespräch mit Frau MMag. Ludmilla Gasser [Telefoninterview 13.02.09], stellvertretende Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit seit 1999, erörtert. Im Bereich Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung in Österreich sind nur zwei Gesundheitsberufe zugelassen: Arzt und Hebamme. Aus der Sicht des Gesundheitsministeriums ist die Doula kein Gesundheitsberuf, sondern deren soziale Kompetenzen stehen im Vordergrund.

Wie könnte es theoretisch zu einer Anerkennung kommen? Laut zitierter Gasser ist Anerkennung meist in Folge eines Studienauftrags möglich, also nach Erstellung eines Fachkonzeptes, welches über das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) eingereicht werden muss. Es muss zudem die Ausbildung bezüglich Qualitätssicherung gewährleistet sein, d. h. für ein entsprechendes Zertifikat müssen Kontrollmaßnahmen und Evaluationsprogramme statuiert werden.

Speziell im Gesundheitswesen ist es schwieriger einen neuen Beruf anzuerkennen, weil es um kranke Menschen geht und Qualitätssicherung zum Schutz des Patienten ist, so Gasser. Dazu muss aber kontrastierend gesagt werden, dass laut WHO Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett keine Krankheiten sind, sondern vielmehr physiologische Prozesse im Leben einer Frau, während derer sie einfühlsamer Begleitung bedarf [vgl. WHO Maternal and Newborn Health 1996].

Doulas sind bis dato nicht an das Gesundheitsministeriums herangetreten oder hätten sonstwie in diesem Kontext entsprechende Initiative gezeigt. Laut Gasser würden Doulas den Hebammen schaden. Hebammen sind die Säulen im Gesundheitswesen. Europaweit im Vergleich gibt es viel zu wenige Hebammen. In Österreich arbeiten 1200 Hebammen, in Wien alleine sind 360 Hebammen zu verzeichnen, die rund um die Uhr arbeiten.²⁹ Ebenso spricht sich das Hebammen-Gremium (ÖHG³⁰) klar gegen Doulas aus. Der Stellenwert der Doulas wird durch die Stellungnahme vom ÖHG in der Hebammenzeitschrift 06/07, 3 von Renate Großbichler-Ulrich ganz klar definiert:

²⁹ <<http://www.wien.hebammen.at/>> [24.10.09/16:12]

³⁰ Das Österreichische Hebammen-Gremium ist eine öffentlich rechtliche Körperschaft und vertritt die beruflichen Interessen der Hebammen. Darüber hinaus ist es auch eine Verbindungsstelle zwischen Hebammen und werdenden Müttern. Das ÖHG hat in jedem österreichischen Bundesland eine Landgeschäftsstelle.

„Ich möchte feststellen, dass sich der Vorstand des Österr. Hebammengremiums immer schon klar von der „Berufsgruppe“ Doula distanziert hat. Die Doula gilt nicht als Gesundheitsberuf, ist also vom Gesundheitsministerium nicht anerkannt. Leider hat das Sozialministerium den Doulas die Legitimierung als freien Berufsstand erteilt. Wir werden auch weiterhin versuchen, die Doulas so wenig als möglich in unser Tätigkeitsfeld vordringen lassen. Dazu braucht es aber natürlich auch die Unterstützung aller Kolleginnen, die durch solide Hebammenarbeit und Abdeckung des Hebammentätigkeitsbereichs die Notwendigkeit der Doula gar nicht aufkommen lassen.“

Auf zwei E-mail Anfragen, in denen ich mich an Renate Großbichler-Ulrich mit der Bitte um Stellungnahme zu den Doulas wandte, bekam ich zweimal keine Antwort.

Gewerbe und Selbständigkeit

Die WKO, Wirtschaftskammer Österreichs unterstützt die Doula-Tätigkeit momentan nicht, da ihr kein rechtlich ausgewiesenes und zertifiziertes Gewerbe zu Grunde liegt. Das Gewerbe Personenbetreuung wird gerade diskutiert. Sobald es eine präzise Bezeichnung des Gewerbes gibt, könnten sich die Doulas in entsprechender Weise klar positionieren und so den Weg in die Selbständigkeit gehen. Als „Neue Selbständige“ werden solche Personen bezeichnet, die aufgrund einer betrieblichen Tätigkeit steuerrechtlich Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (§ 22 . Z 1 bis 3 und 5 sowie § 23 . Einkommensteuergesetz 1988 . – EStG 1988) erzielen und die für diese Tätigkeiten keine Gewerbeberechtigung benötigen (daher auch nicht der Wirtschaftskammer unterliegen) z.B. AutorInnen, freiberufliche Hebammen, Vortragende, PsychotherapeutInnen. In Österreich arbeiten 36.000 „Neue Selbständige“ in über 150 Berufen.³¹

Als neue Selbständige muss ein so genannter Ausnahmetatbestand vorliegen, um als neue Selbstständige zu gelten. Eingeschränkte Gewerbeberechtigung für LSB (Lebens- und Sozialberater) im Kontext der Doula-Anfragen wird gerade vom Bundesausschuss geprüft.

Vergleicht man die juristische Situation mit der in Deutschland und in der Schweiz, so ist festzuhalten, dass die Doula auch in beiden Ländern nicht als Beruf anerkannt wird, dennoch wurden einigen Frauen vom Berliner Arbeitsamt die Ausbildung in der GfG (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung) bezahlt.

4.1.9. Anerkennung von Seiten der Hebammen

Kritische Diskussion Hebamme vs. Doula – Ein erster Schlagabtausch in Schweden:

³¹ <<http://www.help.gv.at/Content.Node/88/Seite.880004.html>> [25.10.09/16:33]

In Schweden erfolgte eine für Europa erste und in dieser Hinsicht auch einmalige Diskussion, inwieweit Doulas mit Hebammen kooperieren können bzw. in einem Konkurrenzverhältnis stehen. Eine entsprechende Studie sei hier referiert, um einen Einblick in das entsprechende Betriebsklima geben zu können. Eine Ärztin und eine Hebamme aus Göteborg [I-Artikel/Berg&Terstad 2006] haben qualitativ untersucht, wie sich die Unterstützung durch Doulas im heutigen schwedischen Gesundheitswesen auswirkt. Dazu befragten sie zehn Frauen, die zu ihrer Geburt eine Doula mitnahmen, über ihre Erfahrungen. Die Frauen waren erst- oder mehrgebärend und zwischen 25 und 35 Jahre alt. Sechs Frauen brachten ihr Kind im Spital, vier daheim zur Welt. Für alle Frauen erfüllte die Doula wichtige Funktionen: sie wurde als erfahrene Ratgeberin, als positive Unterstützerin, als Mediatorin, als Garantin für Stabilität, Sicherheit und Kraft, als praktische Problemlöserin und als stets zur Verfügung stehende Präsenz geschätzt.

Die Diskussion unterstreicht, wie frustriert sich Hebammen im heutigen „verschlankten“ Gesundheitswesen oft fühlen, weil sie nicht alle Bedürfnisse der Gebärenden erfüllen können. Hinderlich dabei erweist sich auch, dass die angestellten Hebammen die Frau erst unmittelbar vor der Geburt kennen lernen, im Gegensatz zu den Doulas, die die Frau hypothetisch ab der Empfängnis betreuen können. Während einer lange dauernden Geburt wechseln die Hebammendienste; die Doula bleibt immer dieselbe. Deshalb steht die Doula für Kontinuität, eine Zeitkonstante, die Hebammen zumeist nicht anbieten können.

Mehrere Forschungsarbeiten haben gezeigt, wie wichtig die Beziehung zwischen Frau und Hebamme für das positive Geburtserleben ist. Die Studie betont daher, dass die Anwesenheit einer Doula diese Beziehung nicht stören darf. Aus einer schwedischen [Thomassen 2004 zit. nach I-Artikel/Berg&Terstad 2006] und einer australischen [Maher 2004 zit. nach I-Artikel/Berg&Terstad 2006] Studie wurde klar, dass dieses Ziel in wenigen Fällen nicht erreicht wurde. Deshalb muss weiter erforscht werden, ob eine Doula im Gebärraum sich auf die Hebamme und ihre Beziehung zur Frau vor- oder nachteilig auswirkt.

Dennoch bleibt die Schere zwischen enthusiastischem Idealismus und Aberkennung des Berufsstandes offen. Die Frustration der Doulas ob dieses Stillstandes ist nicht gerade als klein zu bezeichnen; es sei hier bloß auf eine Aussage einer Schweizer Doula kontextuell verwiesen:

„Wir sind Null anerkannt! Wir kommen einfach auf Wunsch der Frau oder auf Wunsch des Paares. Und unser Diplom am Ende der Ausbildung ist einfach ein internes Diplom, das der Doula CH Vorstand abgesegnet hat.“ [C4D/91 92]

Abschließend hierzu ein Interviewausschnitt von einer Hebamme aus Berlin, die paradigmatisch zur Entstehungsgeschichte Stellung bezieht:

„Wenn die Frauen es wollen, dann ist Bedarf da, dass diese „Doula“ Berufsgruppe entsteht und dann ist es schön, dass es jemanden für die Frauen gibt. Und es gibt genug Frauen, die allein sind und niemanden haben, die ihre Mutter nicht mitnehmen wollen. Ein neuer Beruf ist im Entstehen, er setzt sich durch, wenn Bedarf ist. Wenn kein Bedarf ist, dann setzt er sich nicht durch. Das ist wie beim Beruf „Fußpfleger“ (...).“ [C09H/18 20]

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass einmal mehr ein noch nicht anerkannter Berufsstand auf den politischen Willen angewiesen ist. Ist dieser aber schon von vornherein – wie es in diesem Fall zu sein scheint – durch die Lobby des Hebammenwesens instrumentalisiert, muss dieser Missstand wohl zuerst in den Medien so öffentlichkeitswirksam wie nur möglich dargestellt werden, um die Hoffnung entstehen lassen zu können, dass die Politik darauf reagieren muss. Ein erstes Einschwenken von politischer Seite, etwa die Beauftragung zu einer Machbarkeitsstudie in Bezug auf Doula-Arbeit und ihre finanzielle Förderungsmöglichkeit, wäre eine erste Etappe in der Erlangung eines Berufsstatus.

4.2. MÜTTER – Gebären in Geborgenheit

In diesem Teilkapitel „sprechen“ acht Mütter, die ich interviewte, davon zwei österreichische Frauen, die eine Doula als Geburtsbegleitung hatten. Zwei Frauen planten eine Freundin als Geburtsbegleitung einzusetzen, falls der Partner nicht anwesend sein hätte können. Unter den Interviewpartnern waren ebenso eine Sudanessin, die seit fünf Jahren in Österreich lebt, eine US-Amerikanerin, die seit sieben Jahren in Österreich lebt; desweiteren eine Brasilianerin, die seit zehn Jahren in der Schweiz lebt sowie eine Deutsche, die seit vier Jahren in der Schweiz lebt, in Summe sechs Österreicherinnen, davon zwei mit Migrationshintergrund und zwei Schweizerinnen; eine immigrierte aus Brasilien in die Schweiz und eine kommt aus Deutschland. Die Interviews wurden alle in Deutsch geführt. Die Sprachkenntnisse waren je nachdem, ob Deutsch als Muttersprache oder als Fremdsprache beherrscht wurde, gut bis mittelmässig. Die Frauen planten und erlebten ihre Geburten sehr unterschiedlich. Außer einer Hausgeburt wurden alle anderen Kinder in Kliniken entbunden. Im Folgenden werden Kategorien zu diesem Thema auf empirischer Grundlage evoziert.

4.2.1. Erfahrungen mit einer Doula

Zwei von mir interviewte Frauen hatten eine Doula-Begleitung und berichten wie folgt davon:

„Die Doula hat nicht mit mir gesprochen, die hat gerochen, was ich will. Oder ich weiß nicht, war es Telepathie. Sie hat mich immer zum richtigen Zeitpunkt berührt und die richtigen Worte in der richtigen Stimmlage gesagt und so bin ich dadurch in eine andere Welt eingetreten. Einfach diese Streicheleinheiten, kalten Waschlappen auflegen und ich hab es nicht sagen müssen. Mein Mann hat alles gemacht, was man ihm gesagt hat, aber ich hab immer das Gefühl gehabt, ich will nicht reden, ich hab immer so das Gefühl gehabt, man muss mir ansehen, was ich brauche. Oder man lässt es bleiben.“
[20MmD/17 19]

Folgend die die Aussage einer Mutter, die ich begleitet habe.

„Auch wenn ich dich nicht gesehen und gehört habe, ich hab dich gespürt.“ [C19MmD/40]

Eine weitere Aussage einer Frau, die eine Doula-Begleitung in Anspruch genommen hat.

„Es war schon klar, dass ich die Geburtsarbeit alleine machen muss, aber die Doula hat im richtigen Moment das Richtige getan, ohne dass ich darum bitten musste. Medizinisch arbeiten darf eine Doula nicht. Ich differenziere es nach eigener Erfahrung so: „Die Hebamme empfängt das Kind und die Doula ist nur für mich da.“ [...] Nachdem ich mich für diese wundervolle Doula Unterstützung geöffnet hatte,

stand mir eine Frau zur Seite, die mich in keiner Wehe alleine ließ. Mit dieser Kraft an meiner Seite entwickelte ich den Mut und das Vertrauen, dass alles so wird, wie ich es mir wünsche.’ [Zit. nach I-Artikel/Blank 2005]

In den Interviews wurden von Frauen, die eine Doula-Begleitung in Anspruch nahmen keine negativen Auswirkungen einer Doula erwähnt.

4.2.2. Wünsche von Müttern

Nicht Allein-Sein bei der Geburt

Trotz aller Verbesserungen ist die Geburtserfahrung heute immer noch von Einsamkeit und seelischem Stress geprägt, deshalb wird für manche Mütter, die während der Geburt weitgehend auf sich selbst gestellt sind, das Entbindungszimmer zum *horror vacui*, zur „Einzelzelle“ [vgl. Klaus/Kennell/Klaus 1995, 1]

„Wenn man die Mutter auch nur für fünf Minuten alleine lässt, fängt sie an, sich zu beunruhigen“, so eine erfahrene Doula im Gespräch mit Klaus und Kennell [1995, 19].

Immer wieder habe ich von Frauen, die ihre Geburtserlebnisse mit mir im gemeinsamen Gespräch teilten, erfahren, dass sie zum Teil alleine im Kreißsaal waren und ihre Partner oder ihre beste Freundin während des Gebärpzesses mit dem Scheinargument, dass sie die Gebärende irritieren oder stören würden, nach Hause geschickt wurden. Eine Frau berichtet wie folgt über ihre Situation:

„Bei der Geburt meiner Tochter haben sie meinen Mann auch noch einmal heimgeschickt: Mit dem Argument: es wird nu nix. Dann war ich drei Stunden alleine im Kreißsaal mit Vorhang abgetrennt, wo nebenan die Frau gerade ihr Kind bekommen hat. Und ich hab mir das CTG nicht abhängen getraut, sonst hätte ich mir das Handy aus dem Zimmer geholt und meinen Mann angerufen.“ [C17MoD/14 15]

Die Differenz zwischen Begleitung oder dem eigenen „Schicksal“ während der Geburt überlassen zu werden ist evident:

„I hab des wieder ganz angenehm empfunden, dass die Hebamme nicht die ganze Zeit da war. Die Hebamme war voi liab, a ganz a Junge [...] und sie hat dann immer wieder gesagt, sie lasst uns jetzt a bisserl allein. Mir war des richtig recht. I wollt net, dass sie immer bei mir herumläuft.“ [C18MoD/69 70]

Wunsch nach Privatsphäre

*„Intimität und so wenig Störungen wie möglich sind förderlich für eine „traumhafte“ Geburt.“
[Protokoll Odent 15.07.07]*

Eine so wie hier geschilderte Atmosphäre ist aber nicht naturgemäß vorzufinden. Das hat auch damit zu tun, dass die gebärende Frau während des Geburtsprozesses so auf diesen fokussiert ist, dass die Hebamme oder Doula sich um Handreichungen sorgt, die die grundlegendsten Bedürfnisse der Mutter widerspiegeln: Toilette, Bad, Trinken, Lagern, Wärme etc. [Bloemeke 2003, 29ff].

Diese Begleitungs- und Umsorgeverhältnisse können auch nicht durch den höchsten technologischen Aufwand kompensiert werden. Vergleichsweise fühlt sich eine Gebärende, die alleine im Bett liegt und nur vom Monitor überwacht wird, viel einsamer und hilfloser [Jaskulski 1992, 72]. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass ununterbrochene Zuwendung einer erfahrenen Frau die Geburtsergebnisse entscheidend verbessert, während sich die beständige Kontrolle der kindlichen Herztöne durch einen piepsenden und kurvenschreibenden Apparat eher negativ auswirkt [Prentice/Lind 1987, 1375ff zit. nach Klaus/Kennell/Klaus 1995, 8].

Diese Hilflosigkeit ist aber auch bei Gebärenden vorzufinden, die mit medizinischem Personal konfrontiert werden, das sie noch nie zuvor gesehen haben: Ellen Hodnett aus Toronto stellte in einer ihrer Studien fest, dass einer Frau während der Geburt im Durchschnitt 6,4 geburtshilflich tätige Personen begegnen, die sie nie zuvor gesehen hat [Hodnett/Abel 1986 zit. nach Klaus/Kennell/Klaus 1995, 20f].

Die Gegenwart von vielen fremden Menschen kann somit den Ablauf der Geburt komplizieren und in Folge die werdende Mutter völlig verunsichern. Laut WHO Richtlinien aus dem Jahre 1996 soll die Privatsphäre der Frau während der Geburt respektiert werden. Eine Kreißende braucht ein eigenes Zimmer, und die Anzahl der HelferInnen sollte deshalb auf das nötigste Mindestmaß beschränkt werden. Routinemaßnahmen, die einem selbst ungewohnt sind, wie paradigmatisch das Alleingelassen-Werden während der Wehen und/oder der Geburt führt zu Stress, und Stress kann den Geburtsverlauf stören, indem er diesen verlangsamt und damit etwas in Gang setzt, was als "Kaskade von Interventionen" beschrieben wurde [vgl. WHO Richtlinien unter Punkt 2. 4. Allgemeine Aspekte der Betreuung während der Geburt – Geburtsort].

In einer anderen Studie wurde aufgezeigt, dass eine erstgebärende Frau mit niedrigem Geburtsrisiko in einem Lehrkrankenhaus von bis zu sechzehn Personen innerhalb von sechs Stunden betreut wurde, aber diese Betreuungsverhältnisse rein auf in der Regel kurz andauernden medizinisch-technologischen Eingriffen beruhten, sodass die werdende Mutter trotzdem die meiste Zeit allein mit sich selbst verbrachte [Hodnett/Osborn 1989b zit. nach WHO ebd.].

Anne Enright beschreibt in ihrem Buch „Making Babies“ diese ständigen Störungen während der Geburt wie folgt:

'The door opens like an ordinary door. People come through it. First the student midwife, full of chat, then the midwife, fast and effective (it is in a hurry, this baby); she organizes the epidural and then works on me, doing – I don't know what; it feels as if someone is taking a light bulb out of a too-narrow shade. After her, the Sister in charge, easy and reassuring. Then the consultant, who stares a little fixedly at the business end. Waking up. It is 3.00 a.m. Who will come in next? The master of the hospital, the Minister of Health, and then perhaps, God, as the baby puts its head out to taste the air.'
[Enright 2004, 91]

Die zentrale Schlussfolgerung in Michel Odents Buch „Geburt und Stillen“ kann in diesem Kontext passend zitiert werden.

„Die Länge einer Geburt ist proportional zur Zahl der anwesenden Menschen“ [Odent 1994, 36].

Kontinuität der Geburtsbegleitung

Eine Doula unterstützt die Frau durch zuverlässige Anwesenheit während der Geburt. Im hektischen Krankenhausbetrieb ist besonders der psychische und emotionale Beistand, den eine Doula leistet, wichtig für das Sicherheitsgefühl der Frauen. Während Hebammen dem Schichtwechsel unterworfen sind und mitunter mehrere Gebärende gleichzeitig zu betreuen haben, kümmert sich die Doula nur um die eine, ihrem Begleitschutz anvertraute Gebärende. Dass eine Hebamme nur für eine ganz bestimmte Gebärende zuständig ist, ist in der Regel die Ausnahme, welche nur in privaten Kliniken oder bei einer Hausgeburt bzw. bei Krankenhäusern mit Belegsystem zu finden ist. Frauen berichten von ihren Erlebnissen über Schichtwechsel und mehrere Gebärende im Krankenhaus.

„Und dann in der Früh [...] ist wieder eine ganz neue Hebamme gekommen und die hab ich nicht wirklich gesehen, weil da hab ich liegen müssen und die hat das Kind dann auf die Welt gebracht.“
[C17MoD/ 16]

„Das war sehr stressig, dass die Hebammen alle sechs oder acht Stunden wechselten - und dann kam wieder eine andere, die wieder eine neue Idee hatte, was wir noch versuchen können. Und dass hat mich dann sehr verwirrt.“ [C14MoD/36 37]

„Bei der ersten Geburt waren wir ganz allein. Das war echt super. Aber bei der zweiten und dritten waren nebenbei noch andere. Ich erinnere mich an eine türkische Frau, die sehr geschrien hat. Und es war dann wie ein Wettkampf. Wer wird die erste sein?“ [C21VMD/11 12]

„Ich hab mir gedacht, man braucht die Geborgenheit und Sicherheit des Krankenhauses. Aber eigentlich war das bei meinen beiden Geburten nicht der Fall. Es hat weder eine Hebamme Zeit gehabt, weil es war jeweils eine Hebamme für zwei Räume und ich war nie alleinige Gebärende. Das heißt, ich hab nie eine Hebamme gehabt für mich und eigentlich war die Hebamme erst da, als die Austreibungsphase angefangen hat. Und die wär sicher schon früher eingetreten, wenn eine Hebamme da gewesen wäre. Die ist ja dann erst irgendwann einmal gekommen.“ [C17MoD/10 12]

„Das war in diesem Krankenhaus ein bisschen lästig. Also während der Geburt hatte ich keinen Schichtwechsel, also nur am Anfang und nach der Geburt.“ [C14MoD/34]

Sobald ein Krankenhaus kontinuierliche Einzelbetreuung bietet, deren Ziel es ist, die Mutter zu beruhigen, zu entspannen, zu trösten und sie über den Fortgang der Geburt auf dem Laufenden zu halten, anstatt sich nur um die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu kümmern, bewirkt diese Betreuung denselben Unterstützungseffekt wie eine Doula. Viele Hebammen, denen das seelische und körperliche Wohl ihrer schwangeren Frauen sehr am Herzen liegt, wären froh, wenn sie ihnen diese ständige Betreuung bieten könnten. In den meisten Fällen müssen sie sich um mehrere Frauen gleichzeitig kümmern. Dass eine medizinische Betreuungsperson ständig bei der Geburt anwesend wäre, ist ein Mythos – die Realität sieht fast immer anders aus. Ständige Geburtsbegleitung ist auf den meisten voll belegten Entbindungsstationen für das Personal ein Ding der Unmöglichkeit [Klaus/Kennell/Klaus 1995, 21f].

Post Partum Doula - Nachbetreuungsdoula

‘The romantic image of a radiant mother, a beautiful baby in her arms, her golden hair lit by the sun’s rays, displayed on the jackets of many birth books is far removed from reality. New mothers are often unhappy. This major life transition is made incredibly difficult by poverty, poor housing, overcrowding, and social isolation. But one reason why many women have low self-esteem and cannot enjoy their babies is that care in childbirth often denies them honest information, the possibility of choice, and simple human respect.’ [Kitzinger 2006, 43]

Das „Wochenbett“ wird als die unmittelbar an die ersten Stunden nach der Geburt anschließende Zeit genannt - ein alter Begriff, der entstanden ist, als die frisch entbundenen Frauen noch mindestens eine Woche lang im Bett lagen, in dem sie auch meist das Kind geboren hatten. Anschließend blieben sie noch weitere Wochen hauptsächlich in der Wöchnerinnenstube, wo ihr Bett und der Stubenwagen oder die Wiege mit dem Neugeborenen standen, und wurden dort versorgt [Bloemeke, 1999, 13]. Heute gibt es die „Wochenstation“ im Krankenhaus, in der die Frauen nach einer Geburt höchstens fünf Tage bleiben, nach einer Kaiserschnittgeburt bis zu zehn Tage, und dort noch rund um die Uhr die Unterstützung des Klinikpersonals zur Verfügung haben. Bei einer Hausgeburt oder bei einer ambulanten Geburt wird von den Krankenkassen der tägliche Hausbesuch, die „Nachsorge“, einer freiberuflichen Hebamme bezahlt – im Normalfall bis zum zehnten Tag nach der Geburt, bei Problemen länger. Sechs Wochen nach der Geburt folgt dann die Abschlussuntersuchung des Gynäkologen. Nachdem dieser sich von der abgeschlossenen

körperlichen „Rückbildung“ überzeugt hat, gilt das Wochenbett – zumindest medizinisch – als abgeschlossen [ebd.]. Eine Mutter schildert Folgendes dazu:

„Und vor allem war ich so glücklich, dass ich gehört habe, dass die Doula auch die Nachversorgung abdeckt [...] und dann hab ich gleich Geld in der Familie gesammelt, damit ich mir die Doula lang leisten kann. Ich wollte einfach super versorgt werden essensmäßig. Nach der Geburt meiner Tochter hab ich mir das Essen auf Rädern organisiert. Was sonst für Pensionisten gemacht wird. Weil ich wollte nicht zu schnell in den Alltag zurück. Und meine Doula ist dreimal in der Woche gekommen und hat so super gutes Essen gekocht, so wie man es in Bioläden bekommt und ich hab immer viel Milch gehabt und viel gegessen. Und leidenschaftlich gegessen. Ich glaub ich hab drei Wochen lang zum Frühstück und zum Abendessen Mousse au Chocolat gegessen, ich hab mich eingegraben darin. Es war so angenehm, weil meine Doula war da und der Alltag hat nicht so schnell wieder begonnen.“
[C20MmD/14 18]

Das Bedürfnis nach Unterstützung verschwindet natürlich nicht in dem Moment, in dem das Kind geboren ist. Wenn frischgebackene Eltern mit ihrem Neugeborenen aus dem Krankenhaus nach Hause kommen, erwartet sie eine Aufgabe, für die sie meist nur wenig vorbereitet sind und bei der sie noch kaum Erfahrung haben. Während es in fast allen Kulturen selbstverständlich ist, den Eltern in der ersten Zeit zu helfen, ist diese Unterstützung in westlichen Industrienationen größtenteils verloren gegangen - eine Tatsache, die ein großes Manko unserer Gesellschaft widerspiegelt. War es früher üblich, einer jungen Mutter durch die eigene Mutter oder eine andere weibliche Verwandte Hilfe zu geben und sie anzuleiten, so ist heutzutage die Großmutter des Babys meist berufstätig, und oft gibt es niemanden, der diese Lücke ausfüllen könnte. Für eine junge Mutter ist es auch nicht immer einfach, ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen und sich einzugestehen, dass sie Hilfe braucht (siehe auch 4.2.8. – Mothering the Mother).

4.2.3. Ängste

An der Schwelle zu einer der wichtigsten Erfahrungen seines Lebens – der Ankunft seines ersten Babys – macht sich ein Paar die verschiedensten Vorstellungen darüber, wie die Geburt wohl verlaufen wird. Ängste können entstehen. Als die größte Angst schilderten alle Frauen in den Interviews die Sorge um das Kind. Eine Frau ist von Beginn ihrer Schwangerschaft an in ein medizinisches Überprüfungssystem eingebunden, das nichts mehr dem Zufall oder – so könnte polemisch formuliert werden – der Natur überlässt. Nach erstmalig festgestellter Schwangerschaft bekommt die werdende Mutter sofort einen „Mutter-Kind-Pass“, in welchem kontinuierlich alle Risikofaktoren eingetragen werden und seien diese noch so gering [De Jong/Kemmler 1996, 30]. Nicht jede Schwangere kann ihre Schwangerschaft in dem Bewusstsein genießen, risikolos der

zukünftigen Entbindung entgegenzusehen. Dabei sind Risiken nichts weiter als Wahrscheinlichkeitsberechnungen für ein Ereignis, das eintreten kann, aber wiederum auch nicht.

Folgend eine Interviewpassage einer sudanesischen Frau:

„Bei meine Tochter ich habe große Angst gehabt. Ich habe sehr schlecht gedacht, weil bin ich krank (Diabetes) und dachte ich, sterbe ich. Ich hab soooo viel gedacht und über meine Tod und meine Baby auch.“ [C13MM/115 116]

Eine Angsthierarchie referierte der Münchner Geburtshelfer Prof. Dr. Manfred Stauber in diesem Kontext. Danach haben Schwangere häufig Angst (in der Reihenfolge von am meisten zu weniger Angst) vor: Missbildungen beim Kind, Komplikationen bei der Geburt, einer langen Geburtsdauer, dem Verlust der Selbstkontrolle, Schmerzen, der Narkose, davor, allein gelassen zu werden, dem Ausgeliefertsein, chirurgischen Instrumenten, dem eigenen Tod, Untersuchungen in der Klinik, Unruhe im Kreißsaal und schließlich und endlich vor dem medizinischen Personal, Hebammen, Krankenschwestern, jungen Ärzten und älteren Ärzten [Stauber und Kollegen 1995, 402]. Odent rät in diesem Zusammenhang Geburtshelfern, der Schwangeren, die in dieser Zeit für Ängste besonders sensibel ist, hauptsächlich positive Auskünfte zu erteilen, um die Unsicherheit nicht noch zu verstärken [Protokoll Odent 15.07.07].

Eine Frau, die schon während der Schwangerschaft das Vertrauen in sich selbst und die natürlichen Selbstregulierungskräfte verliert, wird es voraussichtlich schwer haben, sich während der Geburt vertrauensvoll ihren Instinkten zu überlassen, um so das natürliche Geburtserlebnis zu erfahren, das sie sich wünscht. „In guter Hoffnung sein“ ist aus der Mode gekommen. In diesem permanenten Prozess des Sich-Versichern-Müssens übersehen viele Frauen, dass nicht sie, sondern die Dynamik der Technik (denen auch der Arzt unterworfen ist) den Ablauf der Schwangerschaft bestimmt. Geibel-Neuberger, ein Ethnomediziner, ist überzeugt, dass zu viele äußere Regelungen und Eingriffe der Schwangeren und gebärenden Frau die Möglichkeit nehmen, Vertrauen in die biologische Eigensteuerung der Geburt und in sich selbst zu entwickeln [Geibel-Neuberger 1995, 410].

Klinikalltag/Routinebetrieb

Im Krankenhausalltag ist nie vorhersehbar, wie viel Stress der Alltag mit sich bringt. Werdende Mütter sind in einer Ausnahmesituation und daher brauchen alle Mütter und Väter während der Geburt emotionale Unterstützung und Hilfe.

„Ich hab mich einfach nicht willkommen geheißen gefühlt, ich wurde nicht mal richtig begrüßt. Und einfach mich kurz zu Wort kommen lassen. Ich hab es persönlich genommen, dass sie mich nicht anschauen wollten. Ich hab gedacht, der Hebamme graust vor mir.“ [C17MoD/30 31]

Mütter auf der Geburtsstation fühlen sich häufig völlig vernachlässigt [Kitzinger 2005, 163]. Immer wieder höre ich von Frauen, die anfänglich z. B. mit dem Stillen Probleme gehabt haben, folgendes sagen:

„Thank heavens for the cleaner! She had breastfed her own children and showed me how to do it, The cleaner told me that everyone where she came from breastfed and she gave me confidence“ or “The nurses were so busy that they didn’t have time to help me get him sucking happily“ [ebd.].

Nähe-Distanz-Verhalten

Berührung und Warmherzigkeit sind in unserer hiesigen Kultur oft Mangelware; dies wird zumindest von einer Migrantin empfunden.

*„Ich hab eine türkische Ärztin, die hat so eine Wärme so eine Herzlichkeit, die du hier nicht bei Mediziner*innen findest in Österreich. Sie ist die einzige, die mich berührt. Die Hebamme hat mich einmal angefasst, deswegen hab ich mir gedacht, ok I want her, weil sie traut sich mich einfach anzurühren. Niemand fasst dich an in Österreich. Das ist so anders in Amerika. Es ist nicht da Küssen links und Küssen rechts. Es ist so eine Kälte und Distanz. Meine türkische Ärztin ist etwas chaotisch und unprofessionell, aber weil sie so herzlich war, hab ich sie ausgesucht. Sie erklärte mir auch nichts, aber ich schätze ihre Herzlichkeit.“ [C16MM/40 43]*

Achtsamkeit ist die Basis des Vertrauens. Bei den ersten Wehen ist es manchen Frauen noch unangenehm, von einem fremden Menschen berührt zu werden. Die Geburtsbegleiterin muss erkennen, wie viel Nähe die Mutter möchte, und sollte genau die Distanz einhalten, die sich für die Mutter richtig anfühlt und die ihr gut tut. In dieser Phase wird die Kommunikation der Doula mit der Mutter vor allem auf der verbalen Ebene stattfinden. Mit fortschreitenden Wehen werden die meisten Frauen zunehmend offener für Berührungen, bis sie schließlich den Körperkontakt suchen und willkommen heißen. Manche Frauen ziehen es vor, während der Wehen „allein“ zu bleiben, das heißt, sie wünschen sich, in einem ruhigen, dunklen, kleinen und geborgenen Raum zu sein. In den meisten Krankenhäusern ist die Toilette oft der einzige Platz, der diese Voraussetzungen erfüllt. Dann brauchen die Frauen jedoch die Gewissheit, dass eine erfahrene Frau in ihrer unmittelbaren Nähe aufpasst. Andere Frauen wieder wollen gehalten und aufgemuntert werden, zögern aber, den Wunsch nach einem so innigen Kontakt zu äußern. Eine gebärende Frau entspannt sich oft sichtbar

und ihre Angst vor dem Unbekannten wird weniger, wenn die Doula ihre Hand oder den Arm berührt. Die Doula wird das Bedürfnis der werdenden Mutter zur richtigen Zeit wahrnehmen [Klaus/Kennell/Klaus 1995, 39]. Eine Interviewpartnerin schildert in diesem Zusammenhang Folgendes:

„Also während der Geburt war mir wichtig, dass die Hebamme technisch gut versiert ist, und da kam es mir gar nicht drauf an, dass sie mir gefühlsmäßig, emotional hilft, sondern, dass ich das Gefühl hab, ich bin in guten Händen und sie weiß, was sie da macht. Während davor und die Nachbereitung, da war für mich auch schon wichtig, Hebammen zu haben, die emotional sich auf mich eingelassen haben.“
[C14MM/68 69]

Kaiserschnitt-Begleitungen

Eine der acht von mir interviewten Frauen hatte eine Kaiserschnitt Entbindung. Bei der Operation war sie alleine. Sehr hilfreich hätte sie eine Unterstützung empfunden. Jones erkannte, dass die Arbeit von Doulas ebenso im chirurgischen Umfeld wichtig sei, weil ihre beruhigende Einstellung eine positive Auswirkung auf das Ergebnis der Chirurgie hatte [vgl. Jones 2009, 287].

Sehr wenige Doulas begleiten Frauen, die einen Kaiserschnitt planen, den sogenannten „Wunschkaiserschnitt“. Befürworter des Wunschkaiserschnitts sehen in ihm eine gleichwertige Behandlungsalternative zur „natürlichen Geburt“ und verweisen auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau, so der Wiener Gynäkologe Wolfgang Grin. Die Entscheidung für oder gegen einen medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitt dürfe nur von der Mutter getroffen werden, nachdem diese über Vor- und Nachteile von Hebammen und Ärzten gleichwertig aufgeklärt wurde.³² In Anbetracht der gebotenen Kürze und fokussierten Themenstellung, kann ich hier leider nicht näher auf das Thema eingehen.

Hausgeburt versus Klinikgeburt

‘Homebirth in Europe is a risk. Hospital Birth is natural here.’ [Protokoll Odent 15.07.07]

Hausgeburten werden weltweit in unterschiedlichem Ausmaß praktiziert. Mit der weitgehenden Institutionalisierung der Geburten seit der 1930-er Jahren verschwand die Wahlmöglichkeit für eine Hausgeburt selbst dort, wo sie nicht verboten wurde [WHO Richtlinien unter Punkt 2. 4. Allgemeine Aspekte der Betreuung während der Geburt – Geburtsort]. Zwei von acht Frauen planten eine

³²<http://de.wikipedia.org/wiki/Wunschkaiserschnitt#Argumente_von_Wunschkaiserschnitt
Bef.C3.BCrwortern> [24.10.09/19:09]

Hausgeburt, eine davon wurde wegen ausbleibender Wehen ins Krankenhaus transferiert. Auf die Frage hin, woher der Wunsch nach einer Hausgeburt kam, bekam ich folgende Antworten:

„Geburt ist so eine intime Sache, am schönsten wär es zu Hause, aber das ist mir zu unsicher. It is a little private thing. Was ich nicht mag, eine Hebamme nur für die Geburt, vorher hab ich keine Ahnung, wer sie ist, und sie ist da im most private moment und dann seh ich sie nie wieder. Dass ist irgendwie komisch.“ [C16MM/28 29]

„Ich hab Angst vorm Spital, vor dem Ausgeliefertsein, vor den Zuständen dort, die keiner kontrollieren kann. Und ich hab mir gedacht, dass tue ich mir nicht an. Mich hat mein innerer Instinkt gelenkt, es ist eine Ablehnung gegenüber dieser Krankenhauskultur. Ich fühl mich einfach nicht wohl dort, ich wollte nicht dort sein. Auch nachher nicht.“ [C20MmD/36 37]

„Es kostet so viel Kraft, dass ich für meine Sachen, die ich will, ständig kämpfen muss und fordern muss. Ständig fordern in einer Situation, wo ich gerade gebäre oder geboren hab, und ich hab einfach viel nicht gefordert, weil ich nicht mehr konnte. Oder weil mir die Energie ausgegangen ist. Daher wollt ich das Krankenhaus nicht mehr. Für mich bedeutete Geburt ein Ritual. Mein Wunsch war es, mein zweites Kind in den eigenen vier Wänden zur Welt zu bringen. Hier fühlte ich mich sicher und geborgen und solch einen Start wünschte ich meinem Kind.“ [C19MmD/30 32]

„Was ich jetzt so im Nachhinein, so nach den zwei Geburten reflektiere, weil im vorhinein hab ich mir gedacht. Hausgeburt, nein, viel zu gefährlich, weil man braucht die Geborgenheit und Sicherheit des Krankenhauses. Aber eigentlich war das bei meinen beiden Geburten nicht der Fall, weil die Hebamme hat nie Zeit gehabt. Ich war nie alleinige Gebärende.“ [C17MoD/9 10]

4.2.4. Information

Odent ist der Meinung, Frauen brauchen weniger Auskunft, wenn sie in liebevoller Umgebung geschützt gebären können [Protokoll Odent 15.07.07].

Informationsmangel

Laut einer EU Studie hatte Österreich 2007 das beste Gesundheitssystem Europas. Nirgendwo sonst in Europa werden Patienten schneller behandelt und besser medizinisch versorgt. Erstellt hat diese Studie das „Health Consumer Powerhouse“, ein renommiertes schwedisches Unternehmen von Gesundheitsexperten mit Sitz in Stockholm und Büro bei der EU in Brüssel. Defizite gebe es vor allem noch bei der Information von PatientInnen.³³ Hier folgt eine Interviewpassage einer US-Amerikanerin:

³³ <<http://www.wieninternational.at/de/node/5154>> [06.08.09/11:52]

„Meine Erfahrung hier ist: Die erklären dir gar nichts. In Amerika ist das völlig anders, die sagen dir alles z. B. first we will open your mouth and then I will do this thing. Then I do this, after I do that. Are you ready for any questions? Ich liebe das. Ich weiß, dass ist für viele zu viel. Ich mach das auch für mein Kind. Aber damit haben sie null Erfahrung hier. Ich weiß nicht, ob das ist, damit der Patient passiv bleibt. Meine Hebamme sagte immer, das besprechen wir, wenn wir soweit sind. Das heißt, wir brauchen das jetzt noch nicht besprechen. One after the other. z. B. hier bekommst du irgendeine Übung erklärt und dann gehst du nach Hause, vergisst alles! Die wollen diese Abhängigkeit haben. In Amerika bekommst du immer einen Zettel mit nach Hause. Hier nicht. Wo gibt es einen Zettel, wie man richtig Damm-Massage machst. Ich erwarte, ob Doula oder Hebamme, das ist mein American Thing, ein kleines Handbuch.“ [C16MM/88 92]

„Ich wollte wissen, egal ob mein Kind gesund ist oder krank ist, ich wollte wissen, was ist, und wissen, was genau läuft. Und niemand hat mir etwas gesagt.“ [C13MM/116]

„Es mangelt ja auch so an Information, weil ich wusste nicht, dass es Hebammen gibt, die Frauen ins Krankenhaus begleiten (meint: Belegshebammen).“ [C18MoD/32]

Informationsflut

Gleichzeitig kann zu viel an Information verwirren und nicht unterstützend wirken, wie dies in folgenden Interviewausschnitten eindeutig belegt werden kann:

„Beim Stillen z. B. hat es mir drei Monate weh getan und dann hörst du von jedem was anderes, die eine sagt, gib Topfen drauf, die andere sagt, vielleicht hast du eine Entzündung, du brauchst Antibiotika, die eine sagt, ich bin Massage-Therapeutin, ich kann dir helfen. Da bist du völlig hilflos. Du bekommst schon Packungen mit viel zu vielen Informationen und Hotlines... ich wollte nicht zu den Runden von vielen Frauen, weil mein Baby war so klein (Frühgeburt 34. SSW) und ich wollte keine 4 kg Babies sehen. Ich hab das nicht ausgehalten.“ [C16MM/24 26]

„Was mir nicht gefallen hat, so nach der Geburt dann, so alle sechs oder acht Stunden eine neue Hebamme kam, mit neuen Ideen. Vor allem weil es am Anfang etwas schwierig war mit dem Stillen. Mein Sohn konnte das nicht zu Beginn. Vor allem auch, weil er zu früh geboren ist und nicht so saugen konnte. Das war sehr stressig, dass die Hebammen alle sechs oder acht Stunden wechselten - und dann kam wieder eine Andere, die wieder eine neue Idee hatte, was wir noch versuchen können. Und das hat mich dann sehr verwirrt.“ [C14MoD/35 37]

Informationsmangel über Doula Arbeit

Von den acht Müttern hatten nur zwei einen klaren Begriff davon, was eine Doula ist. Diese zwei kannten das entsprechende Leistungsprofil und planten daher von vornherein die Geburt mit einer Doula. Eine der Frauen kannte das Berufsbild gar nicht, plante aber instinktiv ein solches Beziehungsfeld vage mit ein, indem sie eine Freundin zur Begleitung bat.

4.2.5. Woher kommt bei den Müttern der Wunsch nach einer Doula

Weiters fragte ich die zwei Mütter, die mit einer Doula geboren haben, woher der Wunsch kam, sich eine Doula zur Geburt mitzunehmen.

„Die Doulas waren ganz neu (2006) und ich war so überglücklich. Und warum ich so viele Frauen wollte oder draufgekommen bin, wie toll das ist, weil meine Hebamme bei der Geburt von meiner Tochter eine Hebammen-Praktikantin mitgenommen hat. Zufällig von Deutschland, die ein Praktikum gemacht hat, um Frauen bei Hausgeburten zu begleiten. Und meine Hebamme hat mich gefragt, ob es mich stört, und ich hab gesagt, nein, überhaupt nicht, weil es mir so getaucht hat, dass ich zwei Frauen gehabt hab und deshalb bin ich sofort auf die Doula angesprungen.“ [20MmD/15 17]

„Ich wollte immer, dass jemand dabei ist, und in dem Fall warst es eben du, als Freundin.“ [C19MmD/7]

4.2.6. Vorstellung einer Doula als Geburtsbegleitung

Die Mütter, die ohne Doula-Begleitung geboren haben, fragte ich, ob sie sich eine Doula als Geburtsbegleitung vorstellen hätten können:

„Ja. Durchaus hätt ich mir so eine Geburtsbegleitung für die Geburt vorstellen können. Ich hab das wahrscheinlich in irgendeinem Buch vorher gelesen, es wurde im Schwangerschaftskurs aber nicht angesprochen.“ [C14MM/40 41]

„Ich hab überlegt, und mir gedacht, wenn mein Mann dabei ist, dann passt das für mich. Außer er wär beim Außendienst, dann hätt ich eine Freundin von mir gefragt. Ich wollt unbedingt jemanden haben, damit ich nicht alleine bin.“ [C17MoD/ 37 38]

„Ich hatte die ganze Schwangerschaft über eine Shiatsu-Begleitung für Schwangere von einer Freundin. Die hat so viel gewusst und das war so angenehm, wenn jemand so viel darüber redet. Und sie hat meinem Mann Shiatsu-Punkte gezeigt, wo man drücken kann zur Geburtserleichterung und dann hab ich sie gefragt, ob sie sich das vorstellen kann uns zur Geburt zu begleiten und es hätt voll gepasst für uns, aber unser Kind kam dann zu früh und sie konnte nicht dabei sein.“ [C18MoD/32 34]

Zwei der befragten Mütter hatten eine Doula-Geburtsbegleitung und würden wieder eine in Anspruch nehmen, falls sie noch ein Kind bekommen würden. Drei Frauen ohne Migrationshintergrund konnten sich eine Begleitung vorstellen, wobei allen dreien der Begriff „Doula“ nicht bekannt war. Auf die Frauen mit Migrationshintergrund gehe ich folgend ein.

Doulas für Migrantinnen

Eine von den drei Migrantinnen kann sich als Unterstützung bei der Geburt keine Doula vorstellen:

A. aus Brasilien

„Ich bin da sehr eigen. Es ist ja immer individuell. Jede Geburt und jeder Mensch ist anders. Da hab i ma keinen Gedanken gemacht. I wollt auch keine Geburtsvorbereitung machen, i hab gedacht, des is Intuition und i hab nix gelesen. Des einzige, wie sich das Kind entwickelt in jedem Monat. Aber über Geburt und Geburtsvorbereitung hab i nix gelesen.“ [C15MM/50 51]

Daran anschließend kontrastierend die Aussage von Frauen aus verschiedenen Kulturen, dass sie einer Doula Begleitung positiv und wohlwollend gegenüberstehen:

B. aus dem Sudan

„Ich wollte jemand anders. Auch nicht Verwandte. Weil, die Reden so viel und ich will das nicht. Ich wollte jemand anderen, nicht jemand, den ich kenne. Alle sprechen viel. Für mich wär wichtig, nicht von uns (eigene Community meint sie), niemand, den ich kenne. Wenn ich noch ein Baby bekomme, dann musst du mitkommen. Alle wollen eine Frau. Eine Frau. [...] Ich wollte jemanden mit mir, unbedingt. Ich wollte unbedingt jemanden, aber nicht meinen Mann. Und nicht Verwandte und nicht Bekannte. Jemand, der dabei ist, und wenn etwas ist, der mir sagt, was ist.“ [C13MM/36 41]

C. aus den USA

„Ja, sicher, weil die ganzen Informationen, die ich von meiner Doula bekommen habe, hätte ich sonst nicht gewusst, und du bekommst sonst keine Informationen. Es tauchen so viele Fragen auf. Es gibt hier niemanden in Österreich, der einen begleitet davor oder danach.“ [C16MM/22 24]

Zusammenfassend lässt sich hier wiederholen, dass Frauen individuell unterschiedlich sind und daher unterschiedliche Bedürfnisse äußern. Dies zeigt deutlich die Diversität der befragten Frauen auf.

Hier werden Faktoren für die Auswahl einer Doula, die vom Verein DiA (Doulas in Austria) erstellt wurden aufgelistet:

- Frauen, die das erste Kind erwarten und nicht wissen, was sie erwartet.
- Frauen, die Angst vor der Geburt haben bzw. sich alleingelassen und hilflos fühlen.
- Frauen, die sich bei der Geburt des ersten Kindes nicht ausreichend umsorgt gefühlt haben, weil z. B. die Spitalhebamme mehrere Geburten gleichzeitig betreuen musste.
- Frauen, die schon vor der Geburt alleinstehend sind.
- Frauen, die sich für ihren Partner eine Unterstützung wünschen.

- Frauen, die aus einem anderen kulturellen Hintergrund kommen und eine vertraute Vermittlerin mit an die Geburt nehmen möchten.
- Frauen, die die Geburt im „Kreise“ von Frauen erleben wollen, denen aber die Mutter, Freundin, Schwester zu nahe stehen.
- Frauen, denen ein geplanter Kaiserschnitt bevorsteht und die nach der Geburt nicht mit dem Arzt und dem Operations-Team alleine sein wollen, wenn der frischgebackene Papa mit dem Baby und der Hebamme in das Gebärmutter zurückgeht.
- Frauen, die ein behindertes Kind erwarten werden.
- Frauen mit körperlichen und/oder geistigen Handicaps.
- Frauen, die bereits ein Kind verloren haben und wieder schwanger sind.
- Frauen, die sich rund um die Geburt in Extrem- oder Ausnahmesituationen befinden, wie z.B. durch den Tod eines Familienmitgliedes.
- Frauen, die ein Frühchen haben oder bei Mehrlingsgeburten etc.

4.2.7. Herausforderungen für Mütter mit Migrationshintergrund

*„You gave me strength, courage and hope. You made me strong.“
[Eine Frau aus Nigeria über ihre Doula-Begleitung]*

Für viele Frauen bedeutet Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unwillkürlich eine intensive Rückbesinnung auf ihre Herkunftsfamilie und ihre eigene Mutter. Eine Aussage einer tamilischen Frau aus der vergleichenden Studie von Kuntner 2001 mit tamilischen und schweizerischen Gebärenden ist in diesem Kontext paradigmatisch: „In unserem Land sind unsere Verwandten, hier hat man keine Hilfe, man ist allein und einsam“ [Kuntner 2001, 378].

Sprache

Die Sprachbarriere wurde immer als erstes und größtes Problem bei gebärenden Frauen mit Migrationshintergrund genannt. Aufgrund von sprachlichen Problemen kann es zu Fehlinterpretationen von Informationen kommen, und falsch aufgefasste Erklärungen können zu Missverständnissen führen, die wiederum nicht absehbare Konsequenzen im technologischen Geburtssystem mit sich führen können. Meist ist an die mangelnde Sprachkompetenz Angst und Unsicherheit gekoppelt, was während des Geburtsprozesses mit sich bringt, dass Migrantinnen Angehörige, Kinder oder Reinigungspersonal zum Überwinden der Sprachbarriere benutzen. Eine Interviewpartnerin schildert wie folgt:

„Es ist immer mit Sprache verbunden. (...) viele leben schon so lange da und sprechen mit Hand. Das ist so verrückt.“ [C13MM/33]

„Türkinnen und Araberinnen führen ein symbiotisches Familienleben“, erklärt der türkische Gynäkologe Gürkan Arian aus Graz. „Viele Frauen lernen nicht Deutsch, weil der Mann alles draußen erledigt und sie ausschließlich für Haushalt und Kinder zuständig ist. Wenn der Mann aber bei der Arbeit ist und die Wehen setzen ein, funktioniert das nicht mehr gut“ [Zit. nach Z-Artikel/Reithofer-Haidacher 6/2009, 40f]. Wie diesen durch eine Sprachbarriere entstehenden sozialen Problemen im Rahmen des Geburtsprozesses sozialmedizinisch gegengesteuert werden kann, wurde zuletzt in Graz problematisiert: Die Grazer Public Health Expertin Marion Habersack hat gemeinsam mit 38 Studierenden eine Studie zur „Optimierten Versorgung von Patientinnen mit Migrationshintergrund“ erstellt. Fazit: Wenn der Mann für die Frau spricht, geht immer etwas an Subtext verloren. Diesen kommunikativen Substanzverlust müssen DolmetscherInnen mit dem nötigen Fachwissen kompensieren.

Die Sprache allein ist nicht die Lösung der Probleme. Habersack fordert ein „Eintauchen in die Kultur der anderen“ und niederschwellige Angebote. Viele Migrantinnen kommen über ihren Stadtteil nicht hinaus, weshalb die Vorbereitung auf die Geburt auch dort stattfinden müsse: z.B. in Form von mehrsprachigen DVD's, die beim Friseur oder in Geschäften aufliegen, die die werdenden Mütter erfahrungsgemäß im Alltag frequentieren. Videoabende könnten organisiert werden, die Gemüsehändlerin als Multiplikatorin geschult werden. Eine weitere Erkenntnis aus der Studie: Die transkulturelle Kompetenz des Klinikpersonals müsste gestärkt werden. Die transkulturelle Pflege muss ins Curriculum für medizinische Berufe, damit die Begegnung zwischen Arzt, Pflegepersonal und Migranten nicht zur Sprachlosigkeit führten. Die Lösung liege nicht im vielfach geäußerten „Die sollen Deutsch lernen“. Salah Algader, gebürtiger Iraker und Leiter des ISOP-Projektes „Interkulturelle Gesundheitsassistenten für Migrantinnen“ am LKH Graz, äußert sich zu dieser Problematik wie folgt: „Manche Migrantinnen können nicht Deutsch lernen. Wie soll eine Analphabetin mit fünf Kindern, deren Mann von früh bis spät arbeitet und sich am Abend mit Freunden trifft, einen Kurs besuchen?“ [ebd.].

Soziokulturelle Prägung bei der Geburt

Welche Rituale und Bräuche aus dem Herkunftsland in den Geburtsprozess einfließen, konnte nur von zwei Interviewpartnerinnen beantwortet werden. Im Wissen darüber, dass hiermit keine repräsentative Aussage wiedergegeben werden kann, seien dennoch diese beiden Passagen der Vollständigkeit halber angeführt.

A. aus Brasilien

„Ich hab mir gewünscht nach der Geburt, dass ich ja net zu viel Besuch bekomme. Und dass man das Kind respektiert, so wie es ist. In Brasilien wird das Kind so lang wie möglich vom Rummel weggehalten. Mindestens ein halbes Jahr. So wenig Eindrücke wie möglich fürs Kind.“ [C15MM/52 53]

B. aus Sudan

„Ja, wir haben uns so gefreut mit unserer Tochter, weil ein Mädchen. Mein Mann liebt seine Tochter unglaublich, das ist nicht normal. Wirklich, weil sie ist das einzige Mädchen. In seiner Familie nur Buben. Zu Willkommensfeier wir schicken Geld heim nach Sudan und dort machen Fest und Leute einladen, bei meiner Tochter hab ich so gemacht. Und auch Geld teilen und den Armen geben und sagen, dass sie für diese kleine Kind beten. Arme Leute immer kommen Gott näher und beten. Ich denk immer so. Und hier in Wien wir mieten einen Platz in Mensa oder so. Und dann machen wir arabische Essen zu Hause. Ganz groß und viel und dann isst man gemeinsam oder getrennt Mann und Frau und Freunde.“ [C13MM/68 71]

4.2.8. Mothering the Mother

Doulas sind erfahren darin, einer Gebärenden emotionale und körperliche Unterstützung zu geben. Eine Doula wird oft als Frau beschrieben, die „die Mutter bemuttert“. Viele Frauen wünschen sich aber keine Bemutterung, sondern vielmehr Verständnis von Frau zu Frau und eine – wenn man schon ein familiäres Bild erzeugen will – eher schwesterliche Hilfe [Kitzinger 1998, 185]. Folgende Aussagen lassen sich zu diesem Thema kontextual zusammenfassen:

„Für mich ist die Doula ist so ein Mamaersatz. Ich nenne es Mamaersatz, versorgt werden, gestreichelt werden, Geschichten anhören, weil wenn die Hebammen-Beziehung weg ist und die Brust ist entzunden, dann braucht man Unterstützung.“ [20MmD/14 15]

„Die Doula als Begleitperson ist eine Vermittlerin und sie unterstützt die Frau, wenn die Frau keine passende Person hat oder wünscht. Doula oder beste Freundin, egal auf welcher Basis das läuft, das spielt für mich ja keine Rolle, besser als wenn sich die werdende Großmutter sich daher angetragen hat, weil ich kenn nur ganz, ganz wenige Situationen, wo das funktionierte. Weil in der Situation, wo eine Frau ein Kind bekommt ist sie so sehr Frau und gar nicht Kind. Und die begleitende Mutter, das ist immer ihr Kind, auch wenn es bereits erwachsen ist und ein Kind bekommt. Sie ist ein Kind. Das hab ich meiner Tochter erklärt. Wenn du 60 bist und ich 90, dann bist du immer noch mein Kind. Das ist mitunter einer der Gründe, warum Hebammen nicht ihre Kinder oder so entbinden. Oder auch nur mitgehen, weil da Spannung zwischen Mutter und Kind ist.“ [C12H/11 15]

Anwesenheit der Mutter bei der Geburt

Auf die Interviewfrage hin, ob sich die von mir interviewten Frauen vorstellen könnten, die eigene Mutter zur Geburt mitzunehmen, erfuhr ich folgende Reaktionen:

„Ne, auf gar keinen Fall. Das fänd ich ganz schlimm. Also, ich hab kein schlechtes Verhältnis zu meinen Eltern, aber meine Mutter dabei, ne, dass kann ich mir nicht vorstellen. Bei meiner Schwester, da könnt ich mir das schon eher vorstellen, die ist etwas älter als ich, aber meine Mutter. Ne.“ [C14/MM 60 61]

„NIEMALS!“ [C18MoD/40]

„Nein, ich hätt mir ja deswegen schon keine Hausgeburt vorstellen können, weil ich weiß, dass meine Eltern im selben Haus leben.“ [C18MoD/42]

„Ich hab mir das immer gewünscht, aber meine Mutter ist nicht so gestrickt. Sie lebt in dieser Kultur schon zu lange, als dass sie sich das vorstellen hätte können. Ich hab da sehr viel geweint deswegen. Mutter ist mächtig. Ich glaub, dass würd mich schon sehr treffen, wenn mich meine Tochter nicht dabei haben möchte.“ [C21MmD/72 73]

Eine Frau aus dem Sudan schildert die Situation in ihrer Heimat plastisch.

„In Sudan normalerweise kommt die Mutter oder die Tante mit. Und kein Arzt, eine Hebamme oder zwei Hebammen. Arzt kommt nicht bei normale Geburt. Nur Frauen im Zimmer. Und bei die Kaiserschnitt, da kommt Ärztin, eine Frau, sicher eine Frau und Hebammen so auch dabei, aber niemand von der Familie. Normalerweise machen immer ganze Narkose, kein Kreuzstich. Es ist Tradition im Sudan, die Mutter ist dabei.“ [C13MM/46 48]

Eine Frau argumentiert zur Geburt.

„Bevor ich eine Freundin zur Geburt mitnehmen würde, würde ich eine Doula bevorzugen. Weil ich glaube, in dem Moment, so ein bisschen Professionalität würd ich sehr schätzen.“ [C14/MM 59]

Der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten so stark verändert, dass es zwischen den Frauen der verschiedenen Generationen kaum noch eine einheitliche Meinung, eine Erfahrungsbrücke zu geben scheint. Deshalb fällt es Müttern und Töchtern oft schwer, spontan und locker über dieses Thema zu sprechen. Die Empfehlungen über Gewichtszunahme, körperliche Bewegung in der Schwangerschaft und Säuglingsernährung haben sich verändert und stehen häufig im Widerspruch zu dem, was den älteren Frauen empfohlen wurde. Diese Diskontinuität der Erfahrung ist nicht zuletzt dafür ausschlaggebend gewesen, dass sich die Medizin des Themas „Geburt“ bemächtigt hat. So ist das Gebären für die überwältigende Mehrzahl der Frauen heute keine rein private Angelegenheit mehr, und die Informationen, die innerhalb der Familie über dieses Thema weitergegeben werden, sind sehr beschränkt [Kitzinger 1997, 161].

In vielen Kulturen, in denen ein traditionelles Geburtssystem sich ausmachen lässt, ist es undenkbar, dass eine Großmutter bei der Geburt ihres Enkelkindes nicht anwesend ist. Man betrachtet es als selbstverständlich, dass eine Tochter zur Geburt in das Haus ihrer Mutter zurückkehrt oder dass die Mutter des Vaters bei der Geburt anwesend ist. Erhellenderweise sind die Bezeichnungen für „Hebamme“ und „Großmutter“ deshalb oft identisch [Kitzinger 1997, 170].

Jahrtausendlang wurde die Mutter-Tochter-Beziehung, die Beziehung einer älteren, erfahrenen Frau zu einer jüngeren gebärenden Frau, geachtet und verstanden. Heute, zumindest für das technologische Geburtssystem gesprochen, hingegen haben die wenigsten Großmütter Erfahrung in Sachen Geburt, obwohl manche Frau sich vielleicht sogar gerne von der eigenen Mutter bei der Geburt helfen lassen würde. Zudem haben Frauen, die in den 50-er und 60-er Jahren des vorigen Jahrhunderts ihre Kinder bekamen, wahrscheinlich keine sehr guten Erfahrungen damit gemacht. Darüber hinaus gibt es häufig eine geographische, manchmal auch eine seelische Distanz zwischen Müttern und erwachsenen Töchtern [vgl. Kennell 1995, 16]. Eine Mutter berichtet dazu Folgendes:

„[...] ich hab immer so eine Sehnsucht gehabt [...] nach so einem Frauenrudel, nach alten weisen Frauen. Weil unsere Omas waren nicht weise, sondern die waren alle so wie wir sie eh kennen. Du musst ja aufpassen... aber nichts richtiges natürliches Normales dabei.“ [20MmD/12 13]

Viele Frauen ziehen es deshalb vor, die eigene Mutter bei der Geburt nicht dabei zu haben, selbst wenn die Beziehung zueinander gut ist, die meisten wünschen sich den Beistand des Vaters des Babys [ebd.]. Im nächsten Teilkapitel wird auf das Vaterthema eingegangen.

4.3. VÄTER – „Unterstützer der werdenden Mütter?“

Seit die Frauen nicht mehr zuhause gebären, sondern im Krankenhaus, klagen sie über die Einsamkeit in technologisierten Räumen. Sie brauchen jemand Vertrauten an ihrer Seite – und ihr nächster Mensch ist in den meisten Fällen der Partner. Der zweite Grund liegt in einem veränderten Familienverständnis: Das Paar möchte die Ankunft des Kindes gemeinsam erleben.

Die väterliche Anwesenheit bei der Geburt wurde in Österreich erst Anfang der 80-er Jahre offiziell gutgeheißen. Ein beliebtes Argument, um jede Reform des Krankenhausbetriebes zu boykottieren, war das Argument der Infektionsgefahr. Henze ist der Meinung, dass die ärztlichen Bedenken gegen die Anwesenheit des Vaters andere Gründe haben könnten als die offiziell von der Reproduktionsmedizin angeführte: Das Beisein des Vaters trägt möglicherweise zu einem signifikanten Familienzusammenhalt bei, und dieser wiederum zu einer potentiellen Entspannung des Geburtsvorganges an sich. Klinikorganisation, medizinische Anordnungen und Entscheidungen werden stärker hinterfragt und weniger widerspruchsfrei hingenommen [vgl. Henze 2000, 204f]. Das wiederum schließt nicht aus, dass in Ausnahmefällen durch den Vater auch ein neues Konfliktpotential in den Kreißaal hineingetragen werden könnte, z. B. wenn trotz bedenklicher Geburtskomplikationen entgegen dem Willen von Partnerin, Hebamme und ärztlichen Beteiligten auf einem natürlichen Geburtsablauf bestanden wird [ebd.] oder umgekehrt.

In diesem Zusammenhang stellt Rockenschau in Frage, ob der moderne männliche Drang bei der Geburt dabei zu sein stets von Liebe oder Hilfsbereitschaft geleitet ist. Das Gehaben lässt eher vermuten, dass es tendenziell um eine patriarchale Kontrolle der Frau geht, die bei ihrem Geburtsprozess ein „fehlerlosen“ Verhalten an den Tag legen soll, um den Nachwuchs, den doch schließlich der Mann gezeugt habe, nicht zu gefährden. Die Sorge um das Wohl der Frau hat deshalb nicht immer Vorrang. So ist es auffällig, wie wenig manchem (Ehe-)Mann die Gefahren eines Kaiserschnittes bewusst sind, zu welchem sie um die Erwägung einer „komplikationslosen“ Geburt willen ihre Einwilligung geben. Die Geburt wird – so könnte man es polemisch verkürzen – zur Initiative des Mannes, die Frau zum passiv gebärenden Subjekt gemacht [Rockenschau 2005, 57]. Erstaunlich selten – bzw. bezeichnend selten – wurde in diesem Kontext untersucht, wie Väter den Geburtsvorgang selbst erleben [Henze 2000, 206].

Die Anwesenheit des Mannes, der Familie wie des Freundeskreises während des Geburtsprozesses kann – siehe Analysefokus auf den Mann – nicht nur hilfreich, sondern auch, und besonders wenn während dieses Prozesses für die Gebärende Momente des scheinbar Eskalierenden auftreten,

kontraproduktiv sein. Oft hat sich gezeigt, dass in solchen Momenten nicht gegensätzliche und widersprüchliche Ratschläge, die von diesem Personenkreis an die Gebärende herangetragen werden, wichtig sind, sondern vielmehr nonverbale Aktionen, die Vertrauen und Entspannung hervorrufen können, so wie die Massage des Rückens, hier besonders der Lendenwirbelsäule zur Linderung des Geburtsschmerzes [Jaskulski 1992, 72].

„Ich kenne Frauen, die es nicht gewagt haben sich einzugestehen, dass es ihnen in einer bestimmten Geburtsphase lieber gewesen wäre, wenn ihre Männer einen langen Spaziergang gemacht hätten. Und natürlich gab es Männer, die sich einfach aus Anpassung an den gegenwärtigen sozialen Trend heraus verpflichtet gefühlt haben, an der Geburt teilzunehmen [Odent 1994, 39f].“

Michel Odent hält es für erwiesen, dass die werdende Mutter in vielen Fällen gut beraten ist, das Kind ohne den Vater zur Welt zu bringen. Denn der hindere sie durch seine bloße Anwesenheit, durch seine Fragen nach ihrem Wohlergehen, seine Nervosität oder sogar Angst daran, sich vollkommen fallen zu lassen, was den Wehenverlauf störe. Um zu gebären, müsse sie sich nämlich „auf einen anderen Planeten“ begeben, sich also von dem, was um sie herum vorgehe, vollkommen abkoppeln. Männer könnten indessen in dieser Situation oft nicht aufhören, „rational zu sein“, was dazu führe, dass die „innere Reise“ unterbrochen werde, die die Gebärende angetreten habe und die mit einer Drosselung der Aktivität des Neocortex³⁴ einhergehe, des stammesgeschichtlich jüngsten Teils der Großhirnrinde. „Jede Stimulation des Neocortex und insbesondere jedes Ansprechen des Verstandes“ aber könne „den Wehenverlauf stören“, schreibt Odent in seinem soeben auf Deutsch erschienen Buch „Die Wurzeln der Liebe“. Warum die meisten Frauen dennoch ihren Mann dabei haben wollen? „Es gibt oft einen Widerspruch zwischen dem, was eine schwangere Frau sagt und dem, was ihr Körper ausdrückt“, sagt Odent. Das erkläre, warum Kinder oft gerade dann geboren würden, wenn der Mann den Ort des Geschehens kurz verlasse, um irgendetwas zu erledigen [Z-Artikel/Hummel 14.08.2001, 11]. Odent will sich nicht festlegen. „Jede Frau sollte selbst entscheiden, was ihr guttut.“ Ihm gehe es nur darum, Fragen zu stellen. „Anfang der siebziger Jahre war es doch so: Wenn der Vater bei der Geburt dabei sei, hieß es, bildeten sich sofort starke Bande zwischen ihm und dem Neugeborenen. Außerdem gebe es dann weniger Scheidungen, und, weil die Geburt leichter sei, auch weniger Kaiserschnitte. Das war die Basis für eine Lehre, die seitdem niemand mehr ernsthaft in Frage gestellt hat.“ Jetzt sei die Zeit dafür reif, weil sich die Geburtshilfe in einer Umbruchphase befinde. Althergebrachtes Wissen und damit einhergehende Theorien würden ersetzt durch wissenschaftlich fundierte Studien. Im Zuge dieser Neuorientierung müsse man „auch die seit

³⁴ Neocortex: stammesgeschichtlich jüngster Teil der Großhirnrinde [Pschyrembel 2004, 1246].

dreißig Jahren herrschende Meinung überdenken, dass es immer gut sei, wenn der Vater bei der Geburt dabei ist." Man müsse überlegen, ob die Anwesenheit des Vaters die Geburt leichter oder schwerer mache [ebd.].

4.3.1. Väter erleben die Geburt

Ich interviewte vier Väter, davon waren zwei, die Doulas kannten und zwei die Doulas nicht kannten. Ein Vater, welcher Doula nicht kannte, konnte sich aber durchaus vorstellen, diese Art der Begleitung anzunehmen, nicht für sich selber, aber für seine Frau; der andere Vater, der Doula nicht kannte, würde die Dienstleistungen einer Doula für das Geburtsgeschehen nicht beanspruchen wollen. Analog zu diesen Aussagen folgen Interviewpassagen, die mit entsprechenden Überschriften bedacht wurden:

Von wem kam der Wunsch bei der Geburt dabei zu sein?

*„Der Wunsch kam von mir. Aus einem Pflichtgefühl heraus, weil ich bei der Zeugung ja auch dabei war.“
[C22Vmd/1]*

„Man traut sich ja heutzutage gar nicht nein sagen. Ich war dabei, aber der größte Wunsch war es nicht.“ [C24Vmd/3]

*„Der Wunsch bei der Geburt kam von mir. Es war klar für mich und eine freie Entscheidung.“
[C23Vmd/1]*

„Das war selbstverständlich, dass ich dabei bin. Ich wollte dabei sein. Und meine Freundin war froh, dass ich dabei war.“ [C21Vmd/5]

Väter schildern ihre Geburtserlebnisse

„In Summe war es sehr positiv und der Moment selber sehr überwältigend, als das Kind da war. Aber es war auch ermüdend. Meine Aufgabe war es den Gebärhocker vorzuwärmen und ich hab mir den Arsch abgefroren, weil der war im Auto und es war Winter [lacht!].“ [C24Vmd/6 7]

„Es waren beide Geburten ziemliche Herausforderungen. Ich hab mir die Geburten einfacher vorgestellt. Die erste Geburt war eine Saugglocken Geburt und die zweite eine Schulterdystokie³⁵. Danach hab ich mir schon gedacht, das brauch ich nicht noch einmal. Obwohl ich sicher wieder dabei sein möchte, falls es noch eine dritte Geburt gibt. Das planen wir aber nicht. Ich war in der Situation sehr mit mir selber beschäftigt, also während der Geburt. Meine Frau war da eher geschützt. Als „Außenstehender“ hab ich sofort den Stress der Hebamme gespürt und in ihren Augen gesehen. Und das macht Angst und

³⁵ Schulterdystokie = gestörter Geburtsverlauf, bei dem nach Geburt des kindlichen Kopfes die vordere Schulter über die Symphyse (=Schambeinfuge) hängen bleibt. Häufig bei großen Kindern [Pschyrembel 2004, 1645]

Panik. Und in der Situation war mir egal, wie viele im Raum waren, und wenn da noch fünf gewesen wären. [...] Es war wunderschön, als das Kind dann da war.' [C23Vmd/4 7]

„Schrecklich! Mir war schlecht und ich hatte Angst. Angst um die Frau. Aber ich würde wieder dabei sein, ich hatte das Gefühl, ich kann nur so unterstützend sein, in einem Zeitpunkt dieser Plage. Ich weiß nicht, was ich gemacht habe; gut zureden, die Hand gehalten.' [C22Vmd/3 4]

„Geburt ist das natürlichste und einfachste der Welt. Wir haben drei Kinder. Bei der ersten Geburt war das ganze ein Erlebnis. Bei der zweiten und dritten war es nichts Neues. Alle Geburten waren in der Nacht und ich war müde und wollte eigentlich schlafen [lacht!]. Du stehst eh nur daneben und die Frau ist unter natürlichen „Drogen“. Beim ersten Mal hab ich sie massiert, die Hebamme hat mir gezeigt wie und meine Freundin hat es dann auch genossen, aber bei den anderen Geburten wollte sie nicht berührt werden. Ich hab jedesmal die Nabelschnur durchgeschnitten und die Kinder gebadet, wegen dem geht man ja hin, weil da kann ich ja auch mitreden am Stammtisch oder wenn Frauen über die Geburt reden.' [C21Vmd/ 7 9]

Inanspruchnahme und positive Beurteilung gegenüber Doula-Begleitung

„Für mich kann ich das nicht sagen, aber für meine Frau war es sehr wichtig. Aber die Nachbetreuung war sehr hilfreich für uns alle. Wir konnten uns aufs Kind konzentrieren und es war eine große Hilfe, jede Sache, die uns in der Zeit abgenommen wurde.' [C23Vmd/10 11]

„Sehr hilfreich. Sehr. Ich war überfordert mit der Situation. Ich hab eh nie gewusst, was ich machen soll. Ich bin immer nur daneben gestanden und habs nicht richtig machen können. Man muss lernen sich zurückzunehmen und man hat dann gar nicht zu sagen. Und die Doula hat das ganze extrem erleichtert. Ich war völlig verzaubert, weil die Doula gewusst hat was sie machen muss, diese emotionale Betreuung. Und würden wir noch ein Kind bekommen, dann ganz klar wieder mit einer Doula.' [C24Vmd/10 12]

Ablehnendes Verhalten gegenüber Doula-Begleitung

Auf die Fragen hin, ob eine Doula-Begleitung vorstellbar wäre, bekam ich von zwei männlichen Interviewpartnern (Vätern) folgende abweisende Antworten:

„Unvorstellbar! Was würd die machen. Da ist ja sowieso eine Hebamme und ein Arzt.' [C21Vmd/17]

„Ich kann nicht sagen, dass mir da jemand abgegangen wäre. Es waren sowieso schon viel zu viele Leute im Kreißsaal. Die Hebamme, zwei Krankenschwestern, zwei Ärzte. Aber ich kann mir vorstellen, dass es für die Frau eine Unterstützung gewesen wäre. Vor allem im Vorfeld, und wenn es das erste Kind ist, sind viele Gespräche sicher wichtig.' [C22Vmd/8 9]

Bei der Geburt seines ersten Kindes ist der Vater meist überfordert. Er wird ja zum ersten Mal Vater. Und es passieren Dinge, die er sich vorher nicht vorstellen konnte, die ihn überwältigen. Die Mutter möchte aber, dass die Geburt auch für ihn ein gutes Erlebnis wird. Sie sorgt sich um ihn und kann sich daher nicht richtig entspannen und auf ihren Körper konzentrieren. So wird der natürliche Geburtsprozess beeinträchtigt [Fischer Veraguth 2004, 69]. Klaus und Kennell erlebten während ihrer

Forschungen bei mehreren Gelegenheiten, dass ein Paar, das das Angebot einer Geburtsbegleitung ursprünglich abgelehnt hatte, weil es bei diesem wichtigen Ereignis für sich sein wollte, seine Meinung im Verlauf der Geburt vollkommen änderte und sie anflehte, ihnen eine Doula zu besorgen [Klaus/Kennell/Klaus 1995, 22].

Skepsis der Männer

Im Hinblick auf die Doula-Geburtsbegleitung ist sich ein werdendes Elternpaar nicht immer einig. Männer äußern immer wieder Bedenken, ob es tatsächlich von Vorteil wäre, wenn während des Geburtsprozesses eine dritte Person anwesend wäre.

„Was mich zurückhielt, war die Vorstellung, dass die Geburt unseres Kindes mit einer Doula keine so intime Erfahrung zulassen würde, als wenn wir ganz alleine wären – nur wir beide und das Baby. Mir kam die Begleitung wie eine Einmischung eines Dritten vor.“ [Eine Mutter zit. nach Klaus/Kennell/Klaus 1995, 73]

Männer, die sich zum ersten Mal mit dem Thema Geburt beschäftigen, bekommen manchmal das Gefühl, es könnte ihnen ihr Platz weggenommen werden, wenn die Doula oder eine enge Freundin der Mutter „ihre“ Rolle übernimmt. Zusammen mit dem Vater können Mutter und Freundin für die gebärende Frau jedoch eine wichtige Unterstützung sein, wie folgende Interviewpassage zeigt:

„Das gibt es schon, dass die Frau sich dann für keine Doula entscheidet, weil der Mann es nicht will. Die Männer sagen eher, lass uns lieber gucken wegen einem neuen Kinderwagen.“ [C4D/ 91]

In einem Interview antwortet eine sehr erfahrene Schweizer Doula auf die provokative Frage hin, ob die Doula allenfalls sogar besser wäre als der eigene Partner, wie folgt:

„Nein, sicher nicht. Das Geburtserlebnis verbindet das Paar und auch den Vater mit den Kindern. Es ist aber auf jeden Fall anders, wenn Männer bei der Geburt dabei sind und am Geburtsgeschehen teilhaben. Und es gibt auch Frauen, die nicht wollen, dass ihr Partner sie im Wehenschmerz erlebt.“³⁶

Und wenn die Möglichkeit einer Hinwendung der Doula besteht, die von solcher Art ist, dass sich der Vater nicht bedroht fühlt, sondern im Gegenteil, ihm emotional in seiner Position den Rücken stärkt, so kann das für das Paar ein großer Gewinn auch in ihrer Beziehung zueinander sein. Die Männer selbst genießen dann ihre Lage, weil sie spüren, dass ihre Frau richtig versorgt ist und sie in ihrer

³⁶<http://www.swissmom.ch/index.htm?anzeige.php?docname=INTERVIEWBIRCHLER~mainFrame>
[08Jan09/14:34]

Männerrolle nicht angegriffen werden. Das ist für den Mann zugestandenerweise schon deshalb kein einfacher Lernprozess, weil Geburt meistens nur mit Hebamme und Krankenhaus assoziiert wird [ebd.], was folgende Aussage deutlich macht:

„Ich hatte eine Frau, die unbedingt eine Doula wollte. Sie hat mich kontaktiert und ich hab ihr erzählt und erklärt, wie das so ist. Sie haben mir dann abgesagt. Weil er gesagt hat, er möchte das, aber er fühlt sich unsicher. Und aus der Sicht des Mannes kann ich das total gut verstehen, weil das ist ja Frauen-Power pur. Und er wollte aktiv daran teilnehmen. Aber das ist ja auch die Aufgabe der Doula, den Mann zu integrieren.“ [C7D/27 29]

Konkurrenz zwischen Doula und Vater

Sehr häufig befürchtet das Paar, ein Außenstehender, der Unterstützung bietet, wird den Ton angeben und den Geburtsverlauf beherrschen wollen, wie es bei der herkömmlichen Geburtshilfe häufig der Fall ist. Die Ausrichtung der Doula ist jedoch vollkommen anders – hier liegt die Betonung auf beruhigender Entspannung und Bekräftigung der natürlichen Fähigkeiten der gebärenden Frau. Folgende Aussagen zweier Doulas bestätigen diese Meinung nicht.

„Das ist mir überhaupt noch nie untergekommen. Warum sollte das sein? Also, wenn die Doula merkt, dass der Mann gut zurechtkommt und die zwei bestens zusammenspielen und die zwei miteinander genug haben, dann nimmt sie sich eh zurück. Sonst ist sie keine Doula. Ich hab bei einer Doula noch nie den Ehrgeiz gemerkt, sie muss jetzt dabei sein, weil wenn das ok ist und die Frau sie doch nicht braucht und doch nur den Mann drinnen im Kreißsaal haben will, dann ist sie draußen. Und das ist auch in Ordnung.“ [C1DH/29 31]

„Das sehe ich nicht als Problem, ich bin keine Konkurrenz, ich bin nicht der Partner. Ich möchte auch nicht der Partner sein. Ich bin einfach die Doula. Ich möchte wirklich einfach versuchen, diese Rolle beizubehalten. Diese Rollen müssen auch geklärt sein. Ich denk, die Frau muss sagen, was sie erwartet von mir, und ich sage ihr, was ich sein kann und was ich nicht sein kann. Ich sage immer, es ist so schön wenn der Vater einfach Vater werden kann und nicht noch irgendwas verkörpern muss, was er gar nicht sein kann und auch nicht sein muss. Er muss nicht der Allwissende sein, er muss nicht der Erfahrene sein, der Geburts- oder Gebärfahrene. Er soll einfach Vater werden können. Und da möchten wir ihn entlasten, damit er sich auch drauf einlassen kann oder sich auch eine Auszeit nehmen kann, wenn es zu viel wird.“ [C4D/ 85 89]

Gesellschaftlicher Druck

Die Vorsitzende des Bundes Deutscher Hebammen, Magdalene Weiß, meint: „Es gibt heute einen gesellschaftlichen Druck, dass die Männer zur Geburt mitgehen. Aber es macht ihnen manchmal Angst, wenn sie sehen, wie die Frau leidet. Dann haben sie das Gefühl, jemand müsse ihr helfen und

rufen nach Narkose oder Kaiserschnitt." Die Regel sei dies allerdings nicht. „Das passiert vor allem bei Männern, die schlecht vorbereitet sind und sich eine Geburt wie einen Spaziergang vorstellen." [Z-Artikel/Hummel 14.08.2001, 11].

„Es ist ja schon eine Ausnahme, wenn ein Mann nicht dabei ist. Es wird von ihm verlangt, es ist automatisch. Ich denk mir, es ist heutzutage genauso schwer zu sagen, ich will nicht dabei sein, so wie es früher genauso schwer war zu sagen, ich will dabei sein.“ [C19MmD/10 11]

Unter Fachleuten wird dieses Thema kaum diskutiert, obwohl der eine oder andere sich gut vorstellen kann, dass Odents Frage in die richtige Richtung weist (siehe 4.3.) „Dass der Mann stört, ist schon öfter der Fall, als unsereiner so glauben möchte, da steht viel im Raum in so einer Situation", sagt etwa Hans Georg Bender, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auch Annette Denker, Hebamme aus Münster und seit zwanzig Jahren im Beruf, hat schon oft erlebt, dass „die Frau den Mann während der Geburt weggeschickt hat", obwohl sie im Vorbereitungskurs gesagt habe, sie wolle ihn dabei haben. „Hinterher entschuldigen sich die Frauen dann und sagen: ‚Ich war nicht mehr ich selbst‘" [Zit. nach Z-Artikel/Hummel 14.08.2001, 11]. Zwei Doulas äußern sich wie folgt:

„Männer sind ja auch in der Pretuille, viele Männer gehen ja nur hin, so klassische Stammtischgespräche, du hast ja nur Angst, dass du zusammenkippst, ja, weil sie sich schon gar nicht mehr trauen, weil es zum guten Ton gehört, aber was nützt uns ein Partner, der mit der Situation überfordert ist. Der viel besser damit aufgehoben wäre am Flur klassisch mit dem Blumenstrauß durch die Gegend zu laufen, oder daheim zu warten.“ [C3D/40 42]

„Man muss auch ganz klar sagen, dass von den Männern einfach zu viel erwartet wird. Man ist so auf dieses Mann-Frau-Partnerschaft in unserer Gesellschaft fixiert und ich traue mich behaupten, dass das kein Mann abdecken kann. Einfach, weil er sich aus seiner Rolle heraus nicht so einfühlen kann, dass heißt nicht, dass er nicht einfühlsam sind, aber es übersteigt einfach das, was sie geben können. Und es ist einfach dieser Frauenkreis um die Frau herum, dass ist keine Bedrohung für den Mann, sondern eine Entlastung. Das ist einfach meine Erfahrung. Viele gehen nach der Geburt raus und sind froh, dass jemand da ist. Man muss schon auch sagen, es wird ein immenser Druck auf die Männer ausgeübt. Was die alles können müssen. Also neben dem Familienversorgen und viel Geldverdienen, aber auch emotional da sein und viel Zeit für die Familie zu finden und bei der Geburt auch noch emotional da sein. Das ist schon auch heftig für die Männer. Diese Seite muss man auch mal sehen.“ [C8D/47 51]

Für Geburtsvorbereiterinnen wiederum ist es oft schwierig, die Väter zu einer intensiven Teilnahme an den Übungen zu bewegen und ihnen ein Verständnis dessen zu vermitteln, was tatsächlich auf sie zukommen wird. Dr. Martin Greenberg, ein erfahrener Arzt, der Untersuchungen mit jungen Vätern durchgeführt hat, sagt von sich selbst: „Ich habe erst im Nachhinein gemerkt, wieviel Angst ich hatte

und wie wütend ich auf das Pflegepersonal war, weil sie mich mit meiner Frau alleine ließen, als unser erstes Baby zur Welt kam.“ [Zit. nach Klaus/Kennell/Klaus 1995, 65]

„Ich hab das nur einmal erlebt in einem Geburtsvorbereitungskurs. Da war ein Pärchen, wo der Mann gleich so in der Vorstellungsrunde gesagt hat, Leute, ich bin hier wahrscheinlich der Außenseiter, aber ich bin hier, weil ich nicht bei der Geburt dabei sein möchte. Weil ich habe nicht das Gefühl, dass ich meiner Frau helfen kann und ich möcht hier mal nur so gucken, was da für mich so als Info rüberkommt und hinterher werd ich entscheiden, geh ich mit oder geh ich nicht mit. Und der hat dann auch hinterher gesagt. Nein.“ [C3D/36 38]

Meine persönliche Erfahrung bei einer Geburt war, dass sich der werdende Vater völlig aus dem Geburtsgeschehen zurückgezogen hat: Während er sich an diesem einen Nachmittag, da seine Frau am Beginn des Gebärens war, mit Computerarbeit ablenkte, hat er aber doch mein Kommen scheinbar befreit mit den Worten: „Ich bin so froh, dass du da bist“ gutgeheißen. Eine Doula aus Deutschland äußert eine ähnliche Ansicht:

„Die ersten Worte meiner letzten Begleitung waren beim Eintreffen, ich bin froh, dass du da bist und dass ich jetzt eine Frau bei mir hab. Am Anfang wollte sie halt noch ein bisschen allein sein. Die Frau weiß, du bist da, das heißt gar nicht, dass man da groß was machen muss, einfach wo schon deine Anwesenheit, die das Gefühl vermittelt, du bist hier und man springt nicht in die Geburt hinein, sowie das oftmals Hebammen oft müssen, weil ich denke mal, das ist ganz ganz wichtig.“ [C3D/20 22]

Sowohl für die Frau als auch für den Mann kann die Doula eine große Entlastung darstellen. Eine Doula hat folgende Erfahrung zu berichten:

„Ich hab die Erfahrung gemacht, dass die Männer sich dann im Endeffekt, nachdem sie das erlebt haben und auch während den Geburten, sich extrem entlastet gefühlt haben. Weil sie gemerkt haben, in der Erfahrung drinnen, dass ihnen irgend ein Druck genommen wird, der ihnen aber sonst umgehängt wird, weil ganz allgemein immer erwartet wird, na ja die Väter müssen bei der Geburt auch dabei sein und die sind oft emotional völlig „blown away“, völlig überfordert, und das schafft natürlich dann auch Spannungen in der Beziehung.“ [C8D/41 43]

Michel Odent resümiert wie folgt: „Jedes Paar muss für sich entscheiden, was richtig ist, wenn das geschehe, sei schon viel erreicht“ [Z-Artikel/Hummel 14.08.2001, 11].

Abschließend seien hier die dankbaren Worte eines Vaters angeführt, die dieser in einem Brief an eine Doula [C3D] gerichtet hat. Die Namen wurden geändert.

Gedanken von Andreas zur Geburt seines Sohnes Carsten

Maria: Mutter, Andreas: Vater, Carsten: neugeborener Sohn, Britta: Doula, Diana: Hebamme

Jetzt, ein halbes Jahr später, ist es natürlich etwas schwieriger, sich diese Nacht wieder in die Gegenwart zu holen. Der bleibende Eindruck ist, dass Ihr, Britta und Diana, mir immer das Gefühl gegeben habt, die Situation im Griff zu haben. Diana, die sich für die „Technische Seite“ der Geburt zuständig fühlte, und Du Britta, die sich um die „Seelischen Dimensionen“ dieses unglaublichen Wunders „Geburt“ sorgte. Mich hat es sehr entlastet, dass ich wusste und auch während des ganzen Geburtsprozesses sicher war, dass Maria sich aufgehoben fühlte, und ich meine Rolle frei bestimmen konnte. Es war klar ersichtlich, dass Du genau wusstest, was Maria jetzt gut tun könnte, hast sie mit Deiner Erfahrung beruhigt, unterstützt und geführt, wie ich es sicher nicht gekonnt hätte. Dafür meinen tiefen Dank!

Gerade bei einer Hausgeburt ist es total wichtig, dass da jemand ist, der auch die langen Stunden, bevor es dann so richtig losgeht, geburtsfördernd begleiten kann. Ich glaube die wenigsten männlichen Partner können das.

Wie Du Maria unterstützt hast, zum rechten Moment massiert und ihr wichtige Tipps gegeben hast – war sehr beeindruckend. Auch beim Geburtsvorgang selbst, hatte ich das Gefühl, Du bist ganz klar auf Marias Seite. Wir haben dann Carsten mit vereinten Kräften auf die Welt gebracht. Ich bin Dir auch sehr dankbar, wie liebevoll Du dieses kleine Wesen betreut hast. Ich habe nur gute Erinnerungen an diese Hausgeburt. Es war ein ganz magisches Ereignis für mich. Das Wunder des Seins.

4.3.2. Väterliches Verhalten aus der Sicht der Gebärenden

Geburtserlebnisse

Im folgenden Abschnitt berichten Mütter von ihren Geburtserlebnissen mit ihren Männern.

„Ich hab einen Partner, der sehr Gutes geleistet hat, obwohl er selber, für sich sagt, er ist einfach Mann, auch wenn er Mediziner ist. Er kann, sag ich mal, das große Fragezeichen Geburt nie bis zur Endkonsequenz nachfühlen, wie das eine Frau kann. Er hat alles gemacht, wenn ich ihm gesagt habe, du kannst das und das machen, aber dass er alleine auf so eine Idee gekommen wäre? Nein, nie.“ [C3D/16 17]

„Ich hatte drei Hausgeburten und bei allen dreien die gleiche Hebamme. Und durch die ersten Geburtserlebnisse wusste ich, bei der dritten möchte ich keinen Mann dabei haben. Ich hab mir gesagt: Ich will das nicht mehr, es regt mich viel zu sehr auf, dass mir der dauernd Fragen stellt, wo da nichts zum Fragen ist.“ [C20MmD/8 9]

„Mein Mann war sehr froh, dass er von der von mir geforderten aktiven Rollen draußen war. Und er hat dann gesagt, dass er zum ersten Mal verstanden hat, was ich da dauernd meinte.“ [19MmD/23]

„Und mein Mann hat durch das Zusehen, er hat mir dann nachher gesagt, dass er froh war, dass die Doula da war und er dadurch freier war. Er war erleichtert. Er war zuständig zum Kaffeekochen. Ganz klare Befehlsanweisungen und nichts in diesem Emotional-Spirituellen, weil wenn es Spiritualität gibt, dann das. Da braucht man nicht beten, da brauchst auch niemanden, der dir erzählt, was zu tun ist, weil das ist Natur pur. Ich hab das Gefühl gehabt, was da passiert, passiert weil es so ist, weil es so ist. Das kann man nicht erklären.“ [20MmD/28 30]

„Die Doula hat mich immer zum richtigen Zeitpunkt berührt und die richtigen Worte in der richtigen Stimmlage gesagt und so bin ich dadurch in eine andere Welt eingetreten. Die war viel feiner, viel kraftvoller, da waren keine Schmerzen mehr, das war wie Löwen, die brüllen. So war es am ehesten. Es war kein „Es-tut-so-weh-Gewimmer“ und ich kanns bis heute noch nicht gescheit in Worte fassen, das geht gar nicht.“ [20MmD/25 27]

Liliana Lammers, eine in London lebende Doula und Mutter von vier Kindern, sagt, sie habe bei der Geburt ihres ersten Kindes die Erfahrung gemacht, dass sie sich plötzlich viel besser fühlte, als ihr Mann den Kreißaal verließ, weil er dringend telefonieren musste: „Ich hatte Schuldgefühle deswegen, aber ich fühlte mich plötzlich so frei, dass ich fast enttäuscht war, als er wiederkam“ [Liliana Lammers zit. nach Z-Artikel/Hummel 14.08.2001, 11]. Das nächste Kind brachte sie zu Hause zur Welt, während er schlief, und die anderen beiden ebenfalls zu Hause und ohne ihn. Lammers kann sich an viele Fälle erinnern, in denen die Anwesenheit des werdenden Vaters die Geburt des Kindes sehr schwierig gemacht hätte. So berichtet sie von einer Entbindung, zu der man sie als Doula gerufen hatte, als die Wehen der Frau einsetzten. Der Ehemann sei sehr nervös gewesen und habe alle Lichter im ganzen Haus und den Fernseher angemacht. Seine Frau sei daraufhin ins Badezimmer gegangen und habe Kerzen angezündet. Sie selbst sei im Schlafzimmer geblieben und habe auf die Geräusche geachtet, die die Kreißende gemacht habe. Als die Geburt kurz bevorstand, seien alle drei ins Krankenhaus gefahren. Die werdende Mutter habe entschieden, dass der Vater bei der Geburt dabei sein solle, also sei sie selbst nicht mit in den Kreißaal gegangen, da sie nicht stören wollte. Als die Presswehen einsetzten, sei der Ehemann losgelaufen und habe eine Gasmaskе mitsamt Betäubungsmittel herbeigeholt, das Licht im Kreißaal angeknipst und die Maske seiner Frau aufs Gesicht gedrückt. Daraufhin hätten die Wehen ausgesetzt. „Sie hatte Panik, weil sie „aufgewacht“ ist“, sagt Liliana Lammers, denn um gebären zu können, darf man sich der Realität nicht bewusst sein“ [Liliana Lammers zit. nach Z-Artikel/Hummel 14.08.2001, 11].

Gerade wenn zwei Menschen emotional miteinander verbunden sind und in einer Liebesbeziehung zueinander stehen, ist es für den Begleiter sehr schwer, durchgängig objektiv und ruhig zu bleiben und ein gewisses Maß an Distanz zu den Schmerzen der Mutter, zu möglichen Ängsten oder Gefahren zu bewahren [vgl. Klaus/Kennell/Klaus 1995, 15]. Aus diesen Gründen braucht eine Frau während der Geburt nicht nur den Vater oder einen gewählten Partner, sondern auch jemand, der ihr stärkend und erfahren zur Seite steht, der ihr ruhig und geschickt beim Umgang mit den Wehen helfen kann, und der für die Mutter wie für den Vater eine beruhigende und konstante Präsenz bedeutet [ebd.].

Der Wunsch nach einer Doula

Eine routinierte Wiener Doula hat die Erfahrung gemacht, dass der Wunsch, sich für eine Doula im Rahmen der Geburtsbegleitung zu entschließen, immer von den Frauen kommt, und Männer erst im Nachhinein realisieren, wie wichtig diese Begleitung sein kann. Eine Mutter und Freundin von mir, die ich als Doula begleitet habe, drückt diesen Sachverhalt wie folgt aus:

„Für mich war wichtig, dass du als Freundin, Doula dabei bist. Für meinen Mann war es sehr wichtig. Und es hat ihm sehr gut getan, weil er in meinem Fall eben auch dich sehr gut gekannt hat und wahrnahm, wie wichtig es für mich war. Wie wichtig es für ihn war, hat er erst im Nachhinein realisiert. Ich weiß, dass du für ihn ganz, ganz wichtig warst. Ich kann mir auch vorstellen, dass Männer sich einfach noch nicht vorstellen können, dass eine Doula unterstützend sein kann.“ [C19MmD/44 46]

Dass die Doula am Beginn der Kontaktaufnahme sich zurücknimmt und erst einmal sensibilisiert, wie ihre Rolle in diesem Beziehungsprozess während der Begleitung sein soll, ist selbstredend. Hier spricht eine Doula über diese wie oben geschilderte Erfahrung:

„Am Anfang ist es oft so, dass sich die Männer nicht vorstellen können, was diese Frau (diese Doula) da machen soll. Sie haben keine Vorstellung, was außer der Hebamme noch nötig ist. Und die lernen mich dann kennen und gerade am Anfang halte ich mich immer sehr im Hintergrund. Ich schau mir immer genau an, welche Rolle krieg ich überhaupt von der Frau oder vom Paar. Weil das ist auch nicht immer gleich. Manchmal ist das ganz klar, da kommt nach dem Paar die Hebamme. Und du weißt genau, du hast dich dahinter irgendwie zu platzieren und deine Aufgabe wird dann im Hintergrund sein. Und manchmal ist es aber genau umgekehrt. Dass die Frauen, dich an der Seite haben wollen und dass sie die Hebamme eher als Medium Sicherheit darstellen. Und das ist ja dieses klassische Kennenlernen in der Schwangerschaft, das von Mal zu Mal besser wird und du musst natürlich auch ein Gespür dafür haben, weil du darfst dem Mann nicht das Gefühl geben, wir machen das jetzt und er steht daneben. Das ist genau das Falsche und das ist auch der Frau nicht dienlich. Weil er und sie und das Kind sind die Familie. Und die drei haben Vorrang, das ist der Kern.“ [C8D/35 40]

4.3.3. Kulturelle Diversität

Die Geburtshilfe steht häufig im Schnittpunkt von Moderne und Tradition. Das im Herkunftsland meist unübliche Auftreten von Ehemännern als Geburtsbegleiter ist dabei ein möglicher Ausdruck für den Wandel von Traditionen im Migrationskontext. Obwohl die Teilnahme des Vaters bei der Geburt im Herkunftsland weder üblich noch erwünscht ist, kann Männerbegleitung im Gastland erwünscht sein, aber auch dezidiert die ausschließliche Geburtsbegleitung durch Frauen aus der Familie [vgl. Kuntner 2007, 445f].

Meistens dolmetschen die werdenden Väter. „Wir geben dem Mann die Anweisungen und der übersetzt. Aber wenn er und sie im Stress sind oder wenn Fachbegriffe vorkommen, wird es

schwierig“, so eine Hebamme [Zit. nach Z-Artikel/Reithofer-Haidacher 6/2009, 40]. Wenn der Mann für die Frau spricht, geht immer etwas an Subtext verloren. Das müssen dann DolmetscherInnen mit ihrem nötigen Fachwissen kompensieren; sie lesen zwischen den Zeilen.

In der folgenden Interviewpassage beziehen zwei Migrantinnen Stellung zu diesem Thema. Eine Frau aus dem Sudan schildert die Herausforderungen zwischen den Kulturen wie folgt:

„Ich wollte jemanden mit mir, unbedingt. Ich wollte unbedingt jemanden, aber nicht meinen Mann. Und nicht Verwandte und nicht Bekannte. Jemand, der dabei ist und wenn etwas ist, der mir sagt, was ist. Ich kenne viele Frauen, haben viele Kinder. Männer wollen nicht ins Krankenhaus zu Geburt. Frauen immer allein.“ [C13MM/63 64]

Dass das Faktum der Migration und der kulturellen Diversität different zu sehen ist und in keinem eindimensionalen kausalen Zusammenhang stehen muss, wird durch die Aussage einer Frau aus den USA erhellt, die mit einem türkischen Arzt in Wien verheiratet ist.

„Für mich ist es wichtig, dass wir, mein Mann und ich gemeinsam entscheiden, wo wir hingehen zur Entbindung. Ich fühl mich nicht wohl, wenn mein Mann fühlt sich nicht wohl.“ [C16MM/22 23]

Kuntner fand in ihrer tamilischen Studie über Geburtsbegleitung heraus, dass die Anwesenheit des Mannes bei der Geburt im Aufnahmeland üblich ist, aber weder von der Frau noch vom Mann immer erwünscht ist. Alle befragten Frauen äußern ganz klar, dass sie am liebsten eine ältere, erfahrene Frau bei der Geburt dabei hätten. In Sri Lanka ist die Teilnahme des Mannes bei der Geburt nicht üblich und mit einem Tabu belegt [Kuntner 2007, 452]. Eine Doula spricht hier noch abschließend zu dem genannten Themenkreis:

„Ich hab auch oft erlebt, bei bi-nationalen Paaren, wo die Männer dabei sein wollten, obwohl es in ihrer Kultur nicht üblich ist und die das dann gemacht haben, weil die dachten, dass es hier üblich ist und sie müssen sich anpassen. Und das war eigentlich super-schrecklich. Hinterher, wenn die Beziehung kriselte, dann kam das auf den Tisch, zum Teil Jahre später. Also, ich glaub wirklich, dass das ein ganz schwieriges Thema ist.“ [C2D/79 81]

4.3.4. Aus Sicht der Doulas

Doulas berichten, dass sich Männer durch die Anwesenheit der Doula eher entlastet als verdrängt fühlen. Sie haben die Möglichkeit, sich durch die Doula auch Ängste und Befürchtungen einzugestehen und können sich vor oder während der Geburt für kurze Zeit zurückziehen, selber

durchatmen, sich die Beine vertreten ohne ein schlechtes Gewissen dabei zu haben. Folgende Stellung bezieht hier eine Doula dazu:

„Bei meiner letzten Begleitung war das so: Da fragte mich ihr Mann, ob er sich noch mal ein bisschen hinlegen darf. Und ich sagte, frag deine Frau, für mich ist es ok. Und ich kann dich ja jederzeit wecken. Und dann war er im anderen Zimmer und ging schlafen und bei der werdenden Mutter wurde es immer mehr, sie konnte sich ganz anders öffnen. Sie konnte dann auch meine Nähe ganz anders zulassen. Und wir haben dann alles zusammen veratmet und dann war die Hebamme da und da hat er auch noch geschlafen. Und erst so gegen halb sieben, wo es so Richtung Endspurt ging, hat er noch immer geschlafen und dann, als er kam, hat sie sich in seiner Anwesenheit immer ein bisschen zurückgezogen und dann ist er noch mal rausgegangen, hat gefrühstückt und für uns alle mal einen Kaffee gekocht oder er war dann wieder mal für zwischendurch auf eine Zigarette raus.“ [C3D/28 31]

Die Aufgabe der Doula ist es, den werdenden Vater zu unterstützen und ihn – nicht zuletzt emotional – zu entlasten, indem sie sich aktiv in den Geburtsverlauf einzubringen vorschlägt, sofern das von ihm gewünscht wird.

„Ich hab ein Paar begleitet und nach dreißig Stunden hat der Mann dann zu mir gesagt, bevor er seiner Frau gratuliert hat, er wird jetzt jedem Paar empfehlen eine Doula mitzunehmen. Das sei so etwas Hilfreiches und so entlastend für ihn gewesen.“ [C5D/88 89]

4.3.5. Aus Sicht der Hebammen

Die meisten Partner versuchen ihre Partnerin während der Geburt zu trösten und zu stützen – und werden oft zurückgewiesen. Jede Frau reagiert anders während der Geburt. Es kann vorkommen, dass die Gebärende die Nähe ihres Partners plötzlich nicht mehr erträgt. Viele Frauen sagen hinterher, sie hätten sich wie ein Tier gefühlt und hätten nichts mehr unter Kontrolle gehabt. Männer gehen unterschiedlich damit um, einige fotografieren oder filmen, andere telefonieren, wieder andere gehen raus, um zu rauchen. Grundsätzlich neigen Männer dazu, ihre Frauen während der Geburt dauernd zu fragen, wie es ihnen gerade geht. Sie versuchen zu verstehen, was vor sich geht, zu rationalisieren, um ihre Angst abzubauen. Enttäuschte Erwartungen und Verletzungen können zu schweren Beziehungskrisen führen. Nach Monaten und Jahren kommen den Frauen negative Erlebnisse wieder hoch, sie behalten sie aber oft für sich, weil sie den Partner nicht damit belasten wollen. Deshalb empfiehlt Hebamme Ans Luyben unbedingt nach der Geburt noch einmal darüber zu reden [Z-Artikel/Fischer Verlag 2004, 69].

Eine Hebamme bezieht folgend Stellung dazu:

„Und man war immer froh, wenn jemand dabei war, weil für die paar, die alleine waren hat man sich dann mehr Zeit nehmen können.“ [C9H/56]

Weiters berichtet eine Hebamme in diesem Zusammenhang folgendes:

„Wenn das so geplant ist, es muss der Wunsch der Frau sein und es muss für die Frau passen. Das muss einfach auch vorher besprochen werden, welche Aufgabe jeder übernimmt, und es muss grundsätzlich so sein, dass es für die Frau passt. Und was unter der Geburt passiert und was für die Frau gut und wichtig ist, das wird die Frau eh merken, und wenn sie merkt, dass ihr alles zu viel ist, dann wird sie sowieso alle rausschicken. Also es ist ganz wichtig für alle Beteiligten, dass sie den Wunsch der Frau erfüllen, auch wenn sich das unter der Geburt verändert, jeder muss das tun, was die Frau verlangt und wünscht, ohne dass sich irgendjemand angegriffen fühlt. Es kann auch passieren, dass die Frau sagt, und jetzt gibst du den Finger weg und gehst einmal kurz raus. Jetzt möchte ich allein sein. Und das tut eine Hebamme auch, weil sie weiß, dass es die Frau weiterbringt, wenn du siehst, dass es ihr Gefühl ist und ihr Wunsch ist. Gewisse Sachen muss man einfach einhalten, aber es muss immer so sein, dass die Frau sich wohlfühlt, weil nur so die Geburt weitergeht und gut geht. Das ist ganz schwierig, wenn man die Frau zu etwas zwingt.“ [C10H/53 58]

Hierzu ein Beispiel wie hinderlich und belastend der Anspruch sein kann, während der Geburt ästhetisch sein zu müssen.

„Viele Frauen, Österreicher und Nicht-Österreicher haben oft die Sorge, dass sie sich gehen lassen, vor dem Partner ein Ästhet sein[zu müssen] kann im Geburtsgeschehen mehr verkrampfen als entspannen. Das Schön-Sein-Wollen neben dem Partner. Es ist anstrengend und wenn's dein Körper braucht, wirst du erbrechen und wenn's dein Körper braucht, kann Stuhl abgehen, vor allem, wenn es schnell geht und die Frau keinen Einlauf bekommen hat, dann geht Stuhl ab, da ist nichts dran zu ändern und wenn du Blähungen hast, dann pfurzt du, weil der Schädel einfach den After aufdrückt und du einfach keine Kontrolle über deine Eingeweide hast, das ist eben so. Und da soll keiner in der Umgebung schockiert sein, aber mit mir muss die Frau nachher auch nicht weiter zusammen leben. Vor mir darf sie. Vor ihrem Mann, weiß ich nicht, ob er das packt, weil wenn er nicht darauf vorbereitet ist. Andererseits hab ich immer wieder Väter kennengelernt, die sagten, sie haben die größte Achtung vor ihrer Frau, weil sie das geschafft hat. Es ist halt nicht so wie beim Schnuller-Alarm, „Kutz Kutz“ und das Kind ist da... das wär schön, aber ein bisschen mehr arbeiten muss man schon. Das ist nicht die Realität, es kommt alles vor. Die Geburt hat einen unendlichen Zauber. Wenn das Kind kommt und alles ist gut, da sind so viel Emotionen im Raum, was vorher Spannung ist, ist dann Freude und Entspannung.“ [C12H/11 17]

Hebammen berichten von Spannungen mit Vätern:

„Mit Väter habe ich erlebt, dass die sich sehr hineingesteigert. Und die dann aus diesem angeeigneten Wissen ableiteten [...] Sie wissen jetzt, wie es läuft. Ich hatte eine Geburt, wo der Mann als Begleiter, dann versuchte das letzte Licht noch abzdrehen, wo es doch heißt, das Licht der Welt erblicken! Da muss ich sagen, da bin ich echt froh, wenn der Mann nicht dabei ist.“ [C12H/10 11]

„Manchmal gehen die Männer so in den weiblichen Bereich. Das sind dann eher so diese intellektuellen und esoterischen Sinn Männer - sag ich mal! Die so in den weiblichen Bereich gehen, da hatte ich mal einen, das war Wahnsinn. Der hatte alles gelesen zum Thema Geburt und er hat im Vorfeld zu seiner Frau, also wenn du alles richtig machst, tut es gar nicht weh. Und er hatte die Vorstellung, wenn das Baby geboren ist, wollen sie beide im Bett liegen und er möchte das Baby auf den Bauch kriegen. Also, das war richtig Arbeit mit dem Paar, das war richtig kompliziert. Zum Glück sind die Nabelschnüre ja in der Regel nicht so lange!“ [C12H/90 93]

Eine dritte Person ist oft nicht nötig; dies beschreibt zumindest eine Hebamme wie folgt:

„Ich hatte kürzlich eine Hausgeburt mit einer Doula. Sie hat die Rückenmassage gemacht, es ist aber sehr oft so, dass das der Partner übernimmt. Oder eben die Hebamme macht. Ganz oft ist eine dritte Person nicht nötig! Wenn der Mann engagiert ist.“ [C9H/23 24]

Dass der Mann den Einzug in den Kreißaal – so zumindest die Interpretation der meisten Hebammen – durch rhetorische „Hebammenkunst“ geschafft hat, in Folge dessen aber mit dieser Verankerung eines treibenden Keils auch noch die Doula unbewusst in das weite Feld der Betreuungsverhältnisse mitgeholfen hat einzuschleusen, ist ihnen ein Skandalon:

„Wir haben die Männer jetzt im Kreißaal, wofür wir lange dafür gekämpft haben, das ist ja auch ein häufiges Argument der Hebammen, dass die sagen ok, wir haben jetzt die Männer im Kreißaal endlich und jetzt kommt ihr Doulas.“ [C3D/38 39]

4.4. DOULAS

Die wie unten partiell wiedergebrachten acht Interviews mit Doulas fanden zwischen 31. Januar 2008 und 04. Juni 2008 statt. Die Interviewten haben Berufserfahrung zwischen einem halben und zehn Jahren aufzuweisen. Fünf von ihnen haben mehr als fünf Jahre in diesem Bereich gearbeitet. Meine Interviews führte ich in Berlin, Zürich und Wien. Folgende Themen ergeben sich aus der Analyse des qualitativen Datenmaterials.

4.4.1. Birth Doula

Die Zeit der Schwangerschaft, in der sich der Körper und die Seele auf die Geburt eines Kindes vorbereitet, ist einer der wichtigsten Lebensabschnitte einer Frau, den sie zumeist ganz bewusst erleben möchte. Sowohl Freude über das werdende Leben bestimmt die schwangere Frau als auch viele Zweifel über die Richtigkeit der Entscheidung(en). Klaus und Kennell beschreiben eine erfolgreiche Doula mit folgenden Attributen:

„A successful doula is comfortable with giving of herself and is not afraid to love. She also can enter another's space and be highly responsive and aware of another's needs, moods, changes, and unspoken feelings. At the same time, she is able to be flexible in this process, adapting herself to each mother's needs, and has no need to control or smother“ [Klaus/Kennell/Klaus 2002, 23f].

Jede Geburtsbegleiterin arbeitet mit ihren individuellen Eigenschaften und bringt ihre Qualitäten mit. Arbeitsbereiche, die sich in der Begleitung einer Schwangeren und Gebärenden widerspiegeln, werden in den folgenden kurzen thematischen Bögen ausgeführt:

„Es gibt so viele verschiedene Frauen und jede Begleitung sieht anders aus, weil jede Frau hat auch andere Bedürfnisse, und so soll es auch sein.“ [C6D/31]

Schwerpunkte der Doula-Tätigkeit

‘Never advise a woman – Listen to her!’ [Protokoll Lammers 15.07.07]

Vortreffen

Die Vortreffen dienen zum Kennenlernen, Erfahrungsaustausch und weiters für eine Abstimmung über Verfahrensweisen und Modalitäten der Begleitung. Obwohl die Bandbreite der Treffen variiert, kann man sagen, dass im Durchschnitt zwei bis drei Vortreffen abgewickelt werden. Darüber hinaus

gehört die permanente Begleitung, die eine Rufbereitschaft ab sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin inkludiert, zum Standard. In der Regel folgen dann noch zwei Nachtreffen bzw. je nachdem, ob eine längere individuelle Nachbetreuung von der jungen Mutter erwünscht wird.

Im Idealfall lernt die Doula die Mutter und den Partner im letzten Schwangerschaftsdrittel kennen. Die Doula kann sich nach Erwartungen und Wünschen der Frau oder des Paares erkundigen. Sie kann nachfragen, was die Mutter in Situationen, in denen diese sehr angespannt war, als hilfreich empfunden hat und was ihr in solchen Fällen am besten hilft, um sich wieder zu entspannen. Ob sie es genießt sich massieren zu lassen ist unter anderem eine wertvolle Information im Vorfeld. Die Doula wird dies später während der Geburt ausprobieren und die Frau fragen, ob es ihr gut tut [Klaus/Kennell/Klaus 1995, 28f].

Wie so ein Vortreffen aussieht, wird wie folgt geschildert:

„Ich treffe mich meist so drei bis fünfmal vor der Geburt, je nachdem was eben gewünscht wird oder gebraucht wird, und komm zu ihnen nach Hause. Fast immer zu Hause, erstens, dass die Frauen nicht herumfahren müssen. Sie sollen so entspannt wie möglich sein. Dann beschnuppert man sich erstmals und lernt sich kennen. Und dann weiß man eh schon sofort, mit ihr kann man es sich vorstellen und umgekehrt. Dann bespricht man die Vorstellungen, Wünsche oder was anders sein soll zu den anderen Geburten und auch Erwartungen. Ich erzähl dann meist, was ich mach und was meine Schwerpunkte sind. Ich passe mich immer der Frau an. Und wenn das nicht passt, das hört man schon beim ersten Gespräch am Telefon heraus, das wird wahrscheinlich nix. Ich hab das jetzt so zwei, dreimal erlebt. Weil die Frau was ganz anderes sucht oder man schon am Telefon merkt, man kann nicht so gut miteinander, und dann macht das überhaupt keinen Sinn, da weiterzugehen. Am besten man verweist dann an eine andere Kollegin.“ [C8D/9 14]

Die Doula hat die darüber hinaus die Möglichkeit, Betreuungsverhältnisse an eine andere Doula abzutreten; dasselbe Recht fällt auch der Mutter zu, falls nach den Vortreffen es sich herausgestellt hat, dass Doula und Mutter nicht miteinander können.

Gespräche im Vorfeld

Intime Themen werden dann nur eingehend behandelt, wenn die Vertrauensbasis zwischen Doula und Mutter stimmt – und wenn die Mutter eindeutig über diese sprechen will.

„Bei meiner Doula-Arbeit ist mir ganz besonders wichtig, diese Vorgespräche mit der Frau zu haben [...] Da kommen Themen, wie z. B. die Abtreibung, die ein Jahr vorher war, wo immer noch Trauer und Schuldgefühle vorhanden sind, dass das nächste Kind kommen darf, also solche Themen sind das dann. Dass wird im Geburtsvorbereitungskurs nicht thematisiert werden, weil es zu fremd ist und zu viele

Leute dort sind, aber ich denk, dass das für die Geburt ganz, ganz wichtig ist, dass das vorher herauskommt und dass sie nicht in die Geburt geht mit diesen ganzen Schuldgefühlen. Und das hat Auswirkungen auf unseren Körper. Und ich hab nicht das Gefühl, dass das durch die Hebammen Vorbetreuung oder gynäkologische Vorsorge oder Geburtsvorbereitungskurse abgedeckt wird. Deshalb kann ich mir eine Betreuung ohne Vorgespräche gar nicht vorstellen.' [C2D/62 66]

Liebevolle Unterstützung und das Frau-Sein stärken

Liebevolle Unterstützung heißt in diesem Sinne die Frau empathisch wahrzunehmen und sich ihren Wünschen – so gut es geht – anzupassen. Damit Frauen in Geborgenheit Leben schenken können, brauchen sie eine beschützte und liebevolle Atmosphäre: Je beschützter, sicherer und liebevoller eine Frau sich in diesen Stunden umsorgt fühlt, desto einfacher kann die Geburt verlaufen [Protokoll Gaskin 22.09.07].

„Als Doula übernehme ich keine medizinische Aufgabe, ich ersetze weder Hebamme noch Geburtshelfer. Meine Aufgabe ist es, die werdende Mutter nach Kräften liebevoll zu unterstützen.“ [C8D/17]

Jede Doula setzt ihre Schwerpunkte unterschiedlich:

„Mir geht es um das Stärken des Selbstbewusstseins der Frau und ebenso ihr Urvertrauen aufzubauen, damit sie das Frausein mit all seinen Zyklen lieben lernt und so die Urgewalt der Geburt bewusst genießen kann.“ [C7D/8 9]

Auf die Frau horchen heißt also sich als Mensch mit eigenen Problemen so wie nur möglich zurückzunehmen, damit die Doula in einem umso mehr hervortreten kann.

„Mir geht es auch nicht darum, dass ich unbedingt bei der Geburt dabei sein muss, ich mach es nicht aus Eigennutz, weil ich das Gefühl hab es, ist immer wieder so berührend wenn ein Kind zur Welt kommt. Es ist berührend, es ist ein Wunder und es ist ein Wunder vorher und nachher und wenn sie groß werden. Aber wenn eine Frau in diesem Moment nur mit ihrem Partner sein will, dann will sie mit ihm sein. Ich hab vorher viel gegeben, damit sie nachher ein schönes Geburtserlebnis haben konnte. Und auch das ist wertvoll. Es reicht auch, wenn ich da nicht nur positiv denke, sondern es auch bin.“ [C4D/156 158]

Kontinuierliche Betreuung

Der Ursprung der Doula kann in der einfachen Gegenwart bestimmt werden, damit die Frauen nicht alleine sind. Klaus und Kennell entdeckten ja eher zufällig bei ihren Erforschungen der Mutter-Kind-Bindung, dass Frauen, denen eine kontinuierliche Geburtsbetreuung zuteil wurde, eine qualitativ

bessere Bindung zu ihren Neugeborenen entwickeln konnten. Diese Begleitungsumstände brachten auch eine signifikante Senkung diverser Geburtskomplikationen mit sich: 50 % weniger Kaiserschnitte, 40 % weniger Zangengeburten, 60 % weniger PDAs, eine um 2 – 5% verkürzte Geburtsdauer. Diese randomisierten und kontrollierten Studien fanden allerdings in Kliniken statt, in denen Familienmitglieder oder Freundinnen nicht bei der Geburt dabei sein durften, oder höchstens für kurze Besuche. In einer der Kliniken durfte ein einziges Familienmitglied die Gebärende begleiten. Hier stellten die Forscher eine Sectiorate von 22,5% fest, im Falle, dass der Partner der Frau bei der Geburt dabei sein konnte. Saß außer dem Ehemann auch eine Doula am Gebärbett, sank die Sectiorate auf 14,2% [Z-Artikel/Stein 10/2004]. Die Signifikanz der Betreuungsverhältnisse ist nicht zuletzt ein Grund dafür, weshalb eine neu anzulernende Doula nicht nur intuitiv erfahren, sondern auch an wissenschaftliche Statistik gestützten Zahlen erkennen kann, dass sie während des Geburtsprozesses die Frau „mittragen“ kann, und so ein Kind in größtmöglicher Geborgenheit das Licht der Welt erblicken kann.

Der Psychoanalytiker Donald W. Winnicott, der sich sehr intensiv über „Primary maternal preoccupation“ in seinen Forschungen beschäftigt hat, weist mit der Wendung „Atmosphäre des Getragenseins“, darauf hin, dass der Säugling instinktiv die Liebe der Mutter durch den körperlichen und seelischen Halt spürt, welchen sie ihm gibt und der für seine körperliche und seelische Entwicklung entscheidend ist. Winnicott geht davon aus, dass die natürliche Fähigkeit der Mutter, ihr Baby gut versorgen zu können, verstärkt wird, wenn sie – in Anerkennung ihrer wichtigen Aufgabe des Mutterseins – selbst ausreichend unterstützt und versorgt wird [Klaus/Kennell/Klaus 1995, 124].

In diesem Kontext nimmt eine Doula wie folgt Stellung:

„[...] es geht darum da zu sein und nicht das Ganze aus dem Köcher zu ziehen, was man gelernt hat. Ich kann massieren, ich kann... und soll ich dir mal am Po oder dieses und jenes. Und ich hab eine Riesentasche und alles dabei. Ich hab mit den Jahren angefangen immer kleinere Taschen mitzunehmen und das find ich ist Qualität. Weniger ist mehr. Wirklich! Es braucht nichts, das ist das Schlimme dran. Ich glaube Studien belegen auch, dass wenn eine Person möglichst nur da ist, bessere Resultate erzielt werden können.“ [C4D/108 110]

4.4.2. Post Partum Doula

Das Wochenbett als Kokon der Geborgenheit zu erschaffen, ist nach der Geburt das zentrale Ziel der Doula. Die vierzig Tage Wochenbett finden sich in vielen Kulturen wieder. Eine entsprechende

Postpartum Doula-Ausbildung wird ab Februar 2010 in Graz angeboten werden (Entsprechende Informationen siehe 4.1.1.). Eine Doula äußert sich zu diesem Punkt wie folgt:

„Und meine Erfahrung ist wirklich die, dass vor allem wenn noch kleinere Kinder da sind, das Wochenbett den Schwerpunkt hat. Weil meistens haben die Frauen, die ich jedenfalls begleitet habe, eine eigene Hebamme. Aber es hapert meist daran, von der Familie her, dass sie das Wochenbett nicht so einhalten können, wie es nötig wär, und da fängt dann die Hauptarbeit an. Und da beginnt meist schon das Kennenlernen der Kinder. Damit man eine Vertrauensperson wird.“ [C8D/9 11]

Wenn jüngere Geschwister ebenso die Aufmerksamkeit der Mutter brauchen, kann schnell aus einer Nachgeburtsbegleitung eine Familienbegleitung werden, was nicht zuletzt im Interesse der Mutter liegt, so weit sie ein solches Begleitungsverhältnis auch zulassen will.

„Das Wochenbett ist sehr umfangreich. Wobei ich aber sagen muss, dass hier immer ganz klare Grenzen auftauchen zur Familienhelferin. Wenn ich merk, die Frau braucht eine Familienhelferin, dann sag ich das auch. Ich bin wirklich da mit dem Schwerpunkt auf die Frau. Das ist manchmal, dass ich was koche und zwei Stunden auf die Kinder schaue.“ [C8D/12 13]

FamilienhelferInnen konzentrieren sich auf den Haushalt: Kochen und Kinder. Hier differenziert sich das Tätigkeitsfeld, wie in untenstehenden Aussagen ersichtlich.

„Und im Wochenbett war es sehr unterschiedlich, manche haben dann nichts mehr gebraucht, weil sie eine Hebammen-Nachbetreuung gehabt haben. Manche sagten, vor allem die mit mehr Kindern, die haben es natürlich schon sehr genossen. Ich hab dann auch ab und zu den Haushalt dazu gemacht.“ [C1DH/46 47]

„Hebammen kommen ja auf Visite, sie sind aber nicht Stunden da, sondern schauen auf den Nabel und ob das Kind eh nicht gelb ist.“ [C9H/16]

In Österreich hat jede junge Mutter nach einer ambulanten Geburt Anspruch auf bis zu zehn Hebammen-Nachbetreuungsbesuche. Es gibt eine Nachregelung, wenn Frauen vor dem fünften Tag aus dem Krankenhaus entlassen werden: Sie erhält Anspruch auf weitere sieben Hebammenbesuche, wobei hinzugefügt werden muss, dass nur die wenigsten Hebammen mit Kassenverträgen ausgestattet sind. In der Nachbetreuung gibt es klarere Tätigkeitsbereiche, sodass das Spannungsfeld Doula – Hebamme kein großes Thema ist. Eine Wiener Doula schildert die Zusammenarbeit mit einer Hebamme mit folgenden Worten:

„Das ergänzt sich. Ich bin oft dagestanden und hab Essen gekocht und dann ist die Hebamme gekommen und hat die medizinische Untersuchung gemacht. Und da sind die Rollenaufteilungen ganz klar verteilt. Da sind ganz klar die Aufgaben geteilt, zwischen der Fachfrau Hebamme und der

emotionalen Unterstützung Doula. Wo es bei der Geburt vielleicht noch nicht so klar ist und auch in der Schwangerschaft. Aber im Wochenbett ist es dann ganz klar. Da gibt es nichts mehr.’ [C8D/14 16]

4.4.3. Herausforderungen in der Praxis

Erfahrungen mit Hebammen – Spannungsfeld und Anerkennung

„Was macht ihr Doulas, was ich, als Hebamme nicht kann.“ [C12H/45]

Immer wieder kommt es mit Hebammen zu diesen Diskussionen. Eine Hebamme in Berlin gestand mir, dass sie etwas eifersüchtig auf Doulas ist, weil es ebenso die ureigenste Hebammenarbeit ist, die im momentanen Geburtssystem sehr wenig Platz findet. Die Konkurrenz wird von Doulas mustergültig so beschrieben:

„Ich versteh ja, diese Diskussion, wenn eine Hausgeburtshebamme sagt: Was macht ihr (Doulas) da, wenn ich eh die ganze Zeit bei der Frau daheim bin. Aber ich hab halt bei meiner Freundin gekocht und geputzt und mich zum Teil um ihre zweijährige Tochter gekümmert. Und das sind doch alles Sachen, die die Hebammen gar nicht bieten wollen, diese Rund-um-Betreuung. Also ich kenn keine Hebamme, die den Haushalt mitversorgen will, aber ich kenn andererseits Hebammen, die sagen, Bauchmassage, nein, dass ist nicht mein Job, dass soll der Partner machen. Und dass die sich dann angegriffen fühlen, wenn da noch jemand ist, der solche Sachen machen.“ [C1DH/76 77]

„Ich will ja Hebammen nichts wegnehmen oder ihnen was streitig machen oder ihnen einreden, dass sie schlechte Arbeit leisten. Aber die Situation im Gesundheitswesen ist halt einfach so, dass die Hebamme diese Arbeit nicht alleine so leisten kann. Da bräuchte sie noch eine Frau.“ [C3D/38 39]

Klare Abgrenzung im Tätigkeitsfeld

Hebammen und Doulas sind Fachfrauen für Geburtshilfe, wobei vom Gesetzgeber ganz klar vorgegeben ist, dass nur die Hebamme auf medizinischer Ebene begleiten darf. Dass dies nicht zwingend einen Keil zwischen diese beiden Berufsgruppen treiben muss, braucht vor allem für Doulas nicht weiter thematisiert zu werden, da sie sich nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung zur Hebamme definieren.

„Ich glaub, das Allerwichtigste als Doula ist: Klar zu sagen wo die Grenzen sind. Einfach sagen, was ich alles mache und nicht mache als Doula. Weil schon manche Frauen geglaubt haben, ah, da nehm ich eine Doula, das ist billiger, da brauch ich dann keine Hebamme. Und da hab ich schon auch immer ganz klar, auch als Schutz für mich gesagt, also ok, ich kann zu dir kommen, wenn die Wehen losgehen, ich kann dich nicht untersuchen, ich darf dich nicht untersuchen. Weil da irgendwie die Illusion wäre, ich kann da was beurteilen, wofür ich aber nicht ausgebildet bin [...].“ [C1DH/59 61]

Hier werden Interviewpassagen von Doulas über ihre Erfahrungen mit Hebammen im Zusammenhang mit Spannungen angeführt:

„Ich hatte eine Begleitung und die Hebamme war total begeistert und sie hat gesagt, das hätte Zukunft, weil die heutigen Hebammen-Schülerinnen noch viel technischer und medizinischer ausgebildet werden wie vor ein paar Jahren. Und das wird noch technischer und dann bleibt noch viel weniger für das ganze Emotionale.“ [C5D/81 82]

„Eine Hebamme, die Erfahrung mit Doulas hat, hat nichts gegen Doulas.“ [C5D/75]

„Im Vorfeld gab es zu Beginn meiner Tätigkeit, schon mal Spannungen, doch nach den Geburten war das Eis oft gebrochen und die Hebammen waren froh, mich als zusätzliche Hilfe da zu wissen. Ich denke, oft war es die Unsicherheit, doch als die Rollen klar definiert waren, war es gut.“ [C5D/11 12]

„Es mangelt an Erfahrung. Wenn eine Hebamme noch keine Doula gesehen hat, dann denkt sie sich, da kommt ein Monster, die nimmt ihr den schönsten Teil ihrer Arbeit weg, das war der Grund, warum ich eigentlich Hebamme geworden bin, und das wird jetzt von der Doula abgedeckt. Ich denke, ich muss Verständnis haben für die Gefühle, aber wenn ich ins Gespräch kommen kann, dann kann ich es auflösen, ich muss einfach positiv eingestellt sein und mich nicht auf diesen Konkurrenzkampf einlassen. Es geht hier nicht um eine Konkurrenz. Aber die Hebammen haben noch nicht gesehen, was wir überhaupt wollen: Das Wohl der Frau!“ [C4D/76 79]

„Bei meiner letzten Begleitung kannte ich die Hebamme im Vorfeld nicht [...] aber es war einfach so, dass ich das Gefühl hatte, wenn sie das Geschehen so aus der Distanz beobachtete, war sie froh, dass ich da war. Weil ihr wäre es schwerer gefallen, was ich mit der Frau gemacht habe, zu machen. Das passte nicht zu ihren Naturell. Und so war auch das Feedback, das ich von ihr bekommen hab. Sie hat mich dann auch angerufen und sagte, dass es sehr schön war, dass ich mit dabei war, und ihre Worte waren wirklich. Sie konnte sich praktisch auf das rationale Geburtsgeschehen konzentrieren [...] Sie hat hinterher gesagt, sie könnte sich vorstellen, dass sie mich anbietet, also wenn sie Anfragen hätte.“ [C3D/128 131]

„Je mehr du weißt, je mehr medizinisches Fachwissen du hast und du dir dann immer präsent machen musst, umso weniger kannst du dich dann auf die emotionale Ebene begeben und wirklich nur da sein. Unsere Arbeit ist es ja dazu sein. Und dann raus zu fühlen, was wird jetzt in dem Moment gebraucht. Schön ist es, wenn es man das teilt, also mit der Hebamme zusammen. Ich hab das schon als sehr, sehr kraftvoll erlebt. Das hat unglaubliche Ruhe gegeben hat, dass die Ärzte sich plötzlich aufs Bett gesetzt haben, durch diese Ruhe (...) Einfach nur zu schauen, wie die Frau es macht, und sie in den Mittelpunkt ist und sie kann es. Die Hebamme hat sich bedankt und hat gesagt, du hast mir eine unglaubliche Ruhe gegeben. [...] Je besser wir zusammenarbeiten, umso schöner kann die Geburt werden, umso kraftvoller und selbstbewusster kann die Frau arbeiten.“ [C4D/102 107]

„Ich hab in der Praxis nie schlechte Erfahrung gemacht, wenn ich im Kreißsaal war mit den Hebammen. Weil die gemerkt haben, da ist noch jemand und das ist ja für die Hebammen auch eine Erleichterung gerade im Krankenhaus, aber auch im Geburtshaus war es kein Problem. Und ich kann total verstehen, dass die auf berufspolitischer Basis kämpfen bis zum Geht-nicht-Mehr, ich würd das auch machen,

wenn ich Hebamme wäre, aber ich bin Doula und nehme auch die Nachteile in Kauf, die dadurch entstehen. Sprich, kein regelmäßiges Gehalt... Jedem ist frei gestellt, wie sie arbeitet und wie sie lebt. Und jeder Frau soll freigestellt sein, wem sie zur Geburt als Unterstützung mitnimmt.' [C3D/32 35]

Im Nachhinein, also in einer ausführlichen Reflexion stellte sich nachträglich heraus, dass die Spannungen zum Teil gar nicht existent gewesen sind. Der Erfolg einer Doula hängt auch von ihrer Fähigkeit ab, mit den verschiedenartigen Mitarbeitern auf einer Entbindungsstation auszukommen. In einer Situation, in der es auf Sensibilität ankommt, kann die Fähigkeit der Geburtsbegleiterin, eine enge Verbindung mit der gebärenden Frau herzustellen, ihre Signale zu erkennen und sie zu beruhigen, dazu beitragen, eine mitunter schwierige Situation zu entspannen. Haben Hebammen, Ärztinnen und Ärzte die positive Wirkung der Geburtsbegleiterin erfahren, sind sie in der Regel froh, eine Doula auf der Entbindungsstation zu haben, und respektieren ihre Arbeit [Klaus/Kennell/Klaus 1995, 33].

Begleitpersonen im Kreißsaal

Nicht nur je nach krankenhausinternen Gesetzen und dem Einspruchsrecht der Hebamme hängt die Erlaubnis von Begleitpersonen ab, sondern selbstredend auch von der werdenden Mutter selbst, wobei alle nur möglichen Konstellationen denkbar sind: Ehemänner, Doulas, Verwandtschaft – der Begleitungsphantasie sind hier auf den ersten Blick keine Grenzen gesetzt. Dennoch muss gesagt werden – ohne hiermit gleich ein Feindbild beschwören zu wollen –, dass in weittragender Konsequenz die diensthabende Hebamme entscheidet, wer bei der Geburt begleiten darf und wer nicht. Hierbei sei angemerkt, dass in dieser Entscheidungsfindung auch technische Faktoren – wie die Größe des Kreißsaals etc. – eine nicht unwichtige Rolle spielen. In Kliniken, in denen Doulas explizit nicht im Gebärsaal zugelassen sind, übernehmen in der Regel die Ärzte (seltener die Hebammen) die Mitteilungsrolle. Der werdenden Mutter bzw. dem Paar wird dann kommuniziert, dass die Anwesenheit einer Doula mit der Betreuungsphilosophie des Hauses gänzlich unvereinbar ist. Die Fachliteratur weist aber ein Aufweichen dieses strikten Verweisungsgebotes auf, seitdem die diesbezüglichen Patientenrechte emanzipatorischer als früher von der Mutter in Anspruch genommen werden [Z-Artikel/Bodard Senn 16.11.2006].

Sheila Kitzinger, eine britische Sozialanthropologin, die auch als Geburtsbegleiterin arbeitet, hat über die strenge Begleitpersonen-Regelung bereits vor mehr als zehn Jahren wie folgt reflektiert:

,In Kliniken herrschte früher die strenge Regel, dass eine Gebärende höchstens von einer Person begleitet werden durfte. Immer mehr Kliniken haben jedoch erkannt, dass die Anwesenheit nicht nur

des Partners, sondern auch einer Freundin oder Verwandten, zu der eine vertrauensvolle Beziehung besteht, die Entspannung erleichtert und das Selbstvertrauen stärkt, mit dem Ergebnis, dass die Geburt mit größter Wahrscheinlichkeit gut verläuft. [Kitzinger 1998, 185]

Auch in der Schweiz scheinen diesbezügliche Lösungen um einiges leichter zustande zu kommen, wie folgende Aussage bestätigt:

„Die Frau bringt mit, wenn sie mitbringen will. Aber viele lassen sich halt gleich abkanzeln, wenn eine Hebamme negativ reagiert. Dann gibt es wahrscheinlich schon auch Freundinnen oder Doulas, die dann lieber zuhause bleiben. Um der guten Stimmung willen, weil es ja nicht um die Konkurrenzkämpfe geht in erster Linie, es geht ja immer um die gebärende Frau, und dann ist meistens nicht der Zeitpunkt für solche Diskussionen. Aber ein Gesetz gibt es nicht. Ich sag immer, wenn ihr wisst, ihr geht mit, stellt euch da mal vor oder lasst es erfragen, dass es auch irgendwo vermerkt ist, weil wenn es dann losgeht, die Doula auch da ist.“ [C4D/47 50]

Spannungsfeld und Auswirkungen auf die Gebärende

Sobald diese Spannungen auf die Gebärende übergehen, ist die Doula Arbeit doppelt schwer bzw. die Frau entscheidet sich dann meist gegen eine Doula, wie folgende Aussage einer Mutter bestätigt:

„Diese Relationship zwischen Hebammen und Doulas. Mir ist es unangenehm, oder wenn ich hör, dass die Hebamme will den Arzt nicht dabei haben. Das ist wieder so.“ [C16MM/27]

4.4.4. Die Sozioökonomische Situation der Doulas

Es gibt keine Doula, die nur von der Doula-Arbeit leben kann. Die meisten haben einen finanziellen Rückhalt durch ihre Familie, nicht zuletzt, weil die Entlohnung – etwa im Vergleich zu den klar gestaffelten Tarifen der Hebamme – noch auf rechtliche Grundlagen gestellt werden muss. Doulas begründen ihre Position wie folgt:

„Brotverdiener, ganz offiziell selbständig zu leben ist fast unmöglich. Wenn du deine Preise angleichen würdest. Es ist möglich, aber es ist schwierig. Vor allem wenn du wie fast alle Doulas selber Familie hast. Und ohne Netz geht da nichts, weil da sonst die Spontaneität fehlt. Und du müsstest Fixpreise haben, und die sind dann wirklich höher und das ist dann die Frage.“ [C8D/55 56]

„Ich hab immer gewusst und dass, werd ich so weiterleben, dass wir vom Doula-Sein nicht satt werden. Ich kann es natürlich locker nehmen, weil ich ein gutes Netz hab, und ich will meine Familie auch nicht vergrämen, nur weil ich Doula bin.“ [C4D/138 140]

„Aber eben, aufs Geld war ich nicht angewiesen. Das ist ein enormer Vorteil.“ [C1DH/50]

Entlohnung

Hier möchte ich das Thema Wertschätzung und (ökonomischen) Energieausgleich im Dreiländervergleich durchleuchten.

„Es muss ein klares Verhältnis sein, und dazu gehört auch ein klarer Austausch von dem, was man gibt und nimmt.“ [C2D/34]

Österreich

Die Bezahlung für Doula-Arbeit ist tariflich (noch) nicht klar geregelt. In den Doula-Kursen werden keine einheitlichen Doula-Honorare als Richtlinien weitergegeben. Ein errechnetes Durchschnittshonorar von € 20,-/h entspricht in der Realität eher dem einer überbezahlten Doula. Die meisten Doulas bieten ein Doula-Paket an und verlangen durchschnittlich zwischen € 300,- und € 600,- für die Gesamtleistung. Dieses beinhaltet meist zwei bis drei Treffen in der Schwangerschaft, die Geburtsbegleitung im Spital oder zu Hause, was Rufbereitschaft ab sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin und zwei Nachbetreuungen inkludiert. Individuelle angepasste Pakete werden angeboten, manche beinhalten einen Gipsbauchabdruck gegen Ende der Schwangerschaft oder eine Babymassage im Wochenbett. Einige Doulas assoziieren diese Angebote eher mit Tauschgeschäften als mit „Energieausgleich“.

Die Bezahlung für Doula-Arbeit orientiert sich jetzt noch provisorisch oder bewusst an der Philosophie von Tauschringen [vgl. Offe/Heinze 1990, 20]: In einem solchen werden vor allem Dienstleistungen, ohne Einsatz von Geldzahlungen, zwischen den Teilnehmern als Wert getauscht. Deshalb lässt sich die Doula-Leistung auch schon einmal mit Gegenleistungen bezahlen: etwa mit Bioprodukten einer Biobäuerin, Massagen oder einem extra angefertigten Morgenmantel einer ehemaligen Absolventin der Modeschule. Eine endgültige Lösung, besonders wenn sonst keine Alternative vorhanden ist, kann aber der Tausch nicht sein. Wichtig wäre, dass die Arbeit aus öffentlichen Geldern gefördert werden würde [Z-Artikel/Haidinger 2008, 22]. Zwei Doulas geben in diesem Kontext ihre Erfahrungen wieder:

„Und das mit der Bezahlung, das war echt ganz unterschiedlich. Manchmal haben wir es mit Kinderbetreuung ausgeglichen, später dann halt mit handwerklichen Dingen, die wo ich gewusst habe, es ist kein Problem mit dem Geld, die haben mir auch was gezahlt. Natürlich wollt ich nicht draufzahlen, in dem Sinn, dass ich sehr viel Zeit reinstecke, so dass ich das Gefühl hab, jetzt geb ich

mehr, als ich bekomme. Da hab ich schon immer auch auf mich geschaut, dass es ausgeglichen ist.' [C1DH/47 49]

,Ich habe Pauschalpreise zusammengestellt, aber leben konnte ich nicht damit. Ich würde niemals bei einer so energetischen Arbeit würde ich niemals einfach nur Nichts nehmen, weil vor allem, wenn du das regelmäßig machst, brennst du aus.' [C8D/57 58]

Deutschland

Einigung bezüglich Bezahlung gibt es in Deutschland nicht. Die GfG (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung) in Berlin arbeitet an einheitlichen Qualitätsstandards, in der Hoffnung, zukünftig staatliche Zuschüsse requirieren zu können. Gedeckt ist diese Aussage von Anke Derman, die derzeit die Ausbildung in Berlin leitet [C2D/19].

,Ich finds einfach nicht o.k. für so eine intensive, anstrengende, wichtige und gute Arbeit kein Geld zu nehmen. Das geht nicht.' [C2D/23]

,Diese Überlegung, Geld für die Doula-Begleitung zu bezahlen, das braucht noch, bis das bei den Frauen ankommt. Also, die Frauen zahlen zum Teil Geld für eine Babyausstattung, die teuer und unnütz und überflüssig und ungesund ist, aber für die Doula das erscheint einem zu teuer. [C2D/107 108]

Schon alleine um der Professionalisierung und der juristischen Anerkennung willen müssen Tarife geltend gemacht werden; Unklarheiten bezüglich Preis-Leistung-Verhältnis bzw. alleinige Tauschringphilosophie findet Derman deswegen indiskutabel.

,Ich hab jetzt mal gegoogelt in Deutschland und da hab ich Seiten gesehen, wo Doulas dann sagen: „Ich erwarte kein Geld, aber für unerwartete Geschenke bin ich dankbar!“ Das ist so doppeldeutig und das find ich ganz schwierig, dann eine klare Geburtsbegleitung zu machen, weil da unterschwellig so viele Botschaften laufen.' [C2D/110 111]

Eine weitere Doula aus Köln argumentiert wie folgt:

,Ich finde, gute Arbeit soll bezahlt werden, und es macht mir Spaß, aber es ist auch harte Arbeit. Und ich hab die Erfahrung gemacht, dass sich die Leute besser fühlen, wenn sie was zahlen können.' [C7D/77]

Schweiz

Einzig in der Schweiz ist das Doula-Entgelt über den „Verband Doula CH“ klar geregelt. Folgende Aussagen bestätigen dies:

„Wir haben eine Untergrenze und das sind 800 Franken³⁷. Da gibt es ein paar wenige, sehr erfahrene Doulas, die 1000 Franken verlangen.“ [C5D/55]

„Wir haben einen Hilfsfond gegründet, wo wir Spenden suchen, die dann dort einbezahlt werden, bis eine Frau kommt, die sich eine Geburtsbegleitung sonst nicht leisten kann. Und dann wollen wir das einfach so abklären, ob das wirklich so ist, der Vorstand entscheidet dann. Und diese Frau hat dann Anrecht auf so und soviel Unterstützung unsererseits. Also, das ist ein Ziel von uns, dass wir bis 2010 Frauen aus allen Schichten begleiten können. Das ist eine Vision, denk ich, weil so viele Spenden finden wir jetzt auch nicht, dass alle Frauen begleitet werden können.“ [C4D/57 59]

Die Rezeption der Elternschaft ist divergent: Einige Eltern müssen das Angebot aus Gründen der Geldknappheit schweren Herzens ablehnen, andere wiederum finden die Doula-Arbeit unterbezahlt.

„Es gibt immer noch Leute, die sagen: Das ist ja viel zu wenig, spinnt ihr eigentlich? Ich hab eine Frau gehabt, die mir zurückgeschrieben hat, ob ich da mit den 800.- einen Druckfehler gemacht hätte. Da würde doch eine Null hinten fehlen.“ [C5D/70 71]

„Es gibt sicher ganz viele Paare, die sich das mit der Doula anschauen und sich dann dagegen entscheiden, weil sie es selbstfinanzieren müssen, leider! Weil sie sich nicht überlegen, was es einfach wert ist, mit einer vertrauten Person zur Geburt zu gehen, das ist schon noch immer so. 800 Franken, wieso das denn! Und kommen nicht auf die Idee, sich das schenken zu lassen oder zu sagen: Ich gebäre genau zweimal in meinem Leben und da sind 800 Franken genau richtig und nicht zu viel, da muss noch Umdenken stattfinden. So schnell sind sonst 800 bis 1000 Franken ausgegeben und meisten 3000 bis 4000 Franken zu viel, nur was die Babyausstattung angeht. Nur die Werbung ist da viel aggressiver. Oder? Die werden von über all her zugemauert mit Werbung von Babyprodukten und keiner merkt, dass die persönliche Begleitung, der viel wichtigere Faktor sein könnte für ein gutes Gelingen.“ [C4D/60 64]

Auch wenn jede erfahrende Doula bestätigen wird, dass die Freude ihrer Arbeit, die im Geburtsprozess selbst in ungeahnte Euphorie münden kann, die oft bis zu zwölf Stunden anhält, nicht mit Geld beglichen werden kann, ist es dennoch wichtig den Beruf nicht zuletzt über die Entgeltungsfrage auf gesetzliche Grundlagen zu stellen.

Rufbereitschaft

Die Rufbereitschaft fängt bei den meisten Doulas vier bis sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin an. Immer abrufbereit sein zu müssen kann psychisch wie physisch zu Erschöpfungszuständen führen.

³⁷ 1000 Schweizer Franken = 661,40 Euro <http://kurse.wienerbourse.at/teledata_php/cc/currcalc.php> [16.12.09/16:48]

Durchschnittliche Begleitungen

Die durchschnittliche Gesamtbegleitung liegt zwischen drei bis acht Begleitungen im Jahr. Hierzu werden verschiedene Aussagen von Doulas angeführt:

„Und drei bis vier im Jahr ist meiner Meinung ideal, weil du dich emotional sehr verausgabst und weil der Bereitschaftszeit auch sehr anstrengend sein kann.“ [C4D/138]

„Wenn sich bei mir die Termine in der Bereitschaft überschneiden haben, dann war das für mich immer total anstrengend. So fünf Geburten würd ich gerne machen im Jahr. Aber nicht viel mehr.“ [C2D/134]

„Ich könnte das nicht so wie Hebammen jeden Monat Frauen zur Geburt begleiten, das würde mir keinen Spaß mehr machen. Ich begleite lieber weniger, aber dafür bin ich ganz dabei.“ [C5D/137]

Dies sind nicht viele Begleitungen, wenn man vergleicht, dass eine Hausgeburtshebamme zwischen 20 bis max. 50 Geburten pro Jahr begleitet. Eine Klinikhebamme leistet je nach Krankenhaus bei zwischen 35 bis über 100 Geburten Geburtshilfe [C11H/314].

Werbung

Neben der offensichtlichen Konkurrenzhaltung kommt aber das Problem hinzu, dass der Doula-Stand so wenig publik ist, dass Hebammen ein offenes Informationsdefizit zu beklagen haben. Wie Frauen von Doulas erfahren, regelt jede Doula ganz individuell. Allgemein ist zu sagen, dass enormes Informationsdefizit herrscht, was sich auch in folgenden Interviewpassagen widerspiegelt:

„Die Frauen, die ich begleitete, sind alle über Mundpropaganda gekommen. Eine ist über meine Homepage gekommen. Eine von fünfzehn Frauen. Und die hat explizit nach einer Geburtsbegleitung gesucht, weil sie gewusst hat, dass sie alleine ist. Ich hab noch nie Werbung für mich gemacht und ich hab auch keine Folder und das ist so in Fluss gekommen.“ [C8D/59 60]

„Die Frauen hab ich eigentlich immer über die Geburtsvorbereitung kennen gelernt oder auch Bekannte, die das gewusst haben, dass ich das mach.“ [C1DH/39]

Der „Verband Doula CH“ hat Informationsflyer an alle Hebammen und Frauenärzte Anfang März 2008 gesendet. In der Schweiz gibt es ähnliche Probleme wie in Österreich und Deutschland bezüglich Anerkennung von Seiten der Hebammen. Weitere Möglichkeiten, wie Doulas vermehrt sich in das Interesse der Öffentlichkeit bringen können, etwa anhand von Vereinsgründungen und nicht zuletzt anhand von Eigenwerbung, werden in folgenden Interviewpassagen transparent gemacht:

„Wir wurden eingeladen bei den Hebammen-Schülerinnen, wir hatten ein Zeitfenster von 1,5 Stunden. Wir konnten dann ein Referat halten und ganz viele Fragen beantworten. Und das waren Frauen, die ganz am Anfang ihrer Ausbildung standen und die fanden das toll.“ [C4D/22 23]

„Die meisten Hebammen haben gefragt, was ist denn das? Was bedeutet das? Und wenn ich ihnen erklärt habe, was ich da mache, waren einige sehr aufgeschlossen und offen für diese neue Idee und sagten, na klar, das ist ja richtig schön. Ich unterstütze euch. Und eine Hebamme, die ich getroffen habe, war sehr nett und sie hat gesagt, ich unterstütze euch und weißt du, sagte sie: Mit uns jungen Hebammen wirst du es einfacher haben. Sie war 27 Jahre und hat auch keine eigenen Kinder und ist seit zwei Jahren selbständig.“ [C7D /75 77]

„Ich hab viele Hebammen angeschrieben und mich vorgestellt. Und gefragt, ob ich mit ihnen zusammenarbeiten darf als Begleitung, wenn Bedarf ist. Und ich habe ganz unterschiedliche Reaktionen von Hebammen erlebt. Eine Belegshebamme aus Köln hat mir geschrieben: Was das sollte? Es gibt keinen Bedarf an Doulas. Vielleicht in Afghanistan.“ [C7D /78 79]

4.4.5. Motivation

Frauen, die sich die besonderen Fähigkeiten einer Doula aneignen wollen, haben unterschiedliche Gründe hierfür, aber sie teilen alle denselben Wunsch: anderen Frauen bei einer der elementarsten Erfahrungen ihres Lebens, bei der Geburt ihres Kindes beizustehen [vgl. Kennell/Klaus/Kennell 1995, 137]. Wie es zum Wunsch Doula zu sein kam, wird in den folgenden Aussagen transparent:

„Ich selber durfte drei wunderschöne Geburten erleben, zwei davon waren Hausgeburten mit der gleichen Hebamme, diese meinte nach der letzten Geburt, ich würde so schön gebären, ich hätte den Frauen etwas mitzugeben. Sie brachte mich auf den Doula-Beruf und die Frauenheilkunde interessierte mich schon vor der ersten Schwangerschaft ganz stark.“ [C6D/6 7]

„Und weil ich aus meinem eigenen Erfahrungsschatz denke, dass es einfach wichtig ist, dass Frau oder werdende Mütter einfach diese Betreuung haben.“ [C3D/13]

„Mich hat das Geburtsthema immer fasziniert. Und das kam dann so langsam über meine fünf Geburten und über die Geburten von Freundinnen, die ich begleitet habe.“ [C3D/120]

„Bei mir ist es nach der Geburt nach meinem ersten Sohn gekommen. Da fühlte ich den Wunsch etwas in dieser Richtung zu machen.“ [C5D/138]

„Bei den Geburten meiner Kinder habe ich das Glück gehabt, neben meinem einfühlsamen Mann jedes Mal auf wunderbare Hebammen und ein gutes Spitalteam zu treffen. Dennoch verspürte ich den Wunsch, eine vertraute weibliche Person an meiner Seite zu haben, die mir während der ganzen Geburt eine emotionale Stütze ist und mit der ich auch nach der Geburt und von Frau zu Frau über dieses eindrückliche, kraftvolle Erlebnis reden kann. Da mich das Thema Geburt seit jeher fasziniert und ich

glaube, anderen Frauen und ihren Partnern rund um die Geburt eine Stütze sein zu können, habe ich dann in [...] die Ausbildung zur Doula absolviert.' [C4D]³⁸

Immer wieder begründen Mütter ihren Wunsch nach Doula-Arbeit damit, dass sie bei der Geburt ihres Kindes selbst keinerlei emotionale Zuwendung bekommen haben und erst im Nachhinein erkennen konnten, wie alleingelassen und voller Angst sie gewesen sind und wie viel ihnen eine solche Hilfe hätte geben können. Hierzu folgende Aussagen:

„Leider hatte ich keine Doula. Ich hätte es so gebraucht. Ich hätte es wirklich gebraucht. Obwohl ich im Geburtshaus [...] war und eigentlich gut aufgehoben gewesen war. Und trotzdem hätte ich eine Doula gebraucht.“ [C8D/33 34]

„Ich hatte keine Doulas bei meinen Geburten, aber bei der nächsten bestimmt. Mir hat eine Freundin davon erzählt. Das war nach der Geburt meines Sohnes im März 2008.“ [C7D/34]

Anzumerken ist hierbei folgenden: Ich habe noch keine ausgebildete Doula kennengelernt, die selber eine Doula als Geburtsbegleitung hatte. Von einigen Doulas aus meinem Lehrgang 2007 bzw. auch aus dem 2008 erfuhr ich im persönlichen Gespräch, dass sie nach den Kursen nicht als Doulas arbeiten möchten, es hat ihnen lediglich die Augen geöffnet und sie haben dadurch ihre eigenen Geburtserlebnisse aufgearbeitet.

Das Argument – Doulas, die ursprünglich Hebammen sein wollten

In Diskussionen wurde immer wieder thematisiert, dass Doulas selber gern Hebammen wären. Und ein Großteil von Doulas wollte auch ursprünglich die Ausbildung zur Hebamme machen, was aber aus unterschiedlichen, zumeist familiären Gründen nicht möglich gewesen ist. Aussagen zu dieser Problematik spiegeln nicht zuletzt Einflechtungen über die eigene Biographie wieder:

„Bei mir ist es nach den Geburten meiner ersten drei Kinder gekommen. Ich hab überlegt, Geburtsvorbereiterin oder Hebamme. Ich hab das aber dann noch mal weggesteckt und hab dann nach dem vierten Kind gehört, dass es eine Doula-Ausbildung gibt, und da wusste ich dann sofort. Ja, genau, Doula, das ist es, auf das ich gewartet habe.“ [C4D/135 136]

„Ich wollte auch immer Hebamme werden, aber die haben mich nicht genommen, wegen zu viel Kinder, zu alt oder so. Und je länger ich als Doula arbeite und auch durch die Weiterbildung bin ich immer sicherer, dass bei der Geburt fast immer alles von der Atmosphäre, von der Stimmung und der Energie abhängt und nicht von medizinischen Eingriffen.“ [C2D/28 29]

³⁸ <<http://www.doula-geburtsbegleitung.ch/links.html>> [07.01.09/13:23]

„Ich lernte die Doula durch einen Berufsorientierungskurs kennen. Ich wusste, dass ich etwas rund um die Geburt und Frauen machen möchte. Ich hab Hebamme überlegt, und als meine Tochter ein Jahr alt war, wollte ich in die Hebammenakademie rein, aber da wusste ich schon, mit einem einjährigen Kind nehmen die einem nicht. Aber ich hab auch gewusst, dass es mir mit meiner Persönlichkeit sehr schwer fallen würde, diese Ausbildung durchzudrücken.“ [C8D/32 34]

„Und viele von uns Doulas haben sich früher gedacht, Hebamme, das wär toll, haben sich für Familie entschieden und Hebamme geht dann meist leider nicht mehr, aber Doula, diese Ausbildung ist machbar. Und ich arbeite jetzt schon ein paar Jahre als Doula und muss sagen: Doula, genau, das ist es, was ich will. Ich wollte nie mehr Hebamme werden und ich bin so froh, dass ich das ablegen konnte.“ [C4D/79 80]

Eine interessanter Interviewausschnitt sei in diesen Kontext eingefügt: Die betreffende Person war Doula, mittlerweile ist sie Hebamme. Sie nennt sich weiterhin Doula und Hebamme.

„Ich hab als Doula gearbeitet, ohne mich Doula zu nennen, weil ich gar nicht gewusst hab, dass es Doulas gibt, und dann im Lauf der Zeit hab ich gemerkt, ich möcht gern mehr machen und mehr wissen und jetzt in einem positiven Sinn auch mehr Macht haben. Und hab mit der Hebammenausbildung angefangen. Auch wenn ich auch irgendwo zwischen den Stühlen bin, weil ich hab auf der einen Seite, und das erleb ich jetzt im Krankenhaus eben sehr stark, wenn ich mich an die Frau anpassen will, an ihre Situation, ihren Hintergrund usw., was sie halt alles mitbringt, auf der anderen Seite muss ich sie irgendwie in das System einbasteln. Ja, weil ich meine Vorgaben hab, weil wir unsere Standards haben, und ich kann nicht sagen, egal, ich mach alles einfach so, wie es der Frau angenehm ist. Und das ist natürlich schon ein Spagat und ich hab gewusst, dass es schwierig wird. Aber es ist das, was mich reizt.“ [C1DH/15 19]

Wolf Jaskulski vermutet, dass Frauen, die schon selbst geboren haben und aus diesem Grund für eine Hebammenausbildung besonders geeignet wären, vom entsprechenden orthodox zu nennenden geburtshilflichen Lehrgebäude in ihrem Vorsatz abgeschreckt wurden. Folgerichtig setzt sich der Autor deshalb – im Rekurs auf die wie nachfolgend zitierte englische Schulmeinung – für einen entsprechenden Reformprozess ein [vgl. Jaskulski 1992, 124]. Hierzu schließe ich mit einem Zitat von Sheila Kitzinger:

„[...] some doulas, go on to train as midwives. It should be recognized as a career pathway, especially for women who, perhaps because their educational qualifications do not enable them to enter midwifery training directly, have the right personality to do this work.“ [Kitzinger 2005, 162]

4.4.6. Erfahrungen mit Migrantinnen

Generell kommt in den Interviews zum Ausdruck, dass es von Doula-Seite her sehr wenig Erfahrung mit MigrantInnen gibt. Hinzu kommt, dass in patriarchalen Gemeinschaften quasi matriarchale

Unterstützungsformen in diesem Zusammenhang noch am besten funktionieren: In Wiener türkischen Communities etwa bestehen – zumindest funktional betrachtete – Netzwerke zwischen der Schwangeren und deren Schwester, Mutter oder Schwiegermutter, die als Begleiterin während der Geburt fungieren.

Im Aufnahmeland befinden sich MigrantInnen in einer Situation soziokulturellen Umbruchs. So treffen Traditionen aus dem Heimatland (zumeist geprägt durch ein traditionelles Geburtssystem) auf Vorstellungen und Abläufe des modernen Medizinbetriebes (technologisches Geburtssystem) [vgl. Kuntner 2007, 446]. Zwei sehr unterschiedliche Aussagen seien in diesem Zusammenhang paradigmatisch angeführt:

„Ich hab zwei afrikanische Frauen begleitet. Und das war sehr, sehr schön, und ich war sehr froh, dass ich da war, weil ich gemerkt habe, das Personal hatte keine Zeit, dass da dann noch jemand ist.“ [C5D/18]

„Ich hab einmal eine Frau aus Togo begleitet, aber das war eine Bekanntschaft über hundert Ecken und das sehe ich auch schwierig. Ich find es schwierig zu denen eine Vertrautheit herzustellen.“ [C2D/69]

Sprache

In Zusammenhang mit der interkulturellen Kommunikation wurde mehrfach die Notwendigkeit einer muttersprachlichen Betreuung betont [Borde et al 2000/David et al 2000/Pöchhacker 2000 zit. nach Binder-Fritz 2003b, 110]. Binder-Fritz fügt hinzu, dass den muttersprachlichen Dolmetscherdiensten darüber hinaus wegen der in der Sprache enthaltenen Metaphern, die zur Interpretation des subjektiven Krankheitsverständnisses beitragen, große Bedeutung zukommt. Der individuelle Migrationshintergrund kann hierbei zur psychischen Belastung mit Krankheitsfolgen werden [Leyer 1987, 1991/Pfleiderer 1991 zit. nach Binder-Fritz 2003b, 110].

Sprache und Sprachverwirrung geben die Schwierigkeit der ganzen Problematik wie folgt wieder:

„Es ist ja auch die Sprache so wichtig, ich hab da mal eine Amerikanerin begleitet und sie hat mir vorher gesagt, in Deutsch das reicht ihr. Ich hab ihr gesagt, dass ich auch Englisch spreche, und es war dann während der Geburt tatsächlich so, dass sie anfing Englisch zu sprechen. Und das fand ich auch wichtig und richtig so..“ [C2D/73 74]

Fremdes Gesundheitssystem

MigrantInnen besuchen meist keine alternativen Geburtshäuser auf oder entscheiden sich kaum für eine Hausgeburt. Je nach Bildungs- und Einkommensschicht variieren hier die Entscheidungsträgerinnen. Oftmals ist die Geburtshilfe, die wir so kritisieren in den Heimatländern

als das modernste angesehen. Zwei Doulas berichten von ihren Erfahrungen bezüglich Doula-Begleitungen mit MigrantInnen:

„Ich begleitete eine Frau aus Vietnam, eine aus Russland, eine aus Malaysia und viele junge alleinerziehende Frauen. Über Vorstellungen und Rituale aus den Herkunftsländern wurde nicht gesprochen, die meisten wollten es so erleben, wie es hier üblich ist. Spannend war schon, wie unterschiedlich die Schmerzgrenzen, das Berühren oder Ganz-fest-Halten, das Sprechen oder Schweigen war.“ [C6D/27 29]

„Ich hab immer ein bisschen damit zu tun, weil ich viel mit Afrika zu tun habe und weil ich dieses Thema immer total spannend fand, dass es da einfach schick ist, ins Krankenhaus zu gehen.“ [C2D/69]

Migrantinnen in der Doula Ausbildung

2007 absolvierte eine US-Amerikanerin, die in Wien lebt, die Doula-Ausbildung. Sie kannte die Doulas aus den USA und hatte selbst bei der Geburt ihres Sohnes 2006 in Seattle eine Doula bei der Geburt dabei. Ansonsten gab es bis jetzt nur Österreicherinnen in den Doula-Kursen. In Berlin herrscht folgender status quo:

„Ich hab mich sehr gefreut, im letzten Doula-Kurs hat sich eine Frau aus Kamerun angemeldet, die den Doula-Kurs machen will, und ich fände es total schön, wenn es klappt. Ich hab auch mit ihr gesprochen, wie denn das wäre, ob ihre Landsfrauen das wahrnehmen würden, wie sie das einschätze, und sie meinte, ja doch. Und ich glaub, das ist dann besser Frauen auszubilden, die dann Frauen begleiten, wo sie den selben kulturellen Hintergrund haben.“ [C2D/70 72]

In der Schweiz ist die Situation ähnlich gelagert. Migrantinnen würden es sehr schwer haben die Doula-Ausbildung zu besuchen, wenn bei ihnen Sprach- oder andere, zumeist kulturell vorgegebene Barrieren vorliegen.

„Wir hatten Jüdinnen, die angefragt haben, die gesagt haben, warum habt ihr immer Samstage drinnen oder Wochenenden oder der Informationstag, warum ist der am Samstag. Und schon das hat nicht geklappt, wegen den Wochenenden, dann haben wir aber auch gesagt, organisiert euch und begleitet euch und natürlich, das funktionierte auch und die machen das.“ [C4D/90 91]

4.5. HEBAMMEN

Die in diesem Kapitel wiedergegebenen fünf Interviews mit Hebammen fanden zwischen 31. Januar 2008 und 02. Juli 2008 statt. Zwei der Hebammen arbeiten in öffentlichen Krankenhäusern, eine Familienhebamme arbeitet über das Magistrat Wien und zwei Hebammen sind freiberuflich tätig. Vier sind aus Österreich und eine aus Berlin. Bis auf eine frischausgebildete Hebamme haben alle mehr als zehn Jahre Berufserfahrung. Wie Hebammen die neue „Beruf“ungsgruppe Doulas wahrnehmen und ob es konstruktive Möglichkeiten einer Zusammenarbeit geben wird, möchte ich hier erarbeiten. Folgende Schwerpunkte ergeben sich im folgenden Text aus der Analyse des qualitativen Datenmaterials.

Um Frauen am Weg zum Muttersein ausreichend zu unterstützen, brauchen sie eine gute Begleitung. Eine Vision für Frauen und zugleich der innigste Herzenswunsch der Hebamme Traude Trieb ist es, Frauen wieder die Lust auf Gebären nahe zu bringen und ihnen zu versichern, dass auch sie den Mut haben dürfen ihrem Körper zu vertrauen [Trieb 2006, 17]. Ihrer Meinung nach besteht die Aufgabe einer Hebamme nicht nur darin während der Geburt Gutes zu tun. Im Idealfall beginnt ihre Unterstützung bereits in der Frühschwangerschaft. Eine Geburtsvorbereitung soll nicht nur auf die Geburt vorbereiten, sondern ist im Idealfall eine wirkliche Lebensvorbereitung im positivsten Sinn. Trieb sieht ihre Aufgabe darin, den ihr anvertrauten Schwangeren wieder den Zugang zu deren ureigener Weiblichkeit zu zeigen. Damit kann jede Gebärende im Ritual der Geburt nicht nur Mutter, sondern auch wirklich „Frau“ werden [ebd.].

Barbara Duden ist der Meinung, dass das, was heute als „Geburt“ bezeichnet wird, unvergleichbar damit ist, was es in der Vergangenheit (in Resten bis in die Nachkriegszeit hinein) bedeutete: das „Kommen eines Kindes im Zusammenwirken von Frauen“ [Duden 1998, 149] durch die gründliche Medikalisierung, Hospitalisierung und Technisierung der Geburt. Das Resultat sind hierarchische Strukturen innerhalb der Organisation Krankenhaus. Das Durchbrechen bestehender Spitalsstrukturen zeigt sich als außergewöhnlich schwierig.

Davis-Floyd beschreibt in „Birth As a American Rite of Passage“, a Comparative Studie of Health Systems and Medical Care, wie die gebärende Frauen in die Institution Krankenhaus kommen und über die Infusion körperlich an die Institution gebunden werden, ihre Persönlichkeit in ein Krankenhaushemd gesteckt wird. Und ihr Kind wird geboren, bearbeitet, in eine Plastikbox gesteckt und in einen Raum mit anderen Babies gesteckt. Sie spricht von einer Initiation in unsere technokratische Kultur.

Rockenschaub sieht die wahre Aufgabe des Geburtshelfers darin, sich im Hintergrund zu halten. Idealerweise schaltet sich der Gynäkologe/in erst dann mit seinem/ihrer ganzen Wissen und seiner/ihrer Berufserfahrung ein, wenn ihn/sie die Hebamme darum bittet, aufgrund einer Abweichung der Physiologie in die Pathologie. Die Realität ist sehr oft die, dass bei 98,5 % Klinikgeburten³⁹ in Österreich die Hebamme in den wenigsten Fällen die Frau durch den ganzen Geburtsprozess begleiten kann.

Die Hebamme und Gebärende lernen sich meistens am Tag der Geburt kennen. Manche kamen schon regelmäßig zur CTG Kontrolle, wo die werdende Mutter die eine oder andere Hebamme aus dem Team kennen lernen konnte. Es gibt Kliniken, die ihre Entbindungsstation nach dem Beleghebammen-System eingerichtet haben, wo eine Hebamme jeweils voll und ganz für ihre eigene werdende Mutter zuständig ist, doch dies ist sehr selten. Sehr viel häufiger wird von den Hebammen erwartet, dass sie zwei und mehrere Gebärende gleichzeitig betreuen.

„Wir waren zu zweit im Nachtdienst. Mein Rekord sind elf Geburten in einer Nacht. Das war sowieso normal. Man musste sich rechtfertigen, wenn nur fünf Geburten waren in der Nacht (lacht!). Und man war immer froh, wenn jemand dabei war, weil für die paar, die alleine waren, hat man sich dann mehr Zeit nehmen können.“ [C9H/55 56]

4.5.1. Erfahrungen mit Doulas

Vier von fünf von mir interviewten Hebammen haben zum Zeitpunkt des Interviews keine Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Doulas. Hier die Aussage der einzigen Hebamme, die eine effektive Zusammenarbeit mit Doulas zu vermerken hat:

„Ich habe selten mit einer Doula zusammengearbeitet. Aber wenn, war das immer sehr angenehm für mich, weil ich gewusst habe, da ist jemand, die kennt diese Frau, und auch wenn sich die Frau im Moment nicht so äußern kann, wie sie das sonst täte. Ich weiß, was die vorher gesprochen haben, wie die ganze Situation ist, und die weiß einfach, wie die Frau angegriffen werden will und so. Das sind Dinge, die ich erst herausfinden müsste. Und ich hab mich da schon auch irgendwie darauf verlassen, also der vertraut sie und die ist jetzt da. Und ich kann mich konzentrieren auf das Überwachen und was von der medizinischen Seite notwendig ist. Und wenn eine Doula da ist, dann kann ich dieses Kontrollieren, das ich tun muss, in Ruhe machen. Ich nehm mich dann auch zurück, was die emotionale Betreuung betrifft, und das find ich gar nicht schlecht. Also, das muss ich gar nicht haben, wenn das mit der Frau o.k. ist mit der Doula.“ [C1DH/19 23]

³⁹ Hausgeburten in Österreich liegen bei 1,2 %. [Die außerklinische Geburtshilfe in Österreich. Bericht 06/07 Österreichisches Hebammengremium]

Akzeptanz und Anerkennung

Wie bereits unter Punkt 4.1.9. thematisiert wurde, spricht sich das Hebammengremium klar gegen das Doula-Berufsfeld aus. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich in allen Interviews, die ich geführt habe, keine Hebamme dezidiert gegen Doulas ausgesprochen hat. Dieses Faktum lässt sich dokumentieren:

„Auf jeden Fall hab ich nichts gegen Doulas. Ich kenne die Stimmung in Österreich, die momentan sehr gegen die Doulas ankämpfen und sie nicht anerkennen und nicht akzeptieren. Grundsätzlich ist das eine ganz, ganz wichtige Arbeit. Ich find auch, dass sich die Arbeit gut ergänzen lässt.“ [C10H/21 22]

4.5.2. Spannungsfeld Hebamme – Doula

Gibt es die oft beschworene Konkurrenz zwischen Hebamme und Doula? Was ist daran Gerücht, Tatsache oder Vorurteil? Hier geben zwei Hebammen ihre Stellungnahme dazu ab:

„Ich denk mir, die Geburtshilfe ist so sozialisiert und ich find diese Revierkämpfe, die es da gibt, da ist die Doula für mich immer so ein Weg aus dem auszusteigen für die Frau. Um sozusagen ein Stück Realität und Alltag da hineinzubringen. Und das kann ich im Krankenhausalltag nicht bieten, ich kenn die Frau üblicherweise nicht, ich hab sie in der Ambulanz vielleicht kurz gesehen. Und ich muss sie einfach ein Stück an das System anpassen. Und da ist etwas, was ich nicht kann, so ihr Zuhause sozusagen mit hereinzuholen und ihren Hintergrund.“ [C1DH/75 77]

„Es gibt immer zwei Standpunkte, entweder man macht sich als Hebamme wichtig und ich steh als Hebamme im Mittelpunkt oder ich stelle mich auf die Seite und so soll es sein. Jede Hebamme, die sich selbst in den Mittelpunkt stellt, einfach fehl am Platz ist. Die Frau ist im Mittelpunkt und das wird sie immer bleiben und die Hebamme ist ihre Begleitung. Und wenn ich weiß, dass ich selber Begleiterin bin, dann dulde ich auch andere Begleiterinnen und andere Personen, die die Frau betreuen.“ [C10H/70 72]

Krankenhaushierarchien

Das Thema Arzt und Hebamme spielt offensichtlich auch eine Rolle in dem Machtfeld zwischen Hebamme und Doula wie folgend von Hebammen bestätigt wird:

„Das mit den Doulas ist immer so ein Graubereich den Hebammen gegenüber. Es bringt Spannung rein. Weil das Spannungsfeld Hebamme und Arzt in manchen Häusern schon schwierig ist. Die Hebamme würde gerne normale physiologische Geburten durchführen und den Arzt dann brauchen, wenn es in die Pathologie abgeleitet. Und das ist an und für sich schon eine sehr konzentrierte Geschichte, wenn ich mich dann noch [...] ich hab die Situation mit Doulas nicht erlebt, aber mit Vätern, die sich sehr hineingesteigert haben. Und die dann aus diesem angeeigneten Wissen ableiteten [...] Sie wissen jetzt wie es läuft [...].“ [C12H/6 9]

„Ich glaub, dass weit mehr Konkurrenz da ist, von den Ärzten her. Dass da immer mehr geschnitten wird, was Hebammen-Eigenverantwortung ist. Und wenn wir uns nach oben nicht wehren können, machen wir es halt nach unten. So kommt es mir oft vor. Weil die Ärzte einfach zu mächtig sind, da haben wir nicht so viel Möglichkeiten. Und jetzt kommen die von der anderen Seite auch noch, irgendwo die Angst, was gehört jetzt eigentlich wirklich noch mir.“ [C1DH/37 39]

„Das Problem ist ja auch, die Hebammen wollen ja auch unbedingt unterstreichen, dass sie nicht nur das Medizinische machen. Weil der Arzt macht ja das Medizinische und die Hebammen sagen ja, sie machen die eher nicht medizinische Ebene. Aber da gibt es ja noch diese halbmedizinischen Sachen, die Kräutersachen, Entspannungszäpfchen, Aromatherapie, Massagen, Bauchumfang messen und Leopoldsche Handgriffe und Hörrohr und Fundus länge machen, Vaginal anschauen und viele Fragen einfach auch beantworten, aufklären.“ [C11H/16 18]

Klarer Tätigkeitsbereich

Klare Tätigkeitsgrenzen sind Voraussetzung für eine Zusammenarbeit. Die Doula bleibt die ganze Wehenzeit und Geburt über an der Seite der Frau und gibt emotionale und körperliche Unterstützung. Sie übt keine medizinischen Funktionen aus, denn dafür sind alleine die Hebamme und der Arzt zuständig. Die Doula kennt keinen Schichtwechsel, dass sich die Frau bzw. das Paar nie alleine fühlt und eine vertraute Person an ihrer Seite hat. Hebammen geben folgende Meinungen hierzu ab:

„Der erste Schritt ist die Kommunikation. Das Reden miteinander. Dass man sich nicht fürchten muss voneinander. Ich spüre das auch in mir, dass ich mir denke, das ist jetzt meins, da muss man drüber reden. Die Beratung und so. Aber ich muss trotzdem noch mehr wissen. Es müsste klar sein, das gehört der Hebamme und das gehört der Doula.“ [C11H/62 63]

„Ich bin fast ein bisschen eifersüchtig auf Doulas, weil die machen das, was ich auch gern machen würde. Aber es ist noch keine allzu große Bereitschaft vorhanden, diese Tätigkeit zu teilen.“ [C9H/25]

„Ich versteh die Spannungen eigentlich nicht, weil gesprochen wird doch immer davon, dass es um die Frau geht und dass sie gut betreut ist. Warum gibt es dann doch diesen Machtanspruch? Ich muss die sein, die alles bietet. Und auf mich muss sie fixiert sein, das versteh ich nicht. Warum muss sie so auf mich fixiert sein? Also das ist schon irgendein Machtgefüge. Und das ist auch was aus der Praxis, was ich nicht versteh, weil es war nie so, dass die Doula mir in meine Arbeit dreingeredet hätt. Das ist nie vorgekommen. Aber das ist ja immer diese Angst, von der gesprochen wird.“ [C1DH/22 24]

„Wie gesagt, das Bild „Doula“ muss einfach klar herauskristallisiert werde und dann ist Zusammenarbeit möglich.“ [C12H/16]

„Eine Hebamme hat einmal zu mir gesagt, wenn ich das machen könnte, was du machst. Ich denke, da entspringt der Konflikt. Die Doula muss sich nicht sorgen, um medizinische Belange.“ [C3D/147]

Eine ehemalige Doula und Hebamme spricht über ihre frühere Arbeit als Doula und ihre Verantwortung jetzt als Hebamme.

„Dieses Argument - Doula sein ist ohne Verantwortung sein, das kommt ja auch sehr oft. Ja, das ist aber auch so. Es ist so, und das ist was, was ich mir jetzt schon oft denk, da hab ichs echt gut gehabt. Das ist schon wahr. Weil natürlich, ich möchte auch so tun, wie die Frau das gern tun würd, aber manchmal kann ich es nicht verantworten als Hebamme. Und dieses Problem hab ich als Doula nicht gehabt. Und ich glaub schon, dass da auch Verständnis für die Hebamme angebracht sein soll. Also, ich find's echt nicht leicht. Grad wenn einem was liegt an der Frau und wenn man sie halt nicht einfach routinemäßig durch den Kreißsaal durchschleusen möchte. Und ich glaub wirklich, dass man dann die Doula als Verbündete gut brauchen könnte. Weil, die kann der Frau einfach das geben, was ich ihr manchmal einfach nicht geben kann, aus strukturellen Gründen.“ [C1DH/78 82]

Ein weiteres Argument gibt eine Hebamme zu Protokoll, woher die Ängste mit Doulas zusammenzuarbeiten kämen:

„Wenn jemand sich selbstsicher ist und seine Arbeit gut macht, dann braucht er keine Angst zu haben, weil da fürchte ich mich nicht davor. Wenn ich weiß, dass ich meine Arbeit gut mache und ich gut mit den Frauen um gehe, dann werde ich immer meine Frauen haben und ich brauche keine Existenzangst haben. Wann muss ich Angst haben, vor Verlust von irgendwas, wenn ich in mir nicht gestärkt bin und grundsätzlich Lebensangst hab und solche Hebammen gibt es sehr viele und in dem Fall wirkt sich das dann auch auf andere Berufsgruppen wie Doulas, GeburtsvorbereiterInnen oder PhysiotherapeutInnen, die nur Beckenboden machen, aus. Aber im Endeffekt brauchen es die Hebammen nur machen. Es nimmt ihnen keiner was weg. Ich find es sogar gut, wenn da mehr Angebot da ist und mehr Konkurrenz, weil dann nimmt man die Arbeit, die man macht, ernster und macht sie sorgfältiger und man bemüht sich mehr, als wenn es eh so selbstverständlich ist, dass uns da keiner in irgendwas rein pfuschen kann oder was wegnehmen kann.“ [C10H/59 64]

Juristischer Aspekt der Hebamme

„Als Hebamme stehst du mit einem Fuß im kriminellen Bereich.“ [C11H/36]

Die Angst von Seiten der Hebammen, dass sich Doulas in die medizinischen Angelegenheiten „einmischen“, ist sehr groß. Im Dialog mit einer Hebamme über den Tätigkeitsbereich, am Beispiel des CTG Schreibens, wird klar, wie schwierig es ist, Rechtsboden unter die Füße zu bekommen. In Diskussion mit einer Mutter und einer Hebamme entsteht folgender Dialog: Was aber macht die Doula in so einem Fall, unterstützt sie die werdende Mutter oder die Hebamme?

Mutter: „Das war bei mir und meinem Kind so: Die Hebamme hat mir das CTG umgeschnallt und i hab zu ihr gesagt, tua ma des aba. Und sie hat gesagt, bitte lass es nu a paar Minuten oben, ich brauch die Werte. Bitte hat die zu mir gsagt! Und i hab gsagt, i rei mas jetzt aba. Und sie dann wieder: BITTE, a paar Minuten noch! Und dann ist sie extra weggegangen, damit sie es nicht sieht, weil sie hat gewusst,

dass ich's ma abareiss. Und dann hab i mas wirklich aba tan, und i hab ma gedacht, die muas des wirklich akzeptieren, wenn i des net wü.' [C18MoD/23 25]

Hebamme: ,Ich als Hebamme steh da zwischen zwei Seiten, ich muss mich absichern, dass es dem Kind gut geht. Und ich bin soweit heute, dass wenn ich 3 bis 4 mal CTG geschrieben hab und die Wehen sind stark und dem Kind geht es gut, dann trau ich mich entscheiden, ja, lassen wir das CTG herunter. Aber es gibt Situationen, wo das CTG nicht so schön war und wo das Haus, in dem ich arbeite z. B. forderte - wir wollen stundenlang schönes CTG. Und wenn die Frau sagt, mich stört das, und das versteht jede Hebamme, aber es geht darum, dass man am Arbeitsplatz völlig schief angeschaut wird, wenn die Hebamme die CTG's nicht anhängt. Es ist einfach so schwer. Und wenn dann die Doula sagt, bitte gebt ihr das herunter, es stört sie. Das Stören, das stört im Spital niemanden. Das ist das Problem. Es ist so schwer, wie tut man denn da?' [C11H/37 41]

Hebamme zur Doula: ,Aber du, als Doula könntest dich mit der Hebamme absprechen und sagen, ihr geht spazieren und du tust alle fünf Minuten ihr dreimal das CTG hinhalten. Das wär Teamarbeit. Und ich hätte dann alle fünf Minuten, immer nach der Wehe ein CTG. Das ist der wichtigste Zeitpunkt nach der Wehe, weil sich das Kind nach der Wehe nicht erholt, dann ist Feuer am Dach! Wir machen das bei der Hausgeburt immer so! Je weniger desto besser. Man muss halt schauen, man kann nicht sagen, wenn es nach jeder Wehe runter geht, wurscht - und die Frau ist erst 2,3 cm - dann musst du reagieren Das ist Verantwortung!' [C11H/43 46]

Hier ist ersichtlich, dass Zusammenarbeit wünschenswert und hilfreich wäre, aber keine Doula würde sich auf den medizinischen Bereich des CTG Schreibens einlassen.

4.5.3. Erfahrungen mit Migrantinnen

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Zuwanderung von Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern das berufliche Selbstverständnis der Hebammen herausgefordert. Hebammen schildern ihre unterschiedlichen Erfahrungen mit MigrantInnen:

,Ich kann mich an eine junge Philippinerin erinnern. Die ist gekommen und sie hat eine riesige Pfauenfeder mitgebracht. Etwas schmutzig, aber wunderschön. Die wollte sie ins Bett legen und sich drauflegen. Dass war nicht so meins, weil mir schien sie nicht so sauber. Aber wir haben uns dann geeinigt, ich hab ihr gesagt, ich häng sie ihr auf den Scheinwerfer mit Tixo und so hatte sie die Pfauenfeder direkt vor ihr und die hat super geboren. Sie war völlig weg, total hypnotisiert, sie war völlig in Trance und das Kind war rucki-zucki da. Ich hab dann die Feder wieder eingepackt und ihr mitgegeben, die Feder hat ihr ihre Mutter von der Dorfhexe schicken lassen. Man kann ja Lösungen finden, aber wenn sie kommt und mir nicht sagen kann, was das auf sich hat, dann werf ich die Feder raus, weil sie nicht rein war. Aber es hat gut funktioniert, insofern, wenn das zum Zauber dazugehört und wenn wir von ihren und meinen Vorstellungen eine Einigung finden kann. Solange die Feder da oben hängt, stört es mich nicht.' [C12H/80 84]

,Ich hatte da mal zwei türkische Frauen, als Hausgeburten. Aber da wollte der Mann unbedingt, dass es eine Hausgeburt wird, damit die Frau danach sofort wieder kochen kann. Aber allgemein, die

Migranten-Frauen wollen lieber im Krankenhaus ihr Baby bekommen, weil sie da fünf Tage in Ruhe bleiben können. Inzwischen gehen auch viele Männer mit zur Geburt, aber häufiger die Schwester, Mutter oder eine weibliche Person, die sie kennt.' [C12H/70 72]

„Ich hab Frauen aus Afghanistan gehabt, die zum Teil von männlichen Familienangehörigen schwerst missbraucht worden sind und die schwere Störungen gehabt haben. Und sehr mühsam geboren haben. Und da ist die moderne Medizin Gott sei Dank in der Lage, den Frauen sehr gut zu helfen, dass diese Schmerz-Rückkoppelung im Genitalbereich und Trauma entkoppeln kann, durch einen Kreuzstich.' [C12H/56 57]

Aus diesen Aussagen lässt sich schließen, wie herausfordernd kulturelle Unterschiede für die Hebamme sein können, wie sehr sie sich nicht nur auf ihre eingeschulten Arbeitsfelder verlassen kann, sondern auch semi-ethnologisch improvisieren muss.

Sprachliche Barrieren

Die sprachliche Barriere wurde immer als erstes und größtes Problem genannt. Aufgrund von sprachlichen Problemen kann es zu Fehlinterpretationen von Informationen kommen, und falsch aufgefasste Erklärungen können zu Missverständnissen führen. Wenn die Doula als Dolmetscherin fungiert, gibt es mit Sicherheit keine Probleme in der Zusammenarbeit mit Hebammen, so die Aussagen:

„Es geht einfach nur über die Sprache. Und da ist es klar eine Unterstützung, jemand der der Sprache mächtig ist, ist sehr hilfreich. Und natürlich ist es dann auch für die Hebamme um vieles leichter, wenn sie eine Frau haben, die sie kennen, oder jemand dabei ist, der weiß, wie man sie anpacken muss. Deswegen muss ich sagen, wenn da eine Begleitung dabei ist, kann das sehr hilfreich sein für eine gute Zusammenarbeit. [...] Es wäre schon hilfreich, wenn diese Betreuung schon da ansetzt, wo die Frau in Berührung mit dem Frauenarzt und Krankenhaus kommt, damit sie zumindest punktuell gewissen Dingen herangeführt werden kann. Wenn sie wenigstens eine Sitzung mit Doula-Dolmetsch gibt. Wo man sie fragt, was ihr am Herzen liegt. Wenn sich die Frau äußern kann, ist die Welt ja schon um vieles leichter zu ordnen.' [C12H/78 82]

„Die Begleitung einer Gebärenden durch eine Frau, die ihre Sprache spricht, die sie bereits im Vorfeld kennt und daher als Freundin akzeptiert wird, das wäre ideal. Und eine klare Rolle hat, sie ist die Begleitung, der Rückhalt, das Beschützt-Fühlen und das Wissen, da wird sicher nichts weitergetratscht. Weil das fällt ins Schweigegebot. Und das ist es, weil fürs Medizinische soll und darf sie keine Rolle spielen.' [C9H/17 18]

„Das ist ja für mich als Hebamme total schwierig, wenn ich mit der Frau nicht richtig reden kann, dann betreue ich sie so, wie ich halt die allgemeinen Frauen betreue, aber ich kann nie sicher sein, ob ich das erwisch, was die Frau wirklich braucht. Und oft können die nicht einmal wirklich kommunizieren oder trauen sich nicht, ich weiß es nicht, ob ihnen das angenehm ist oder nicht, was ich gerade mach. Ich denk mir, eine Person, die sie vorher kennt, und die Möglichkeit hab ich nicht, da bin ich mir sicherer, dass sie sich gleich sagen traut, was ich darf. Das ist für mich als Hebamme wieder angenehmer, wenn

ich jetzt hör, ok, das war jetzt nicht gut. [...]Natürlich, ich glaub schon, dass es optimaler wäre, dass wenn ich die Frauen schon früher kennenlernen könnte, also schon früher in der Schwangerschaft als Hebamme und sie dann betreue bis ins Wochenbett, aber das ist in den wenigsten Fällen so.' [C1DH/25 29]

Sehr oft übernimmt der Mann diese Funktion oder Familienangehörige wie jüngere Kinder der werdenden Mutter. Hierzu die Erfahrung einer Hebamme: Meistens dolmetschen die werdenden Väter. „Wir geben dem Mann die Anweisungen und der übersetzt. Aber wenn er und sie im Stress sind oder wenn Fachbegriffe vorkommen, wird es schwierig“, so eine Hebamme [Zit. nach Z-Artikel/Reithofer-Haidacher 6/2009, 40]. Wenn der Mann für die Frau spricht, geht immer etwas verloren. Dem professionell entgegenzuarbeiten ist Aufgabe der DolmetscherInnen.

Interkultureller Zugang zur Gebärenden

Hebammen sprechen selber von einem Wissensdefizit in diesem Zusammenhang:

„Ich kenn mich da z. B. überhaupt nicht aus, ich könnt den kulturellen Aspekt überhaupt nicht einfließen lassen. Und da ist es natürlich gut, wenn jemand dabei ist, der eine Ahnung hat.“ [C11H/39]

Im Ausbildungscurriculum für Hebammen ist mittlerweile Platz für interkulturelles Lernen. In Graz gibt es im 5. und 6. Semester: Kulturelle Vergleiche und Migration, in Wien interkulturelles Lernen im 5. Semester. Die Vorträge sollen zu einer transkulturellen Kompetenz beitragen und unterstützen bei der sensiblen Zusammenarbeit mit Menschen aus fremden Kulturen sowie beim Verständnis von Denken, Fühlen und Handeln von Migrantinnen und ihren Familien. Die Themen werfen einen kultursensiblen Blick auf Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft.

„Wenn Migrantinnen ihre Kinder auf die Welt bringen, find ich es sehr schwierig, weil die Hebammen einfach nicht genug vorbereitet sind, in der Hinsicht einfach zu wenig geschult sind und überfordert damit und dann geht es in eine ganz falsche Richtung. Wo ich nicht immer sagen würde, dass ist jetzt die persönliche Meinung oder Abneigung dieser Hebamme, sondern einfach ein Zeichen, dass sie überfordert ist damit und einfach nicht wissen, wie sie damit umgehen. Und dann wird diese Frau einfach nicht so betreut, wie sie betreut werden sollte.“ [C10H/42 44]

Doulas und Hebammen könnten sehr viel von Frauen aus anderen Kulturen lernen. Wie gehen diese mit Schmerz um und welche soziokulturellen Prägungen haben diese Frauen. Das sind Herausforderungen zu denen eine Hebamme sich wie folgt dazu äußert:

„Stimmt! Aber das ist für niemanden in der Geburtshilfe wichtig, für die, die in diesem Rahmen arbeiten. Und das ist traurig, aber die haben keine Zeit, viel Arbeit und keine Muße. Und da lernt man auch nichts in der Ausbildung.“ [C11H/55 56]

Nach einer Studie von Christine Binder-Fritz 1997 haben Hebammen einen sehr divergenten Wissenstand über kulturfremde Patienten, je nachdem, ob sie sich beruflich oder privat bereits mit anderen Kulturen auseinandergesetzt haben oder eher der Ansicht sind, dass Migranten sich gänzlich unserer Kultur und dem medizinischen System anpassen hätten [Binder-Fritz 1997, 151]. Der Großteil von Hebammen hätte großes Interesse an interkultureller Fortbildung.

Binder-Fritz bemerkt, dass gegenseitiger Respekt eine Grundbedingung für einen interkulturellen Dialog ist. Respekt im Sinne der Anerkennung des Anderen als Gleichrangigen muss aber nicht heißen, unbedingt alles zu billigen. Das Aneignen von Wissen, Erkunden des Unbekannten und der Versuch das Andere, das Fremde zu verstehen, dient letztlich der Erkenntnis des Eigenen [Binder-Fritz 1997, 153].

4.5.4. Ideen für Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Doula

Ob und wie Synergieeffekte zwischen Hebamme und Doula erzeugt werden sollten, lässt sich an folgenden Interviewpassagen ablesen:

„Ja, ich kann mir vorstellen mit Doulas zusammen zu arbeiten.“ [C10H/26]

„Mit Doulas muss immer geklärt sein, wer für was verantwortlich ist. Arbeitet sie zwischen der Hebamme und der Gebärenden, dann ist das im Dreieck super.“ [C12H/10]

„Geburt ist so voller Emotionen, wo jeder, der dabei ist, mitnascht, wenn es schön und gut läuft. Aber es ist harte Realität und viel Arbeit und je mehr man sich da seinem Körper hingeben kann, desto besser läuft die Geschichte. Deswegen ist die Mitnahme einer vertrauten Person etwas, das ich absolut begrüße. Nur, wie gesagt, es muss sich jeder über seine Rolle klar sein. Die Doula als Begleitperson, die den Vermittler auch macht und die Frau stützt, wenn die Frau keine passende Person hat oder wünscht. Doula oder beste Freundin, egal auf welcher Basis das läuft, das spielt für mich ja keine Rolle, besser als wenn sich die werdende Großmutter sich daher angetragen hat, weil ich kenn nur ganz, ganz wenige Situationen, wo das funktionierte.“ [C12H/17 20]

Eine Hebamme sieht es als Betreuungsdefizit, wenn sie alleine eine Gebärende betreut.

„Allein wenn zwei Hände mehr da sind. Eine die, die Geburtssituationen auch gewohnt ist und wo ich nicht aufpassen muss, dass sie mir kollabiert. Da kann ich auch sagen, bitte ich brauch jetzt ganz dringend dieses oder so, dass ist ja für mich auch ideal. Und allein andere Geburtspositionen als die Rückenlage, wenn ich niemanden hab, der mir die Frau stützt, damit ich inzwischen CTG halten oder auf den Damm schauen oder sonstiges machen kann, was ich halt grad zu tun hab, oder ein Medikament herrichten, egal was. Wenn in der Zeit niemand bei der Frau ist und ihr hilft und sie stützt, dann kann ich das nicht machen.“ [C1DH/40 43]

Abschließend eine Aussage einer Hebamme in diesem Kontext:

„Es geht soviel Vertrauen ins Gebären verloren. Und deshalb ist es so wichtig, dass das was du als Doula machst und ich als Hebamme mache so wichtig, um auch wieder Vertrauen zu schaffen. Und daher wäre das ja viel wichtiger, dass sich da alle zusammentun und miteinander reden. Doulas, Hebammen und Gynäkologen. Und sich da zusammentun und nicht dagegen kämpfen. Das kann nur eine Bereicherung sein. [C11H/51 53]“

V. ZUSAMMENFASSUNG

Es werden nun im Folgenden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Analysen zusammengefasst, wobei von der zentralen Fragestellung ausgegangen wurde, welchen Stellenwert eine Doula im aktuellen Geburtssystem in Österreich hat. Diesem Stellenwert wurde nach entsprechender Ausrichtung in der Berufsdefinition nachgegangen.

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Vorrangig muss immer der Wunsch der werdenden Mutter als auch der des werdenden Vaters bezüglich möglicher Konstellationen des Betreuungsverhältnisses respektiert werden. Die Interaktion zwischen den Hebammen, Doulas und werdenden Eltern spielt eine große Rolle im Geburtsprozess, wobei immer der spezifische Wunsch der Eltern maßgeblich ist.

5.1.1. Mütter

Neben der Interpretation empirischen Materials wurde auch Referenzliteratur zum Thema „Mütter“ in diesem Abschnitt vorgestellt wie interpretiert.

In Bezug auf die Mütter lässt sich feststellen, dass nur wenige gebärende Frauen praktische Erfahrung mit Doulas aufweisen können, wobei ein allgemeines Interesse für diese Berufssparte vorhanden ist. Dass die synergetische Interaktion zwischen den Hebammen, Doulas und werdenden Eltern eine große Rolle im Geburtsprozess spielt, wird damit begründet, dem traditionellen Geburtssystem mehr Anschlussmöglichkeiten in der aktuellen technologischen Geburtssituation zu ermöglichen.

Ein wünschenswerter Faktor neben der – zumeist familiär verstandenen – Privatsphäre ist für Mütter die Kontinuität in der Geburtsbegleitung inklusive der derzeit nur sporadisch gegebenen Nachbegleitung. Ersichtliche Störungen dieser angestrebten Harmonie, wie etwa der Schicht- bzw. Dienstwechsel, die in einem Spitalsalltag vorzufinden sind, empfand keine gebärende Frau als ihrer Lage entsprechend.

Werdende und gebärende Mütter sind im Zwiespalt zwischen traditionellem und technologischem Geburtssystem, wie das empirisch auch aus mehreren Interviews hervorgeht: Zwei von mir interviewte Mütter haben sich für eine Hausgeburt entschieden und hatten im Vorfeld ganz klare

Vorstellungen, warum sie keine Entbindung im Krankenhaus haben wollten. Bei den anderen Müttern war wiederum nicht die intime Sphäre des traditionellen Geburtssystems gefragt, sondern die technisch-versierte Praxis im Krankenhaus, gekoppelt mit der Ansicht, dass sie sich dort am besten entlastet fühlen.

Hinsichtlich des Informationsstandes bezüglich einer Doula lässt sich sagen, dass nur ein Viertel aller interviewten Mütter sich einen klaren Begriff davon machen konnte, was denn überhaupt eine Doula sei. Dennoch – und dies ist bezeichnend für ein diffuses, aber doch anscheinend benötigtes und in letzter Konsequenz einzuforderndes Betreuungsbedürfnis – hat sich die Mehrzahl der Frauen bewusst für eine Doula-Begleitung, instinktiv oder reflexiv, entschieden. Denn Fakt ist, dass sich – bis auf eine Migrantin aus Brasilien – alle anderen von mir interviewten Frauen eine Doula-Begleitung wünschten bzw. vorstellen konnten. Dies zeigt deutlich die Diversität der befragten Frauen auf. Als größte Herausforderung für Mütter mit Migrationshintergrund wurde die Sprachbarriere genannt; kulturelle Diversifikationen, wie sie über Rituale und Bräuche kommuniziert werden, wurden hingegen als sekundär angegeben.

5.1.2. Väter

Die Art der Beteiligung des Vaters bei der Geburt hängt von den spezifischen Wünschen und Bedürfnissen beider Partner ab. Väterliche Unterstützung kann eine Bandbreite von Verhaltensweisen umfassen, deren Angemessenheit nur im Einzelfall zu beurteilen ist. So kann es z. B. sein, dass ein wenig engagierter Vater den Bedürfnissen der Partnerin sehr entgegenkommt. Verschiedentlich möchte auch die Mutter die Anwesenheit des Partners begrenzen und seine Aktivitäten in bestimmte Bahnen lenken. Dies kann sich etwa im Wunsch äußern, dass der Partner immer am Kopfende des Bettes bleiben solle [vgl. Henze 2000, 206]. Ob der werdende Vater selbst bei der Geburt anwesend ist, sollte er – nach derzeitigem Erkenntnisstand – autonom entscheiden dürfen. In der Literatur wird immer wieder angeführt, dass die Mehrzahl der Männer Angst vor den weitreichenden Konsequenzen dieser Entscheidung hat; nicht etwa, weil sie „feige“ ist, sondern weil sie mit dem Gefühl, der Partnerin wirklich beistehen zu müssen, ohne zu wissen wie, nicht klar-kommen können und damit das eigene Selbstwertgefühl in Mitleidenschaft gezogen wird.

Auf jeden Fall sollten werdende Mütter und Väter über das Thema der Geburtsbegleitung ehrlich und ausführlich miteinander sprechen – damit sich die werdende Mutter nicht alleingelassen und der werdende Vater sich nicht überfordert fühlt.

In meinen Befragungen kam der Wunsch bei der Geburt dabei zu sein von den meisten der werdenden Väter. Entsprechende Gründe konnten nicht einheitlich belegt werden, aber am ehesten

äußerten sie diesen Wunsch aufgrund eines entsprechenden gesellschaftlichen Drucks, andererseits auch aus einem Pflichtgefühl heraus. Nur die Hälfte erlebte aber die tatsächliche Begleitung de facto als ein schönes Ereignis. Begleitung durch eine Doula wurde von der Mehrzahl der Männer skeptisch betrachtet, mit Ausnahme derer, und dies spricht wohl Bände, die bereits entsprechende Erfahrungen nachweisen konnten.

5.1.3. Doulas

Eine Doula repräsentiert im Idealfall das traditionelle Geburtssystem mit konstruktiven Anteilen des technologischen Systems. In Auswertung und Interpretation meiner Interviews kann gesagt werden, dass von primärer Bedeutung die traditionelle Qualität der Begleitung einer Doula für eine werdende Mutter ist, sekundär hingegen die entsprechende Medizintechnologie, die in der Regel vom Arzt und/oder der Hebamme repräsentiert wird. Krankenhäuser können in diesem Zusammenhang als Repräsentanten des technologischen Geburtssystems angesehen werden, da, den Doulas der Gang mit der werdenden Mutter in den Kreißaal nicht selten verwehrt wird.

Weitere Analysen, hier nun speziell zum Themenfeld „Doula-Berufsbild“ haben folgendes ergeben:

Es gibt keine Doula, die nur von ihrer Arbeit leben könnte, denn Doula ist kein anerkannter Beruf, und die rechtlichen Grundlagen sind bis heute nicht eindeutig geklärt. Dass volkswirtschaftlich, bis hin zur psychologischen Nachhaltigkeit eines betreuten Entbindungsgeschehens der Staat vom Berufsfeld der Doula nur profitieren könnte, ist faktisch und in Zahlen belegbar: Natürliche Geburten sind für das Gemeinwesen wesentlich billiger, da keine Kosten für eine Operation anfallen und weil – bei Krankenhaus-Geburten – Frau und Kind in der Regel schneller das Krankenhaus verlassen könnten. Eine Geburt per Kaiserschnitt kostet die Krankenkassen zwischen € 4.700 und € 6.000. Für eine natürliche Geburt werden ungefähr € 2.700 fällig. Eine Hausgeburt belastet den Krankenkassen-Etat mit ungefähr € 500 Euro.⁴⁰ Dass diese Argumentation über eine einfache Zahlenspielerlei hinausgeht und im wesentlichen Faktizität und Geltung des Doula-Berufs nicht zuletzt im volkswirtschaftlichen Bereich legitimieren würde, ist eine Tatsache, der man sich in Zukunft nicht verschließen wird können.

⁴⁰ <<http://de.wikipedia.org/wiki/Wunschkaiserschnitt>> [06.11.09/13:00]

5.1.4. Hebammen

Hebammen sind die Expertinnen für sicheres und umsichtiges Begleiten in der Schwangerschaft, während der Geburt, im Wochenbett und bis zum ersten Lebensjahr des Kindes. Sie repräsentieren, so sie sich mit der technologischen Seite des Entbindens völlig identifizieren, das Geburtssystem des konventionellen Spitals. Interpretiere ich Referenzliteratur, Befunde und eigene Interviews richtig, so muss es aufgrund der vielseitigen Anforderungen der Hebamme in der Geburtshilfe, des hektischen Klinikbetriebs und der gleichzeitigen Betreuung mehrerer Frauen während der Geburt als äußerst unwahrscheinlich gelten, dass sie jeweils einer Frau während der gesamten Geburt vollständig zur Verfügung stehen kann. Sehr häufig wird von den Hebammen erwartet, dass sie zwei und mehr Mütter gleichzeitig betreuen. In diesem Fall könnte ihnen die Anwesenheit einer Doula im Allgemeinen sehr gelegen kommen, weil sie immer wieder eine Mutter alleine lassen müssen, um sich um eine andere zu kümmern. Viele Hebammen – und dies geht eindeutig aus meinen Interviews hervor – reagieren skeptisch auf dieses Angebot der Geburtsbegleitung.

Des Weiteren lässt sich in diesem Zusammenhang sagen, dass von Seite der Hebammen kaum Erfahrungen mit Doulas vorhanden sind – und schon alleine deshalb das Vorurteil regiert. Jene Hebammen aber, die von einer Zusammenarbeit mit einer Doula berichten können, gaben in den Interviews nur positive Feedbacks. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich in allen Interviews, die ich geführt habe, keine Hebamme dezidiert gegen Doulas ausgesprochen hat.

Aufgrund einiger Bemerkungen von Hebammen gewann ich den Eindruck, dass nur teilweise Vorbehalte existieren, wobei diese vor allem – wie zu beweisen war – auf den nicht eindeutig ausformulierten Aufgabenbereich der Doula selbst zurückzuführen sind. Würde das diffuse Berufsprofil der Doula geklärt werden, könnten die Vorbehalte deutlich reduziert werden.

5.2. Innovation – Praxisrelevanz

Angesichts der vorliegenden Resultate ergeben sich folgende Erkenntnisse und Forderungen:

1. Geburtsbegleitung sollte kein Luxus sein, sondern eine Notwendigkeit

In der modernen Entbindungsstation hat die Hebamme ihren traditionellen Platz an der Seite der gebärenden Frau weitgehend aufgegeben – durch die Doula soll diese Lücke wieder geschlossen werden.

2. Professionalisierung der Doulas

Die Dienste einer Doula sollten auf Basis von tariflich geregelten Honoraren als Krankenkassenleistung vergütet werden können. (Dazu gibt es entsprechende Fallstudien in US-amerikanischen Krankenhäusern.)

3. Weitere Forschungsarbeiten und Finanzierung

Innovation: Der Verein MAIA

Im Zuge der Diplomarbeit ist es mir wichtig gewesen, meine Arbeitshypothesen praxisrelevant prüfen wie umsetzen zu können. Ein neues Konzept für Frauen, die begleitet werden wollen, wurde daher in Kooperation mit zehn Doulas erstellt und in institutioneller Form eines Vereins statuiert. Gemeinsam mit Courtney Day, einer Kultur- und Sozialanthropologin, wurde ein entsprechendes Konzept entwickelt und so entstand die Gründung des Vereins MAIA. MAIA ist ein teilsubventioniertes Pilotprojekt, das Migrantinnen und Frauen in Notsituationen vor, während und nach der Geburt als emotionale und physische Begleitung unterstützt und dadurch einen Beitrag zur Integration und Frauengesundheit anbietet. Ziel des Projektes ist es, Migrantinnen und Frauen in schwierigen Situationen einen optimalen Zugang zur Geburtsvorbereitung zu gewährleisten. Darüber hinaus ist es wichtig, deren psychosoziales Befinden zu steigern, kulturübergreifendes Frauenbewusstsein und damit die Integration von Migrantinnen zu fördern sowie Geburtskomplikationen und postnatale Depression in dieser Gruppe von Frauen signifikant zu reduzieren.

Mein persönliches Ziel neben der Vereinsarbeit ist es, in Wien als Doula mit Migrantinnen arbeiten zu können. Daher habe ich Migrantinnen interviewt, um im Zusammenhang mit ihren Bedürfnissen während des Geburtsprozesses herauszufinden, wo und wie Doulas eingesetzt werden können. Diese Erhebungen sollen zukünftig dem Verein „MAIA – GEBORGEn in der FREMDE“ zur Verfügung gestellt werden.

Wünschenswert wäre, dass dieses Projekt in Österreich flächendeckend Anerkennung und somit Ausbaumöglichkeit finden könnte; dies aber setzt nicht zuletzt eine juristische wie in Folge soziale Anerkennung des Doula-Standes voraus. Wenn mit meiner Diplomarbeit hierfür ein bescheidener, aber trotzdem wichtiger erster Schritt geleistet werden kann, so wäre eine erste Hürde genommen.

Literaturverzeichnis

ALBRECHT-ENGEL, Ines

- 1997** In Wellen zur Welt. Das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. Natura Med/Hampp Verlag, Nekarsulm
- 1995** Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schiefenhövel, Wulf u.a. (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, CURARE Sb. 8, 31 – 42. VWB, Berlin

BINDER-Fritz, Christine

- 2003a** Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In: Friebe, Jens/Zalucki, Michaela (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. 116 – 142. wbv, Bielefeld
- 2003b** Gender, Körper und Kultur. Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen. In: Lux, Thomas (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin - Medizinethnologie – Medical Anthropology. 89 – 121, Reimer, Berlin
- 1997** Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. In: Gottschalk-Hatschkus,/Schuler/Uzarewicz/Piechotta (Hg.); in: Curare Sb. 10 – Transkulturelle Pflege. VWB, Berlin
- 1996** Whaka Whanau. Geburt und Mutterschaft bei den Maori. Peter Lang Verlag, Frankfurt/Main
- 1995** Der Wandel der Geburtshilfe bei den Maori in Neuseeland. In: Schiefenhövel, Wulf u.a. (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, CURARE Sb/893 – 903. VWB, Berlin
- 1991** Schwangerschaft und Geburt bei den Neuseeländischen Maori. Eine historisch-ethnografische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Feldforschungsdaten. Dissertation Uni Wien

BLOEMEKE, Viresha

- 2003** „Es war eine schwere Geburt...“ Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können. Kösel Verlag, München
- 1999** Alles rund ums Wochenbett. Die ersten Monate der jungen Familie. Kösel Verlag, München

BREZINKA, Christoph

- 1998** Schwangerschaft und Geburt in den Niederlanden: Organisation, Kostenrechnung und medizinische Qualitätskontrolle. Hartung-Gorre Verlag, Konstanz

BÜCHSE, Sandra

- 2001** Die Stellung der Hebamme in Österreich: Eine Auseinandersetzung mit dem Hebammenberuf. Diplomarbeit Univ. Wien

DAVIS-FLOYD, Robbie

- 1992** Birth as an American Rite of Passage. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care. University of California Press, Berkeley California

DAVIS-FLOYD, Robbie/BARCLAY, Lesley/DAVISS, Betty-Anne/TRITTEN, Jan

- 2009** Birth models that work. University of California Press, Berkeley California

DAVIS-FLOYD, Robbie/ST.JOHN, Gloria

1998 From Doctor to Healer. The Transformative Journey. Rutgers University Press, New Jersey

DAVIS-FLOYD, Robbie/SARGENT, Carolyne

1997 Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspective. University of California Press, Berkeley California

DE JONG, Theresia /KEMMLER, Gabriele

1996 Kaiserschnitt, Narben an Seele und Bauch. Ein Ratgeber für Kaiserschnittmütter. Fischer, Frankfurt/Main

DOMENIG, Dagmar

2007² Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Verlag Hans Huber, Bern

DOUGLAS, Mary

1974 Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Fischer Verlag, Frankfurt/Main

DUDEN, Barbara/SCHLUMBOHM, Jürgen/VEIT, Patrice

2002 Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. – 20. Jahrhundert. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen

DUDEN, Barbara

1998 Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. In: Schlumbohm, Jürgen [Hg.] : Rituale der Geburt, eine Kulturgeschichte, 149 – 189. Beck'sche Reihe, München

1997 Pränatales genetisches Screening – moderne Wahrsagerei? In: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichstellung der Frau (Hg.) Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft. 144 – 148. Bremen

1995 Vom schmalen Grat des Arztseins. In: Frauen Gesundheit. Jahrbuch für Kritische Medizin Band 24. 122 – 133. Argument-Verlag, Hamburg

1991 Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main

ECKART, Wolfgang

1998³ Geschichte der Medizin. Springer, Heidelberg

EHRENREICH, Barbara/ENGLISH, Deirdre

2001¹⁷ Hexe, Hebammen und Krankenschwestern. Verlag Frauenoffensive, München

ENRIGHT, Anne

2004 Making babies. Stumbling into Motherhood. Jonathan Cape Random House, London

FLICK, Uwe/KARDORFF, Ernst von/STEINKE, Ines

2007⁵ Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

FROSCHAUER, Ulrike/LUEGER, Manfred

2008 Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. WUV UTB, Wien

GADAMER, Hans-Georg

1986 Wahrheit und Methode, Hermeneutik II, J. C. B. Mohr Verlag, Tübingen

GASKIN, Ina May

2002⁴ Spiritual Midwifery. Book Publishing Company, Summertown, TN, USA

GEIBEL-NEUBERGER, Ulrich

1995 Die soziokulturelle Einbettung von sechs sich entwickelnden Elternschaften bei der Geburt des ersten Kindes in der BRD aus ethnomedizinischer Sicht. In: Schiefenhövel, Wulf u.a. (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, CURARE Sb. 8./409 – 415. VWB, Berlin

GREIFELD, Katarina

2003³ Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. Dietrich Reimer Verlag, Frankfurt/Main

HANTSCHE, Brigitte

2000 Kulturelle und soziohistorische Dimensionen von Schwangerschaft und Geburt. In: Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch, Robert Bosch Stiftung (Hg.), Reihe Pflegewissenschaft, 15 – 30. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle

HENZE, Karl-Heinz

2000 Väter In: Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch, Robert Bosch Stiftung (Hg.), Reihe Pflegewissenschaft, 195 – 215. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle

HOFSTEDE, Geert

1997 Lokales Denken, globales Handeln. Kulturen, Zusammenarbeit und Management. Dt. Taschenbuch-Verlag, München

HOPF, Christel

2007 Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick/Kardorff/Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 349 – 354. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

JASKULSKI, Wolf

1992 Kämpfer für das verlorene Glück. Für die gewaltfreie Geburt in Geborgenheit. Edition Tau, Bad Sauerbrunn

JONES, Ricardo Herbert

2009 Teamwork: An Obstetrician, a Midwife, and a Doula in Brazil. In: Davis-Floyd, Robbie E. u.a. Birth models that work, 271 – 304. University of California Press, Berkeley California

JORDAN, Brigitte

1995 Die Geburt aus der Sicht der Ethnologie. In: Schiefenhövel, Wulf u.a. (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, 25 – 30. CURARE Sb. 8. VWB, Berlin

1992⁴ Birth in Four Cultures. A Crosscultural A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States, Waveland Pr Inc, Long Grove, Illinois

KAEGI, Adolf

1992 Kurzgefasste Griechische Schulgrammatik, Unveränderte Neuauflage. Weidmannsche Verlagsbuchhandlung, Zürich

KÄSTNER, Ursula

1981 Bezeichnungen für Sklaven. In: Soziale Typenbegriffe. Untersuchungen ausgewählter altgriechischer sozialer Typenbegriffe, 282 – 318. Akademie-Verlag, Berlin

KITZINGER, Sheila

2006² Birth Crisis. Routledge, Cornwall

2005 The Politics of Birth. ELSEVIER, London

1998¹⁰ Schwangerschaft und Geburt. Kösel, München

1997 Großmutter werden. Droemer Knaur, München

1996 Schwangerschaft und Geburt bewusst und selbstbestimmt erleben. dtv, München

KLAUS, Marshall/KENNEL, John/KLAUS, Phyllis

2002² The Doula Book. How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth. Da Capo Press, Cambridge

1997 Der erste Bund fürs Leben – Bonding. Die gelungene Eltern-Kind-Bindung und was Mütter und Väter dazu beitragen können. Rowohlt, Hamburg

1995 Doula. Der neue Weg der Geburtsbegleitung. Mosaik Verlag, München

KLAUS, Marshall/KENNEL, John

1983 Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung. Kösel Verlag, München

KUNTNER, Liselotte

2007² Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in der Pflege und Geburtshilfe. 439 – 456. Hans Huber Verlag, Bern

2004 Das Gebähverhalten der Frau – Ethnomedizinische Betrachtungen. In: Tanzberger, Renate/Kuhn, Anette/Möbs, Gregor (Hg.) Der Beckenboden – Funktion, Anpassung und Therapie. Das Tanzberger-Konzept. 174 – 182. Verlag Urban und Fischer, München

2001 Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in der Pflege und Geburtshilfe. 361 – 384. Hans Huber Verlag, Bern

2000 Geburt und Mutterschaft im Kulturvergleich. In: Metz-Becker, Marita/Schmidt, Stephan (Hg.): Gebähhaltungen im Wandel. Kulturhistorische Perspektiven und neue Zielsetzungen. 52 – 87. Jonas Verlag, Marburg

1997a Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Kulturen. In: Albrecht-Engel, Ines (Hg.): In Wellen zur Welt. Das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. **Seiten.** Natura Med/Hampp Verlag, Stuttgart

1997b Frauengesundheit und Geburtssysteme. In: Schiefenhövel, Wulf u.a. (Hg.): Frauen und Gesundheit/Women and Health, CURARE Sb. 11/321 – 328. VWB, Berlin

1994⁴ Die Gebähhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht. Marseille Verlag, München

LAMNEK, Siegfried

1995³ Qualitative Sozialforschung. Methodologie. Psychologie-Verlag-Union, Weinheim

LEBOYER, Frédéric

1997 Das Geheimnis der Geburt. Kösel Verlag, München

LENGER, Birgit

2006 Mikrokosmos Mutterkuchen. Eine ethnologisch-ethnografische Untersuchung zum Umgang mit der Plazenta in Österreich. Diplomarbeit Univ. Wien

LOYTVED, Christine

2001² Dem Hebammenwissen auf der Spur. Zur Geschichte der Geburtshilfe. Katalog zur Arbeitsgruppe Gesundheitswissenschaften/AGW. Universitätsbibliothek, Osnabrück

LUX, Thomas

2003 Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin-Medizinethnologie-Medical Anthropology. Reimer, Berlin

MARTIN, Emily

1989 Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Campus Verlag, Frankfurt/New York

MANDER, Rosemary

2001 Supportive Care and Midwifery. Verlag Blackwell Science, University Edinburgh

MAYRING, Philipp

2002⁵ Einführung in die qualitative Sozialforschung, eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag, Weinheim

MORGENSTERN, Christel/STECK, Thomas/HERTEL, Edeltraut/PACHMANN, Heike

2007 Kompendium der Geburtshilfe für Hebammen. Springer New York

NADIG, Maya

1986 Verborgene Kultur der Frau. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/Main

NORTHRUP, Christiane

2002⁷ Frauenkörper, Frauenweisheit. Verlag Zabert Sandmann, München

ODENT, Michel

2005 Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Walter Verlag, Zürich

1994 Geburt und Stillen. Über die Natur elementarer Erfahrungen. Verlag C. H. Beck, München

OFFE, Claus/HEINZE, Rolf

1990 Organisierte Eigenarbeit. Das Modell Kooperationsring. Campus-Verlag, Frankfurt/New York

PAPE, Wilhelm

1914 Handwörterbuch der griechischen Sprache: in vier Bänden. Vieweg Verlag, Braunschweig

PFLEIDERER, Beatrix

2003 Zur kulturellen Konstruktion biomedizinischen Tuns und Wissens. In: Greifeld (Hg.): Ritual und Heilung. 165 – 197. Dietrich Reimer Verlag, Frankfurt/Main

PSCHYREMBEL

2004²⁶⁰ Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter, Berlin/New York

ROCKENSCHAUB, Alfred

2005³ Gebären ohne Aberglauben. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst. Facultas Verlag, Wien

SCHMIDT, Christiane

2007⁵ Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 447 – 456. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

SCHIEFENHÖVEL Wulf

1995³ Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Geburten bei den Eipo. CURARE Sb. 8/55 – 66. VWB, Berlin

1983 Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen 8. - 10.12.1978 CURARE Sb. 1, Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig/Wiesbaden

SCHWÄGERL, Ilona

1999 Geburt in Geborgenheit und Würde. Aus dem Erfahrungsschatz einer Hebamme. Heinrich Hugendubel Verlag, Kreuzlingen/München

SIMKIN, Penny

2001² The Birth Partner. Everything You Need to Know to Help a Woman Through Childbirth. Harvard Common Press, Boston Massachusetts

STAUBER, Manfred/FREUD, Ernest/KÄSTNER, Ralph

1995 Psychosomatische Forderungen an die moderne Geburtshilfe. In: Schiefenhövel, Wulf u.a. (Hg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, CURARE Sb. 8/ 401 – 409. VWB, Berlin

STRACK, Hanna

2006 Die Frau ist Mit-Schöpferin. Die Theologie der Geburt. Christel Göttert Verlag, Rüsselsheim

TRIEB, Traude

2006 Lust aufs Gebären. Recht auf ein positives Geburtserlebnis. Eigenverlag. Bad Vöslau

VAN GENNEP, Arnold

2005 Übergangsriten. „Les rites de passage“. Campus Verlag, Frankfurt/Main

WAGNER, Marsden

2006 Born in the USA: How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First. University of California Press

WELSKOPF, Elisabeth Charlotte

1981 Soziale Typen-Begriffe. Untersuchungen ausgewählter altgriechischer sozialer Typenbegriffe. Band 3. Akademie Verlag, Berlin

WISCHMANN, Maïke

1999 Angewandte Ethnologie und Unternehmen. Die praxisorientierte ethnologische Forschung zu Unternehmenskulturen, Lit. Hamburg

Zeitschriftenartikel [Z-Artikel]:

BODARD SENN, Josianne

2006 L'Hebdo/Westschweizer Presse 16.11.2006

CAMPBELL, Della/SCOTT, Kathryn/KLAUS, Marshall/FALK, Michele

2007 Relatives or Friends Trained as Labor Doulas: Outcomes at 6 to 8 Weeks Postpartum. In: Birth (Fachzeitschrift) Heft 34/3, 220 – 227.

FISCHER VERAGUTH, Susanne

2004 Es gibt keine standardisierte Geburt. Interview mit Hebamme Ans Luyben (Ausbildungsleiterin in Chur, Schweiz) wie Hebammen mit überforderten Vätern umgehen. In: Annabelle 6/04, 68 – 69.

HAIDINGER, Andrea

2008 „Doulas“ gehen neuen Weg bei der Geburtsbegleitung. In: O.Ö. Rundschau Nr. 15/10.04.2008, 22.

HUMMEL, Katrin

2001 Soll der Vater draußen bleiben? Während der Entbindung stört der Mann. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, 14.08.2001 Nr. 187, 11.

KLAUS, Marshall/KENNEL, John/KLAUS, Phyllis

1999 Women Supporting Women During Childbirth. In: Maternity Wise. Making informed Decisions about Maternity Care. A Series of Topical Guides for Women from the Maternity Center Association (MCA) Copyright , 3.

KUNTNER, Liselotte

2004 Werdende Mutter in der Fremde. „Auf die anderen Lebenswelten eingehen“. Interview mit Liselotte Kuntner. Aargauer Zeitung 30.01.2004.

QUELL-LIEDKE, Susanne

2009 Bauchgefühl. Warum Vertrauen und Zuversicht so wichtig sind. In: Hebammenforum. (Hg.) Weleda AG, Schwäbisch Gmünd. Anthroposophische Medizin in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Heft 03. Sep 2009, 20 – 22.

REITHOFER-HAIDACHER, Eva

2009 Was heißt Wehen auf Türkisch? In: welt der frau 6/2009, 40 – 41.

SCHROEDER, Carole/BELL, Janice

2005 Doula birth support for incarcerated pregnant women. In: Public Health Nursing. Jan – Feb 05/22(1), 53 – 58.

STEIN, Martin/Kennell, John/Fulcher, Ann

2004 Benefits of a doula present at the birth of a child. In: Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. Oktober 2004, 89 – 92.

STÜLB, Magdalena/ADAM, Yvonne

2008 Mutterwerden in der Fremde. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 5/2008, 6 – 9.

2008 Eigenes und Fremdes besser verstehen. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 5/2008, 10 – 13.

Internetartikel [I-Artikel]:

BERG, Marie/TERSTAD, Anna

2006 Swedish women's experiences of doula support during childbirth. Midwifery 2006 Dec; 22(4): 330 – 338. Epub 2006 Apr 17. Quelle: Schweizer Hebammenverband. Internetpublikation.
<http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2007-05-14.pdf> [02.08.09/21:09]

BLANK, Eva

2005 Geburt mit Doula. 12.03.2005. Internetpublikation.
<<http://www.taz.de/index.php?id=archivseite&dig=2005/03/12/a0226>> [15.09.09/20:38]

GRANJU, Katie Allison

1999 The midwife of modern midwifery. From her Tennessee commune, Ina May. Internetpublikation.
<<http://www.salon.com/people/bc/1999/06/01/gaskin>> [05.07.09/20:38]

KREISKY, Eva

2003 Neoliberale Körpergefühle: Vom Neuen Staatskörper zu profitablen Körpermärkten. 1 – 26. Internetpublikation.
<http://evakreisky.at/onlinetexte/koerpergefuehle_kreisky.pdf> [06.01.10/20:38]

MAHRHOFER, Peter

2006 Teenager Schwangerschaften In: GYN-AKTIV 1/06. 62 – 64. Internetpublikation.
< <http://www.womendoc.at/texte/GA1%20Mahrhofer.pdf>> [13.11.09/19:03]

PASCALI-BONARO, Debra/MEYER, Bruce/ARNOLD, Jane

2001 Social Support by Doulas During Labor and the Early Postpartum Period. In: Hospital Physician 57 – 65. Internetpublikation.
<http://www.turner-white.com/pdf/hp_sep01_doulas.pdf> [24.11.09/16:50]

Protokolle:

- **GASKIN, Ina May** – Doula Ausbildung : 22.09.07, Graz
- **LAMMERS, Liliana** – Paramama Doula Course: 15.07.07, London
- **ODENT, Michel** – Paramama Doula Course: 15.07.07, London
- **RODLER, Angelika** – Doula Ausbildung: 08.07.07, Graz

Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

Interviews mit Doulas/Hebammen

Einleitende Interviewfragen

- Seit wann sind Sie/bist Du Doula/Hebamme?
- Seit wann gibt es Doulas in der Schweiz/Deutschland/Österreich?
- Wie bekannt ist der Begriff Doula?
- Ist Ihrer/Deiner Erfahrung nach die Zahl der Frauen, die Doulas in Anspruch nehmen im größer geworden?
 - Woher nehmen Frauen ihre Informationen?

Aktuelle Situation in Zürich/Berlin/Wien

- Welche Erfahrungen haben/hast Sie/Du als Doula/Hebamme mit Hebammen/Doulas gemacht?
- Haben Sie/Du Erfahrungen mit Migrantinnen?
 - Wenn ja, welche?
- Wie sieht die gesetzliche Rechtslage der Doulas aus?
- Gibt es Diskussionen von Konkurrenzverhältnissen zwischen Doulas und Hebammen?
 - Wenn ja, welche?
- Gibt es Diskussionen von Konkurrenzverhältnissen zwischen Doulas und Vätern?
 - Wenn ja, welche?

Ausbildung

- Wie sieht die Ausbildung der Doulas in der Schweiz/Deutschland/Österreich aus?
- Gibt es Möglichkeiten für Weiterbildungen?

Netzwerke

- Wo und wie wird Werbung für Doulas gemacht?
- Zusammenarbeit mit DONA International/Gremium/Vereine?

Abschluss

- Gibt es zu diesem Thema noch Fragen oder Ergänzungen?
- Kennen Sie/Kennst Du noch weitere Doulas/Hebammen/Mütter/Väter die bereit wären für ein Interview?

Interviews mit Frauen, die ohne einer Doula ihr Kind bekommen haben

- Wollen Sie/Du Ihr(e)/Deine Geburtserlebnis/sse mit mir teilen?
- Was war für Sie/Dich ganz besonders Wichtig im Hinblick auf die Geburt und Wochenbett?
- Falls Migrationshintergrund vorhanden: Unterschied Geburtssystem hier und im Herkunftsland?
- Gibt es zu diesem Thema noch Fragen und Ergänzungen?
- Kennen Sie/Kennst Du noch weitere Doulas/Hebammen/Mütter/Väter die bereit wären für ein Interviews?

Interviews mit Frauen, die mit einer Doula ihr Kind bekommen haben

- Wollen Sie/Du Ihr(e)/Deine Geburtserlebnis/sse mit mir teilen?
- Was war für Sie/Dich ganz besonders Wichtig im Hinblick auf die Geburt und Wochenbett?
- Woher kam das Bedürfnis/Idee eine Doula zur Geburt mitzunehmen?
- Falls Migrationshintergrund vorhanden: Unterschied Geburtssystem hier und im Herkunftsland?
- Gibt es zu diesem Thema noch Fragen und Ergänzungen?
- Kennen Sie/Kennst Du noch weitere Doulas/Hebammen/Mütter/Väter die bereit wären für ein Interviews?

Interviews mit Vätern, die mit oder ohne Doula Unterstützung die Geburt erlebt haben

- Woher kam der Wunsch Ihre/Deine Frau/Freundin zur Geburt zu begleiten?
- Wie war das/die Geburtserlebnis/sse für Sie/Dich?
- War die Doula hilfreich? War die Doula vorstellbar als Geburtsbegleitung?
- Gibt es zu diesem Thema noch Fragen und Ergänzungen?
- Kennen Sie/Kennst Du noch weitere Väter/Mütter/Hebammen/Doulas die bereit wären für ein Interviews?

Anhang B: Codierung der 24 Interviews nach MaxQda

Doulas (8)

Code 1 Doula und Hebamme	C1DH	31. Jan. 08/Wien (L.S.)
Code 2 Doula	C2D	11. Feb.08/Berlin (A.D.)
Code 3 Doula	C3D	14. Feb. 08/Berlin (A.R.)
Code 4 Doula	C4D	24. April 08/Zürich (M.B.)
Code 5 Doula	C5D	24. April 08/Zürich (N.W.)
Code 6 Doula	C6D	25. Mai 08/Zürich (S.W)
Code 7 Doula	C7D	24. Mai 08/Köln (K.W.)
Code 8 Doula	C8D	04. Juni 08/Wien (B.E.)

Hebammen (4)

Code 9 Hebamme	C9H	18. Feb. 08/Berlin (D.H.)
Code 10 Hebamme	C10H	05. April 08/Heiligenblut/Kärnten (Z.P.)
Code 11 Hebamme	C11H	30. Mai 08/Wien (G.T.)
Code 12 Hebamme	C12H	02. Juli 08/Wien (M.H.)

Migrantinnen Mütter (4)

Code 13 Mutter/Migrantin	C13MM	17. April 08/Wien/Sudan (E.S.)
Code 14 Mutter/Migrantin	C14MM	25. April 08/Zürich/Deutschland (K.Z.)
Code 15 Mutter/Migrantin	C15MM	26. April 08/Zürich/Brasilien (R.S.)
Code 16 Mutter/Migrantin	C16MM	06.Juni 08/Wien/USA (M.S.)

Mütter ohne Doula Begleitung (2)

Code 17 Mutter ohne Doula	C17MoD	30. Juni 08/Wien (B.L.)
Code 18 Mutter ohne Doula	C18MoD	30. Juni 08/Wien (J.L.)

Mütter mit Doula Begleitung (2)

Code 19 Mutter mit Doula	C19MmD	10. Juni 08/Freistadt/OÖ (R.W.)
Code 20 Mutter mit Doula	C20MmD	23. Juni 08/Wien (R.P.)

Väter ohne Doula Begleitung (2)

Code 21 Vater ohne Doula	C21VoD	13. Juni 08/Freistadt/OÖ (E.F.)
Code 22 Vater ohne Doula	C22VoD	30. Mai 08/Wien (J.Ö.)

Väter mit Doula Begleitung (2)

Code 23 Vater mit Doula	C23VmD	10. Juni 08/Freistadt/OÖ (B.W.)
Code 24 Vater mit Doula	C24VmD	23. Juni 08/Wien (W.P.)

Anhang C: DONA⁴¹ International Member Statistics

Jahr	Mitglieder
1994	750
1995	1,200
1996	1,800
1997	2,050
1998	2,400
1999	2,800
2000	3,350
2001	3,800
2002	4,550
2003	4,906
2004	5,221
2005	5,842
2006	6,137
2007	6,302

DONA International Certified Birth Doulas - CD(DONA)

Jahr	Mitglieder
1994	31
1995	84
1996	254
1997	454
1998	717
1999	1,034
2000	1,429
2001	1,928
2002	2,432
2003	2,363
2004	2,504
2005	2,303
2006	2,625
2007	2,367

DONA International Certified Postpartum Doulas - PCD(DONA)

Jahr	Mitglieder
2004	14
2005	102
2006	165
2007	185

⁴¹ DONA = Doulas of North America

Anhang D: Interviews mit Müttern (Namen wurden geändert)

Geburt von Linus

„[...] Die Geburt hat 2,5 h gedauert und mein Sohn hatte 1800 g und während dieser halben Stunde hat die Hebamme immer darüber geredet, dass sie zum Zahnarzt muss und ihre Mutter braucht einen Nephrologen. Es war noch meine türkische Gynäkologin dabei und eine Praktikantin. Und die Hebamme sagte, als sie reinkam: So und nun spreche nur mehr ich. Weil mein Mann hat türkisch mit der Gynäkologin gesprochen. Wegen steigender Infektion wollten sie einen Kaiserschnitt machen, um 12.00 war geplant. Ich hab das aber nicht gewusst. Und um 9.00 - ich wollte drücken und drücken und die Hebamme hat gesagt, du drückst fünfmal, dann ist das Kind da. Und ich wollte nicht liegen, aber die Hebamme hat gesagt, du musst liegen. Aber sie hat mir nie Gründe genannt, warum und überhaupt [...] Ich hab ein Lieblingsbuch von Leboyer [...] Geburt ohne Gewalt, ich wollte kein Licht. Die Hebamme hat Kaffeebohnen aufgebrüht und auf den Damm gelegt, eine alte Methode und sie haben mich trotzdem schneiden müssen.“ [C16MoD/18 23]

„Ich bin nie informiert worden. Sie haben mir das Baby nur kurz gezeigt und dann haben sie das Baby weggenommen [...] Drei Tage später haben sie gesagt, sie hören was am Herz. Er braucht einen Herzkatheter. Die Ärztin hat gesagt, er muss sofort auf die Intensiv, er hat zwei Löcher im Herzen. Sie war sehr unprofessionell, sie hat gesagt, was macht er hier. Was machen sie mit diesem Kind hier. Ich hab gefragt: Und können die nicht irgendwann zuwachsen. Und sie hat gesagt: Sind sie [...], you know! Blöd! Er muss operiert werden und ich hab dann angefangen zu heulen und es hat dann eh Monate gedauert. Es war die Rede von Lungen-Herzmaschine und alles aufmachen [...] End of the story, es war nur ein Loch und es ist von selber zugegangen. Mein Mann hat die besten Spezialisten gesucht. Wir wollten nach Texas reisen, mein Mann hat alles recherchiert. Ich hab lange Zeit geheult. Zwei Monate später war es dann zu, als er eigentlich geboren wäre. Stillen haben sie gesagt, darf ich nicht, weil er ist zu klein und sein Herz ist zu schwach, dass darf ich ihm nicht antun. Also hab ich abgepumpt und abgepumpt. Wir haben viel gebetet.“ [C16MoD/25 30]

Geburt von Theo

„Ich hatte keine leichte Schwangerschaft. Ich hab mich für das Baby entschieden. Mein Freund wollt eine Abtreibung. Und ich hab a wirklich schwierige Schwangerschaft gehabt. Es war keine schöne Schwangerschaft gewesen und auch die Geburt war schwierig. Und der Theo war ein Schreibaby. Er hat in 24 Stunden höchstens vier Stunden geschlafen und ich war immer um ihn herum. Stillen – Abpumpen – [...] am Anfang hab i a Cranio-Sakral-Therapeutin gehabt. Es ist eine schwere Arbeit gewesen und ich hab 20 Kilo zugenommen in der Schwangerschaft und in vier Monaten wieder abgenommen, das war der Stress. Ich wurde nicht unterstützt vom Theo seinen Vater. Er könnt das gar net, er kann net zwei Sachen gleichzeitig machen. A Frau ist da wie ein Tintenfisch, sie hat des Baby (lacht!).“ [C15MM/13 16]

Geburt von Emery

„Mein Geburtserlebnis war sehr gut. Es lief alles wie im Bilderbuch. Insofern kann mich überhaupt nicht beschweren. Es war alles sehr schnell, von der ersten Wehe bis er auf die Welt kam, waren es zwölf Stunden. Emery kam ein Monat zu früh. Vielleicht war ich einfach entspannter, weil ich noch nicht gewartet habe.“ [C14MM/28 29]

Geburt von Nurah

„Ich hab eine Beschneidung gehabt im Sudan und dann hab ich vor der Geburt eine Operation gemacht wegen der Beschneidung. Als ich gekommen bin nach Österreich, ich konnte nicht normal leben mit meinem Mann. Dann ich schäme mich zum Arzt zu gehen, weil bei uns ist über Sex reden verboten. Kann man nicht darüber reden über dieses Thema. Und dann hab ich mit meinem Mann geredet und wie kann man das so. Dann bin ich zu einer Frauenärztin gegangen [...] und er hat diese Operation gemacht. [...] und drei oder vier Monate später war ich für Nurah schwanger. Und dann ich wollte nicht normale Geburt haben, weil diese Probleme. Ich wollte nur mit Kaiserschnitt. Die Frau Doktor hat auch gesagt, das geht nicht, nur mit Kaiserschnitt möglich. Dann bin ich zum Krankenhaus gegangen zum Anmelden, Geburtsanmeldung. Und der Dr. hat mit meinem Mann geredet und hat gesagt, du kannst normale Geburt haben, gibt's kein Problem jetzt. Und hab ich gesagt, aber ich will das, ich hab eine psychologische Problem. Ich will nicht normal gebären. Dann hat er gesagt, nein, ich soll suchen andere Krankenhaus. Aber Zeit war knapp, weil zwei, drei Wochen vor Geburtstermin. Dann hab ich gesagt, mein Mann hat mich gedrückt und gesagt, du bekommst gesunde Kinder. Dann haben Schmerzen angefangen und nach 24 Stunden Schmerzen kommt kein Baby. Kommt das Baby, kommt haben die Hebammen gesagt, kommt. Kommt, kommt, ich seh' die Haare. Und sie haben mich geschnitten von unten zweimal und am Ende kommt kein Baby. Dann kommt Prof. (...) und sagt, sicher kommt kein Baby. Das sicher geht nicht, und wenn wir warten ein Monat, kommt kein Baby, sagt sie. Schnell [...] haben Kaiserschnitt gemacht. Deswegen hab ich zwei Geburten gehabt: von unten und von oben, wie bei zwei Kinder. Und dann sie haben eine ganze Narkose gemacht und dann bin ich plötzlich aufgewacht während der Operation. Zehn Minuten, ich hatte eine Schmerzen, in meine Leben hab ich so was nie gehabt. Bis jetzt, ich kann das nie vergessen. Als sie meine Tochter aus meinem Bauch genommen haben. Und dann hab ich gescheit, und dann die Frau Doktor kommt schnell, die Frau von der Narkose und dann bin ich fünf Minuten weg. Aber 10 Minuten hab ich Schmerzen gehabt. Extreme Schmerzen (...) och (...) Mein Mann konnte das nicht sehen, er ist rausgegangen, weg. Er kann das nicht, weil normale Geburt war so schlecht und dann Kaiserschnitt war mehr schlecht. Wir haben eine schlechte Erfahrung mit diese Krankenhaus. Ich besuche dort. Ich besuche niemanden in der [...] (weint) [...]. Ich wollte immer wissen, wie geht es Baby, aber nie hat wer was gesagt und dann haben das Baby gebracht und ich war so müde, ich konnte nichts sagen. Ich wollte, dass jemand genau sagt, was passiert ist, ob die Mädchen ist gestorben oder ob das Mädchen ist gut oder was genau ist. Oder wie ist die Operation gegangen. Ich wollte jemand anders, weil er ist ein Mann, ich kann nicht ihn alles fragen. Und ich konnte nur Mann von Narkose fragen, aber er sagt, ich bin nur Mann von Narkose, nicht von zu fragen. Bei Nurah das war sehr schwer, ich war fast 21 Wochen im Krankenhaus geblieben. Ja, weil Schmerzen, ich konnte nicht gehen.“ [C13MM/ 15 31]

Geburt von Ayla

„Mit die Ayla ich wollte unbedingt jemanden, aber nicht meinen Mann. Aber leider hat es nicht geklappt, weil die kommt früher. Hab ich das nicht gedacht. Ich hab gesagt, du bleibst zuhause mit Sarah. Weil ich hatte große Schmerzen und im 5. Monat haben sie gesagt, sie hat Lippenspalte (20. SSW). Ich war mit Zucker krank und immer im Krankenhaus. Dann hab ich gesagt, mein Mann bleibt zuhause und bringt ältere Tochter in die Kindergarten in der Früh oder ich komme früher wieder. Dann bin ich zum Krankenhaus gefahren, sie haben mich geschaut und dann kommt die Frau Doktor und sagt, es tut mir leid [...] wir machen Kaiserschnitt in zehn Minuten. Dann mein Mann ist schlafen gegangen, ich wollte ihn nicht wecken, dann hab ich gesagt, dann lass. Dann bin ich alleine zum Kreißsaal (meint OP-Raum) gegangen und die Operation war [...] gegangen. Ich habe Diabetes und das macht mich ein bisschen nervös. Die ganze Zeit war ich im Krankenhaus, ich hab eine Insulinallergie

gehabt und war wegen das ein Monat im Krankenhaus. Und dann hab ich gedacht, so und in zehn Minuten du bist tot. Die haben nicht mal in die Mappe geschaut, dass ich Diabetikerin bin, und dann bekam ich Kopfschmerzen und schlecht. Dann ist die Ärztin gekommen und hat gesagt, sie ist Diabetikerin, wissen sie das nicht? Und sagt, ich hab die Mappe nicht geschaut. Ich konnte nicht reden, ich konnte nicht sagen, was ich will, ich schau nur so und in meine Augen kommen Tränen. Und dann bin ich fertig, die haben mir Medikamente gegeben und dann hab ich geschimpft. Sie sind verrückt, machen sie das so? Oder weil bin ich Ausländer? Die Frau Doktor ist dann gekommen und hat geschaut und einmal noch ein Arzt. Sie hat gesagt, es tut mir leid und so, s,o so, [...] sie hat so entschuldigt so viel. Dann hab ich gesagt, passt. Aber ich hab gesagt, wenn noch was passiert, was kleines, dann mach ich was. Dann ich bin so nervös, weil dann haben sie gesagt, meine Tochter hat Probleme mit Atmen, weil die Nase war zu, wegen Lippenspalte und sie war auf der Kinderintensivstation. Sie ist fünfzehn Tage dort geblieben, sie hat Beatmungsmaschine gebraucht am Anfang. Fünfzehn Tage ungefähr. Sie ist zwei Monate früher gekommen!' [C13MM/11 22]

Geburt von Noah

,Dann ist die neue Hebamme gekommen und hat gesagt, dort vorne ist das Klo und das Bad, und ich hab mir gedacht, dass interessiert mich nicht mehr. Es hat keiner nachgeschaut, wie weit ich bin und es hat keiner sich interessiert, was ich sag, und dann die eine gekommen und hat sich vorgestellt und hat gesagt, sie geht in die Ambulanz und holt sich die Unterlage und ich hab wieder zu meinem Mann gesagt, lass sie nicht gehen. Dann ist sie wieder zurückgekommen und i hab gesagt, i hab schon solche Wehen. Es druckt schon so nach unten. Dann wollt sie noch CTG schreiben, dann hab ich gesagt, ja jetzt nimma. Dann hat sie gesagt, soll i moi schaun, ich hab gesagt, ja, bitte! I hab schon geglaubt, der kraust vor mir, gel! Wenn du schon mal sagen musst, Ja, Bitte! Ja, ich was es net! Weil normalerweise weiß man, die helfen einem und beruhigen einem und nehmen einem die Angst und i hab di ganze Zeit des Gefühl gehabt, die will mich nicht anschauen. Also ganz arg. Dann hat sie mich endlich angeschaut und dann ist sie draufgekommen, dass es schon losgeht, aber sie hat noch keine WERTE und die sind im Krankenhaus ganz wichtig. Sie kann nicht eine Geburt einleiten, wo keine WERTE da sind, dann hat sie die ganze Zeit beim CTG herumgetan und i hab aber so herumgetan, weil ich schon so unruhig war wegen den Wehen. Jedenfalls hat sie die Herztöne nicht erwischt und sie hat dann einen Arzt geholt und dann sind sie zu dritt dagestanden und es war ein Wahnsinnsauflauf für das, dass ich a Dreiviertel stunde schon alleine gewartet habe. Und dann ist eine andere Hebamme gekommen, die ist plötzlich neben mir gestanden und hat sich nicht vorgestellt, sondern hat den Arm in den Bauch hineingedrückt, und ich hab natürlich dann nicht mehr geatmet oder so. Es waren drei Hebammen da, zur Dienstübergabe, und die haben den Noah herausgedrückt und das ist so schnell gegangen, so in drei Wehen war er da. Ich war denen völlig wurscht, also völlig egal. Ich hab das überhaupt nicht richtig realisiert, ich hab mir nur gedacht, was ist jetzt los, als die Hebamme da voll draufgedrückt hat. Aber es hat niemand mit mir geredet, keiner hat mir irgendwas erklärt. Mein Mann hat auch gesagt, er ist ins Schwitzen gekommen, für des, dass es eigentlich nur drei Minuten waren. Also, es war nur ARG. Noah hat dann dieses blaue Dreieck gehabt, weil es so schnell hat gehen müssen. Und i hab mir gedacht, es hat überhaupt nicht schnell gehen müssen, es hätt einfach jemand DA sein sollen. Ja, und die Nachbetreuung mit einer Hebamme war voi super und ich hab mit ihr auch noch über die Geburt danach geredet. Und sie hat dann zu mir gesagt, es wär eine ideale Hausgeburt gewesen. Im Prinzip hätt i net drei Hebammen gebraucht, sondern eine, die um 4.00 in der Früh gekommen wäre! Und irgendjemand, der sich um Marie (3-jährige ältere Tochter) kümmert! Aber da ist man so in dem Geburtsrad drinnen und es braucht eh keine WERTE!' [C17MoD/4 18]

Geburt von Marie

„Bei der Marie war des sowieso für die Katz, was bringt a CTG drei Stunden, des ständig schreit, wenn’s sowieso erst nach drei Stunden schau! Des is ja sowieso net nötig. Und bei der Marie hab i an Wehentropf kriegt, a Einleitung. Und des CTG hat nix geschrieben und die hat mir die ganze Nacht segiert, die Hebamme hat gesagt, i waß net, was sie egspürn? Vielleicht is des der Blinddarm. Ich bin der Meinung, [...] weil in der 38. SSW war i schon dort und da hat eine Hebamme gesagt, des spinnt manchmal a wenig, nehm ma des andere. Und i hab die ganzen Wehen im Rücken gehabt und da hat ma eine Freundin gsagt, dass der Wehenschreiber im Rücken nichts schreibt! Aber es is ja a Frechheit, weil wenn i des gspia und die sagt, da is nix. Ich bin bei beiden Geburten voi gedemütigt worden. Und i hab ma gedacht, ma, beim Noah da passiert ma des nimma. Des geht mi voi an, i kann des eh net verarbeiten [...] Weißt du, i hätt net gewusst, wann i a Hebamme des hätt fragen können. Das einzige war, bitte schauen sie mich an! Wegen mir haben sie überhaupt keinen Stress gehabt, nur wegen der Geburt neben mir. Ja, aber i bin a da. Ich hab mir irgendwie jeden Satz gemerkt, den die Hebammen zu mir gesagt haben, und mir wird als [Beruf anonym] einiges gesagt, aber an dem arbeite ich mein Leben lang, aber in dieser sensiblen Zeit während der Geburt, wo man so offen ist. Das ist alles so fotografisch drinnen, des braucht alles keine Wiederholung, es ist so eingepägt, so einmalige Erlebnisse, die sind so verankert. Deswegen, find ich, sollten sich Hebammen und Ärzte jeden Satz den sie sagen, diese Formulierung, auch überlegen, weil ich weiß noch jeden Satz. Jede Formulierung.“ [C17MoD/20 28]

Geburt von Julian

„Ich hab mich immer gefragt, warum hauptsächlich Männer dauernd Berge besteigen und dabei halb krepieren und dann zurück kommen als Helden oder diese Marathonläufe laufen. Aber jetzt versteh ich dass schon, diese Grenzerfahrungen kennenlernen und danach wissen, es geht. Ich hab mir gedacht nach der Geburt von Julian, ich brauch mir nichts mehr beweisen im Leben, weil was ich da erlebt hab, was ich kann, da kann mir nichts mehr passieren. Es braucht mir auch keiner was vormachen. Ich hab noch nie so eine Kraft erfahren. Je länger es gedauert hat, ich hab mir gedacht: Ich kann nicht mehr, aber es ist weiter gegangen.“ [C20MmD/123 126]

Abschließend eine Interviewpassage einer Hebamme aus Berlin

„Ich: Sie haben sicher schon sehr viele Kinder entbunden? Hebamme: lacht! Ich nicht, nur zwei. Ich war mal bei einer Geburt und die hatten schon ein fünfjähriges Mädchen und die war irgendwo anders untergebracht während der Geburt und als sie dann kam und das neue Geschwisterchen sah, da hat man ihr gesagt: Und dass ist die Hebamme, die hat das Baby entbunden, daraufhin hat sie dann zu mir gesagt: Das Baby kannst du gleich wieder mitnehmen, dass brauchen wir nicht!“ [C9H/37 39]

Abstract (Deutsch)

In meiner Diplomarbeit untersuche ich – einerseits begriffsgeschichtlich, andererseits breit empirisch angelegt – die Arbeit wie das Berufsbild der „Doula“ mit Fokus auf zu begleitende MigrantInnen. Dabei gehe ich von einem spezifischen „Geburtssystem“ in Österreich aus und stelle einen Vergleich über entsprechende Verhältnisse im deutschsprachigen Raum an, um den beruflichen und sozialen Stellenwert der Doulas exemplifizieren zu können.

Eine „Doula“ begleitet Frauen bei der Geburt, sie ersetzt weder Hebamme noch medizinisches Personal, sie übernimmt keine fachmedizinische Betreuung. Sie erkennt und versteht die emotionalen Bedürfnisse einer Frau während der Geburt, deshalb ist sie in der Lage, der Gebärenden eine einfühlsame, kontinuierliche und individuelle Unterstützung zu geben.

Anhand einer qualitativen Studie mit Müttern, Vätern, Hebammen und Doulas kann festgestellt werden, dass eine Doula im Beisein einer Gebärenden wertvolle Unterstützung leisten kann.

Dieses Berufsbild in die Praxis umzusetzen ist nicht zuletzt das Vorhaben des von mir mitinitiierten Vereins MAIA, über welchen in vorliegender Arbeit abschließend kurz reflektiert wird.

Abstract (English)

In my thesis I examine the ‘doula’ profession, both conceptually and in practice. Doula-work in the city of Vienna is examined in relation to the rest of German-speaking Europe (Switzerland, Germany and the rest of Austria), thus exemplifying both the professional and the social status of the ‘doula’ within these areas.

The word ‘doula’ comes from ancient Greek, and refers to a woman who personally serves a mother. A doula is an experienced, non-medical assistant who provides physical, emotional and informed choice support in prenatal care, during childbirth and during the postpartum period. A birth doula is a continuous care provider during labor in many settings, including transport from home to hospital or birth center. A postpartum doula may begin care in the home the day after delivery, and provides services throughout the first six weeks postpartum.

The social conditions of doula work are analyzed in reference to traditional and technological birth systems. Taking a culture-specific approach, I have collected narrative interviews with mothers, fathers, midwives and doulas, according to an anthropological approach to qualitative research. The MAIA Project, which I helped to initiate, was intended in part to help establish the doula profession in Vienna.

Curriculum Vitae

Name: Doris Maria Freudenthaler
Email: doris.freudenthaler@hotmail.com
Geburtsdatum/-ort: 13. März 1973, Freistadt/O.Ö.
Staatsangehörigkeit: Österreich

Aktuelle berufliche Tätigkeiten:

09/2009 – laufend Ausbildung zur Kräuterpädagogin LFI Linz
04/2007 – laufend Doula/Geburtsbegleiterin: Ausbildung in Graz
09/2005 – laufend Volkshochschule Josefstadt und Volkshochschule Wien West: Kursleiterin
für Naturkosmetik-, Naturseifen- und Kräuterkurse
09/2002 – laufend DGKS im Haus Malta in Wien

Berufserfahrung:

06/2006 – 07/2006 Reiseleiterin in Europa
06/2002 – 09/2002 Almtätigkeit in Au/Vorarlberg
12/1997 – 08/1999 DGKS im AKH Intensivstation für Schwerbrandverletzte 1311
10/1996 – 12/1996 DGKS im Malteser Hospiz in Wien
10/1995 – 06/1996 DGKS im Hanusch Krankenhaus Nephrologie/Urologie
11/1994 – 05/1995 DGKS Lorenz-Böhler Unfallkrankenhaus

Auslandserfahrung:

02/2008 Förderungsstipendium für Berlin
04/2008 – 05/2008 KWA (kurzfristige wissenschaftliche Arbeiten im Ausland) für Zürich
09/1999 – 05/2002 Reisejahre
11/1999 – 01/2000 Arbeit in Indien - Tamil Nadu (Krankenstation)

	03/2000 – 05/2000 Arbeit in Indien - Kalkutta in Mutter Theresas Waisenhaus und Sterbehaus
	11/2000 – 12/2000 Arbeit in Chang Mai Thailand (Waisenhaus)
	02/2001 – 07/2001 Arbeit via International WWOOF (Willing Worker On Organic Farms) Network in Australien, Tasmanien, Neuseeland
	08/2001 – 09/2001 Projektarbeit für Habitat for Humanity auf Fiji Island
	01/2002 – 02/2002 Arbeit in Antigua Guatemala (Waisenhaus)
06/1995 – 09/1995	Indienaufenthalt/Krankenstation – Arbeit als DGKS
01/1997 – 10/1997	Au pair in Vancouver – Englischstudium/Kamloops International College
07/1996 – 09/1996	OED (Österreich. Entwicklungsdienst) Kurzeinsatz in Ecuador

Weiterbildungen:

10/2006 – 06/2007	Ausbildung zum Flüchtlingsbuddy im Integrationshaus
11/2005 – 04/2006	Lehrgang Reisebetreuerin/Reiseleiterin – WIFI Wien
09/2002 – 05/2003	Ayurveda Intensivkurs in der Kräuterdrogerie/Heyn
07/2008	Fachausbildung Ayurvedische Frauen- und Kinderheilkunde/SEVA Akademie München
08/2008	Ayurveda Fachausbildung Babypflege/Babymassage und Schwangerenmassage/SEVA Akademie München

Ausbildung:

10/2002 – 12/2009	Studium Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien
10/2004	Leistungsstipendium der Universität Wien für den ersten Studienabschnitt
09/1998 – 06/1999	Studienberechtigungsprüfung für Ethnologie/Pädagogik
09/1991 – 10/1994	Krankenpflegeschule Freistadt/O.Ö.
09/1987 – 06/1990	Fachschule für wirtschaftliche Berufe in Freistadt/O.Ö.