



universität  
wien

## MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„... und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne!“  
(Hesse 1987, 119)

Eine Auseinandersetzung mit Empowerment hinsichtlich des  
Themas Geburt und begleitender Doula-Arbeit in Bezug auf den  
medikalisierten klinischen Kontext.

verfasst von / submitted by

Sara Wolfsberger, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 808

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Gender Studies

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Sabine Grenz

# Danksagungen

Vielen Dank an...

... meine Betreuerin  
Univ.-Prof. Dr. Sabine Grenz für die  
Begleitung meines Masterarbeitsprozesses.

... Camalo Gaskin  
die Person die den Funken zum  
Überspringen und ohne es zu wissen, diese  
Arbeit ins Rollen gebracht hat.

... Alexandra Peng  
für das Lektorieren dieser Arbeit und ihre  
stetige Loyalität auf jeder Ebene, zu jeder Zeit  
und an jedem Ort.

... Rosa Seiringer  
für die zur Verfügung gestellte Literatur und  
den Zuspruch der für mich so wichtig war.

...meine Mamuschka  
für die bedingungslose, einfühlsame  
Unterstützung und Liebe die mich so oft trägt,  
wieder aufrichtet, und aufbrechen lässt, um in  
neue Ordnungen hineinwachsen zu wollen.

... meinen Dad  
fürs Anfeuern. Für die Leichtigkeit, die Liebe  
und die Ermutigung stets dem Prinzip zu  
folgen, alles nicht so ernst zu nehmen.

... Moritz  
wir wachsen immer mehr aneinander und  
einander zu und nichts macht mich  
glücklicher als das. Du bist ein so heller  
Stern.

...mein Rudel  
ohne deren Zuspruch, Empowerment und  
Glauben in mich, nichts so wäre wie es ist:  
Nuria, Hongi, Conny, Laura, Hannah, Caro,  
Armin und Ella. Wir.

## Gendering

Um jede Form der geschlechtlichen Identität gleichermaßen anzusprechen wird stets mit einem “\*” gegendert, um auf Diversität hinzuweisen. Außerdem wird in dieser Arbeit von der “gebärenden Person” beziehungsweise der “Mutter” die Rede sein, um zu verdeutlichen, dass Personen unabhängig ihrer Verortung auf dem Geschlechterspektrum gebären und Mutter\*Vater werden (können).

## Empowerment

In dieser Arbeit werden Ermächtigung und Empowerment ebenso wie Entmächtigung und Disempowerment als Synonyme verwendet.

## Feministische Positionierung

Diese Masterarbeit versteht sich, in Anlehnung an Catherine MacKinnons Unterscheidung zwischen radikalem und liberalem Feminismus, als liberalfeministische Arbeit. Liberaler Feminismus “tends to focus on the individual as if social life were constructed of an amalgam of independent and solitary individuals, so that social change is a matter of moving their lives one by one” (MacKinnon 1989, 52). Diese Arbeit versucht demnach nicht in Form von umfassenden strukturellen, staatlichen Veränderungen zu denken, worum sich der radikalfeministische Ansatz bemüht, vielmehr widmet sie sich dem Thema der Geburt aus einer liberalfeministischen Perspektive. Die Doula, indem sie gebärende Personen individuell unterstützt / sich ihnen zuwendet, wird hierbei aus liberalfeministischer Perspektive als Möglichkeit individuellerer Gestaltung von Geburtssituationen begriffen.

## Inhaltsverzeichnis

Begriffliche Erklärungen .....	1
<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
Einführung ins Themenfeld.....	4
Forschungsanliegen und Forschungsfrage .....	5
Thematische Abgrenzung.....	6
Forschungsmethode .....	6
Erkenntnisleitendes Interesse der Autorin .....	7
Relevanz der Fragestellung für die Gender Studies.....	8
Aktueller Forschungsstand .....	9
Aufbau der Masterarbeit .....	15
<b>1. Theoretische Perspektive: Macht / Empowerment</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1 Naila Kabeers Empowerment Konzept</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2 Machtdimensionen nach Jo Rowlands</b> .....	<b>20</b>
<b>2. Die (androzentrische) Medikalisierung</b> .....	<b>24</b>
<b>2.1 Autoritatives Wissen und androzentrische Wissenschaft</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2 Vom “Ein-Geschlecht-Modell” zum “Zwei-Geschlecht-Modell”. Die Wende um 1800</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3 Das Phänomen der Medikalisierung</b> .....	<b>28</b>
<b>2.4 Die Disziplinierung des Körpers und der medizinische Blick</b> .....	<b>30</b>
<b>2.5 Institutionelle Herrschafts- und Machtverhältnisse</b> .....	<b>33</b>
<b>2.6 Der “fehlerbehaftete” Geburtsprozess</b> .....	<b>34</b>
<b>2.7 Entfremdung</b> .....	<b>35</b>
<b>2.8 „Der Mensch als Maschine“-Metapher. Die Frau* als Geburtsmaschine</b> .....	<b>36</b>
<b>3. Die Geschichte der Geburtsbegleitung im globalen Norden</b> .....	<b>38</b>
<b>3.1 Prämedikalisierte Geburtsbegleitung</b> .....	<b>39</b>
<b>3.2 Medikalisierung und Geburtsbegleitung im globalen Norden</b> .....	<b>41</b>
<b>3.3 Entwicklung des Hebammenwesens durch die Medikalisierung</b> .....	<b>43</b>
<b>3.4 Verschiebung von Geburt in die Klinik</b> .....	<b>45</b>
3.4.1 Die Illusion von Sicherheit .....	48
3.4.2 Interventionen .....	50
<b>3.5. Die (Gegen-)Bewegung und der Begriff der “natürlichen Geburt”</b> .....	<b>53</b>
<b>4. Zeitgenössische Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext</b> .....	<b>56</b>
<b>4.1 Zeitgenössische Betreuungsmodelle</b> .....	<b>56</b>
4.1.1 Das technokratische Paradigma oder technologisiertes Betreuungsmodell .....	56
4.1.2 Das humanistische Paradigma oder humanisiertes Betreuungsmodell .....	58
4.1.3 Das holistische Paradigma .....	59
<b>4.2 Das biopsychosoziale Paradigma innerhalb zeitgenössischer Betreuungsmodelle</b> .....	<b>60</b>
<b>4.3 Mündigkeit und „aktive Teilhabe“</b> .....	<b>61</b>
<b>4.4 Kontinuierliche Betreuung während der Geburt</b> .....	<b>64</b>
<b>5. Doula-Arbeit</b> .....	<b>68</b>
<b>5.1 Aufgabenbereiche der Doula</b> .....	<b>69</b>

5.2.1 Intersektionalität im Doula-Wesen .....	72
5.2.1.1 Statistiken zu Geburtsergebnissen marginalisierter Gruppen .....	74
<b>5.3 Die Doula als klinikinterne Instanz? .....</b>	<b>76</b>
<b>5.4 Die Doula und die Hebamme im Klinik-Kontext - ein Differenzierungsversuch..</b>	<b>78</b>
<b>5.5 „Holding the space“-Praxis .....</b>	<b>82</b>
<b>6. Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>84</b>
<b>Conclusio .....</b>	<b>90</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>94</b>

## Begriffliche Erklärungen

### Geburtsbegleitung...

Es wird im Rahmen dieser Masterarbeit stets von "Geburtsbegleitung" gesprochen. Obgleich in manchen Werken von "Geburtshilfe" die Rede ist, wird der Fokus in dieser Arbeit bewusst auf die "Begleitung" und nicht auf die "Hilfe" gelegt, da "Hilfe"-leistung stets davon ausgeht "etwas nicht selbstständig unter Rückgriff auf die eigenständig zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen oder lösen" zu können (Thole 2011, 147). Um dieser Implikation entgegenzuwirken wird der Begriff der "Geburtsbegleitung" verwendet, um die Möglichkeit einer aktiven Teilhabe im Sinne von unterstützter Empowermentprozesse im Geburtskontext zu verdeutlichen.

### Biopsychosoziale Perspektive...

Aus Sicht der Vertreter\*innen des biopsychosozialen Gesundheitsmodells wird davon ausgegangen, dass in der derzeitig prävalenten Biomedizin die Versorgung auf einer ganzheitlichen Ebene fehlt. Laut Josef W. Egger, einem Medizin-Wissenschaftler und medizinpsychologischen Therapeuten etwa, sollte das biomedizinische Modell ausgeweitet werden. Das biopsychosoziale System stelle, so Egger, die derzeit beste, notwendige Erweiterung dar, da der\*die Patient\*in sowohl als Subjekt, wie auch als Objekt angenommen und behandelt werden kann. (Vgl. Egger 2017, 11) Das biopsychosoziale Modell beschreibt eine Konzeption, welche von einer Körper-Seele-Einheit ausgeht, wodurch sowohl das Organische des Menschen (körperliche, biologische Vorgänge), das Psychische (Denken, Handeln, Fühlen), sowie die sozioökonomischen Anteile des Menschen erfasst und genutzt werden können.

„Dieser biospsychosoziale Ansatz erweitert die bisher dominierende biomedizinische Theorie („der Mensch als komplexe Maschine“) und bietet zugleich einen ganzheitlichen

theoretischen Rahmen für eine wissenschaftliche Medizin des 21. Jahrhunderts“ (Egger 2015, 53).

Während das biomedizinische Modell von einer „Reparaturmedizin“ ausgeht, deren Anliegen es ist „Störungen“ und „Defekte“ sowie ein pathologisches „Risikoprofil“ zu reduzieren und die Behandlung hauptsächlich durch „medizinische[.] Experten“ stattfindet, so ermöglicht das biopsychosoziale Modell Behandlung durch „multimodale Eingriffsmöglichkeiten“, sowohl auf der körperlichen, der psychischen, wie auch auf der Ebene der sozialen Lebensumstände. Das biopsychosoziale Modell geht „ressourcenorientiert“ vor und sieht den\*die Patient\*in als wichtigen Teil der Behandlung welche „die Mitarbeit des Patienten und seiner relevanten sozialen Umwelt inkl. Beachtung der ökologischen Lebenswelten“ erfordert. (Vgl. Egger 2017, 36) Die biopsychosoziale Perspektive wird für diese Arbeit deshalb als relevant erachtet, als sie es ermöglicht, ausgehend von einem Blick der Ganzheitlichkeit, einer Körper-Seele-Einheit, den für diese Arbeit notwendigen kritischen Blick hinsichtlich der Medikalierungsprozesse einzunehmen, welche oftmals spaltende und Entfremdung fördernde Wirkung aufweisen. Der Fokus des ganzheitlichen Denkens soll für diese Arbeit stets im Blickfeld bleiben.

Doula...

Der Begriff „Doula“ stammt aus dem griechischen „doule“ und ist mit „unfreie Person ohne Rechte: Sklavin, Magd“ zu übersetzen. Im zeitgenössischen Gebrauch, beziehungsweise auf Websites, welche Doula-Arbeit anbieten, wird der Begriff „Doula“ allerdings mit „Dienerin der Frau“ übersetzt. (Vgl. Doulas in Austria 2017) Die medizinische Anthropologin Dana Raphael verwendete den Begriff „Doula“ erstmals in ihrem Werk „Breastfeeding: The Tender Gift“ (1973) mit der Definition von Doulas als „one or more individuals, often female, who give psychological encouragement and physical assistance to the newly delivered mother“ (Raphael 1973, 172). Ausgehend von dieser Ursprungsdefinition entwickelte sich das Verständnis des Begriffes beziehungsweise der Rolle der Doula mit einer Studie der Kinderärzte Marshall

Klaus & John Kennell in den 1980er Jahren, als diese Forschungen über Mutter-Kind-Bindung betrieben, weiter. Eine amerikanische Medizinstudentin, Wendy, unterstützte Klaus & Kennell bei Forschungen in Guatemala, wo sie gebärende Frauen durchgehend begleitete und deren Seite nicht verließ. Es wurde in den erhobenen Daten der Studie deutlich, dass lediglich Wendys Anwesenheit, affirmative Worte und Körperkontakt positiven Einfluss auf das Mutter-Kind-Bindung hatte, aber auch weitere positive Effekte mit sich brachte, wie etwa Reduktion der Wehendauer, sowie eine Minimierung (notwendiger) Interventionen während der Geburten. Um die Rolle, welche Wendy in der Studie einnahm zu benennen, einigten sich Klaus und Kennell auf den Begriff der "Doula", um, wie Dana Raphaels Begriffsdefinition darlegt, die Hilfsbereitschaft und den nicht medizinischen Beistand, den sie leistete deutlich zu machen / hervorzuheben. So entwickelte sich das Verständnis von "Doula" als eine (meist weibliche\* Person), die eine gebärende Person vor, während und nach der Geburt unterstützte. (Vgl. Jones 2009, 286; Klaus & Kennell 1983, Klaus et al. 1986; Sosa et al. 1980)

Empowerment / Ermächtigung...

Empowerment und Ermächtigung werden in dieser Arbeit synonym verwendet und werden nach Naila Kabeer definiert, deren Empowermentdefinition auf den Prozess referiert welcher jenen Personen, die keine Möglichkeit hatten Entscheidungen über deren Leben zu treffen, ebendiese Entscheidungsmöglichkeiten erhalten.

# Einleitung

## Einführung ins Themenfeld

Geburt ist im Verlauf des Lebens einer Person, welche gebärt, sowohl ein körperliches, psychisches, soziales, als auch kulturelles Ereignis. Jede gebärende Person bringt sowohl subjektives Erleben, wie auch subjektives und kollektives Wissen in diese Erfahrung mit und geht mit einer ebenso individuellen Wahrnehmung aus der Situation wieder heraus. Wer diesen Prozess begleitet, ist daher von Relevanz und welche Rolle Ermächtigung / Empowerment in diesem Prozess spielt beziehungsweise wie ermächtigte Geburt im Klinik-Kontext stattfinden kann stellt das zentrale Interesse dieser Arbeit dar. Durch den Medikalisierungsprozess im globalen Norden, welcher die Geburtspraktiken weitgehend beeinflusst hat, hat auch ein radikaler Wandel der Geburtsbegleitung stattgefunden, der die Hebammen-Arbeit und die Bedingungen für gebärende Personen veränderte. Vom biopsychosozialen Standpunkt aus betrachtet, erscheint eine Auseinandersetzung mit alternativer Geburtsbegleitung, als mögliche Ergänzung zum bestehenden klinischen Angebot sinnvoll, gerade aufgrund der Auswirkungen ebenjener Wandels, der eine Verschiebung von frauen\*zentrierter Geburtsbegleitung zu medikalierter Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext mit sich brachte und Ermächtigungsprozesse für gebärende Personen im Klinik-Kontext erschwert. Die alternative Geburtsbegleitung, welche als Zusatz zur bestehenden klinischen Betreuung herangezogen werden kann, ist die Doula. Sie ist ein Geburtscoach, welcher gebärende Personen vor, während und nach der Geburt in diesem lebensverändernden Prozess auf psychosozialer Ebene begleitet. Sie setzt mit ihrem Angebot ergänzende und ganzheitliche Akzente in Sachen Geburtsbetreuung. Die wissenschaftliche Literatur zeigt im Bezug auf die Wirkung der Doula-Arbeit, dass diese tendenziell positive Wirkung auf die physische und psychische Gesundheit der gebärenden Personen als auch deren Babys aufweist. Der Frage nach der Doula als möglichen Zusatz zur

klinischen Geburtsbegleitung um Ermächtigungsprozesse der gebärenden Person zu fördern, stellt das Zentrum dieser Arbeit dar.

### Forschungsanliegen und Forschungsfrage

Der Fokus zahlreicher Studien, bezieht sich hauptsächlich auf die *Wirkung* der Doula-Arbeit in spezifischen Ländern oder spezifischen Gesellschaftsgruppierungen. Die *Gründe* / die *Ursachen* für diese positive Wirkung, die die Interaktion zwischen Doula und gebärender Person hervorrufen, blieben allerdings bis auf weiteres unerforscht, so Hunter.

„[...] the examination of what transpires between doula and mother during the birth experience, considering how this contributes to positive outcomes, has not been interrogated“ (Hunter 2012, 316).

Der aktuelle Forschungsstand belegt also einzig die *Wirkung* deren Betreuung durch eine Doula in diversen Ländern. Es besteht die Annahme, dass die Doula zur Ermächtigung von gebärenden Personen beitragen kann und dies einen großen Teil der Ursache für deren Wirkungskraft ausmacht, weshalb die Beantwortung der folgenden Forschungsfrage in dieser Arbeit als wissenschaftlicher Beitrag zu dieser bestehenden Forschungslücke dienen soll:

*Wie kann das Angebot der Doula als Zusatz zur klinischen Geburtsbegleitung zu Ermächtigungsprozessen von gebärenden Personen beitragen?*

Ebendiese forschungsleitende Fragestellung wird im folgenden Abschnitt thematisch abgegrenzt.

## Thematische Abgrenzung

Diese Arbeit würdigt und anerkennt bestehende medizinische Institutionen mit all ihren Mechanismen, die oftmals gerade aufgrund selbiger Leben retten können. Sie versteht ihren Beitrag nicht als Be- oder gar Entwertung des zeitgenössischen medizinischen Systems. Zentrales Anliegen ist vielmehr eine kritische Auseinandersetzung mit ebenjenen Strukturen der klinischen Geburtspraktiken, in denen Personen in Staaten des globalen Nordens aktuell überwiegend gebären, um herauszuarbeiten weshalb sich die Doula-Begleitung als ermächtigend herausstellt. Da sämtliche Studien eine gleichbleibend positive Wirkung der Doula-Arbeit länderspezifisch unabhängig attestieren, kann in dieser Masterarbeit auf die Darstellung spezifischer nationaler Richtlinien verzichtet werden – dies erlaubt den Fokus zentral auf die Darstellung der Wirkung in den relevanten wissenschaftlichen Forschungsberichten zu legen.

## Forschungsmethode

Das Thema der Masterarbeit soll methodisch mittels einer Literaturliteraturarbeit untersucht werden. Dazu werden die entsprechenden Themenbereiche anhand relevanter, wissenschaftlicher Texte / Studien / Untersuchungen in den jeweiligen Kapiteln herausgearbeitet, dargestellt und im Anschluss daran innerhalb der Diskussion in Verbindung gebracht / in Bezug zueinander gesetzt. Ziel der Arbeit ist die kritische Auseinandersetzung mit dem gewählten Thema, um die Forschungsfrage aus liberalfeministischer Perspektive entsprechend zu beantworten. Aufgrund ebenjener liberalfeministischer, wie auch biopsychosozialer Perspektive, die den ausgewiesenen Zugang dieser Arbeit darstellt, wird in der Auswahl der Texte der Standpunkt einer kritischen Betrachtungsweise auf die Entwicklung von Medikalisierung gewählt. Den theoretischen Zugang für diese Arbeit bilden Macht- / Ermächtigungsprozesse im Geburtsverlauf. Hierbei wird primär Naila Kabeers Empowerment Verständnis

herangezogen und die Machtdimensionen nach Jo Rowlands finden Anwendung, um die diversen Dimensionen, welche Geburtsprozesse durchwachsen, in der Diskussion der Ergebnisse analysieren zu können. Den Fokus der Recherche hinsichtlich des Themenbereichs Doula-Arbeit stellen einerseits die Wirkung der Doula-Arbeit dar, ebenso wie deren Praktiken und Zugang zu Geburtsbegleitung. Es wurden für die Recherche drei große Themengebiete herangezogen. 1. Empowerment beziehungsweise Ermächtigung, wobei diese beiden Begriffe im Verlauf dieser Arbeit als Synonyme verwendet werden. 2. Die Medikalisierung und wie sich das Phänomen der Medikalisierung auf die Geburtsbegleitung ausgewirkt hat, was anhand des 3. Themenkomplexes in der Geschichte der Geburtsbegleitung erläutert wird. 4. Die Wirkung der Doula-Arbeit und deren Arbeit selbst.

#### Erkenntnisleitendes Interesse der Autorin

Die Motivation sich dem Thema Geburtsbegleitung und vor allem dem Thema der Doulas zu widmen, speist sich einerseits aus dem Interesse wie der Ursprung eines Lebens – der Einstieg eines Menschen in diese Welt – gestaltet ist und andererseits aus der Tatsache, dass die Geburtsgeschichten, welche Bekannte und Verwandte mit mir teilten, überwiegend von unzureichender beziehungsweise problematischer Betreuung berichteten. Die Faszination rund um die (nicht) gelebten Praktiken und Bemühungen, welche den Geburtsprozess prägen, stellt einen weiteren Aspekt meines Interesses diese Arbeit zu schreiben dar. Trotz des potentiell atmosphärisch emotional aufgeladenen Themas, ruft die wissenschaftliche Bearbeitung zu einer objektiven Betrachtungsweise und zu einer (emotional) distanzierten und sachlichen Bearbeitung auf, welche den Prozess des Schreibens dieser Arbeit stets begleitete.

## Relevanz der Fragestellung für die Gender Studies

Das Thema der Geburt ist ein für die Gender Studies zwar wohl relevantes, aber innerhalb des interdisziplinären Feldes umstrittenes Thema. Schwangerschaft, Geburtshilfe, die Geburt selbst sind Themenbereiche, welche kritisch beleuchtet und aus diversen Perspektiven diskutiert werden / wurden. Dass es von Relevanz ist, in welcher Form Menschen auf diese Welt kommen und wie mit gebärenden Personen mittels zeitgenössischer Geburtspraktiken im Klinik-Kontext umgegangen wird, ist nicht nur repräsentativ für die jeweilige nationale und gesellschaftliche Gleichstellung der Geschlechter, sondern bildet auch ein Sammelbecken für viele Thematiken, welche die Gender Studies behandeln: Macht- und Herrschaftssysteme, Fragen um Macht beziehungsweise Ohnmacht, Körperlichkeit, die Entfremdung vom Subjekt durch institutionelle Unterdrückung, (natur)wissenschaftlicher Wahrheitsanspruch, Tabuisierung spezifisch weiblicher\* körperlicher Prozesse, Fragen zum Verständnis gesellschaftlicher und (ver)geschlechtlicher Normen und viele mehr.

„Geburt spiegelt stets wider wie in der Gesellschaft mit Geschlechtergleichstellung umgegangen wird. So wie mit Müttern umgegangen wird, in einem Prozess der den Ursprung einer Person markiert, sagt viel über gesellschaftliche Verhältnisse aus“ (Seiringer 2019).

Diese Aussage einer Hebamme im Zuge der Recherchen für diese Masterarbeit resümiert für mich zentral, warum das Thema der Geburt, bzw. der Geburtsbetreuung für die Gender Studies relevant ist. Es lohnt sich also den Fokus auf den Ursprung von Leben zu richten, um den weiteren Verlauf eines Lebens und die Strukturen und Mechanismen, die dieses Leben durchlaufen wird, zu verstehen, beziehungsweise darin liegende lebensgeschichtlich relevante Determinationen zu verorten. Die Ursachen der Wirkung der Doula-Arbeit wurden deshalb als zentrales Forschungsgebiet im Rahmen der Geburtsbegleitung für diese Masterarbeit ausgewählt, als diese einerseits durch ihre spezifische psychosoziale Ausrichtung zur

medikalisierten, biomedizinisch ausgerichteten Tradition und deren fixen institutionellen Strukturen in Opposition stehen, sich jedoch gleichzeitig als Ergänzung dieser Tradition versteht. Die Recherche hinsichtlich Doula-Arbeit eröffnet ein weites Feld für Fragestellungen und wissenschaftlich aufzubereitende Themengebiete hinsichtlich des Fachbereichs der Gender Studies. Etwa im Zusammenhang mit der sensiblen, kontinuierlichen Doula-Betreuung der Schwangerschaft und Geburt gender-queerer, trans, non-binary Personen, Menschen mit Behinderung, nicht-weißer Personen etc., und deren Betreuung im Klinik-Kontext, beziehungsweise der Frage der Notwendigkeit der zum Klinik-Team zusätzlichen Doula-Begleitung. Diese Arbeit wird mit einem tiefen Bewusstsein und der Anerkennung der Tatsache verfasst, dass Personen aus unterschiedlichsten Regionen, Klassen, Nationalitäten und ethnischen Hintergründen gebären und jede Person individuelle Bedürfnisse und soziale Hintergründe aufweist. Die Forschungsfrage um die Ursachen der Wirksamkeit der Doula-Arbeit soll kein unterstelltes kollektives Bedürfnis nach ergänzender Doula-Arbeit implizieren. Das Thema vielmehr soll untersucht werden, um Hypothesen zu generieren, weshalb in Kliniken des globalen Nordens das Beisein der Doula als *zusätzliche* Instanz der Geburtsbegleitung ermächtigend wirken kann.

### Aktueller Forschungsstand

Auf die Fragestellung der Masterarbeit bezogen erweisen sich folgende Themen als bedeutend: Die Situation von Geburtsbegleitung vor der Medikalisierung, die Implikation, die die Medikalisierung in Bezug auf die Geburtssituation und die Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext mit sich brachte, sowie die in der Klinik inhärenten Macht- & Herrschaftsstrukturen, als auch die Praxis der zeitgenössischen Doula-Arbeit.

### Kritik / Problematik der Medikalisierung

Medikalisierung ist ein breitgefächertes Gebiet, das von unzähligen

Perspektiven aus beleuchtet werden kann. Zusammenhängend mit der Fragestellung und dem biopsychosozialen Blickwinkel den diese Arbeit einnimmt, werden überwiegend Forschungen hinsichtlich kritischer Perspektiven in den Blick genommen. Peter Conrad (1992) behandelt in „Medicalization and social control“ die Problematik der sozialen Kontrolle, die durch den Prozess der Medikalisierung entstand, als die medizinische Praxis ein Instrument darstellt, um Abweichungen von der Norm zu eliminieren, und so soziale Normen aufrecht zu erhalten (vgl. Conrad 1992, 216). Die Korrelation von Medikalisierung und Geburt wurde vor allem in den vergangenen 30 Jahren prävalent. Der Medikalisierungsthematik in Korrelation mit Geburtsbegleitung widmet sich Edwin Van Teijlingen mit dem Sammelband „Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives“, der Texte von Autor\*innen beinhaltet, welche die Schnittstelle Geburtsbegleitung und Medizin/Medikalisierung, sowohl in einem historischen als auch in einem zeitgenössischen Kontext, in sowohl westlichen, als auch nicht-westlichen Gesellschaften beleuchten. Die Autor\*innen befassen sich vor allem mit der steigenden Tendenz von Klinik-Geburten, der steigende Trend der Technologisierung und dem Gebrauch von Interventionen während der Geburt, sowie der Hierarchie zwischen Hebammen und Ärzt\*innen. Die Soziologin Ann Oakley fokussiert sich in ihren Forschungen stets auf Erfahrungen von gebärenden Personen in patriarchalen, kapitalistischen Kontexten. Sie behandelt Medikalisierung von Geburt, „women’s health“ uvm. Mit ihrer Forschung „Transition to Motherhood“ an welcher 66 gebärende Personen, die erstmals gebären teilnahmen, untersuchte sie die Schlüsselerfahrung des Mutter-werdens innerhalb eines Klinik-Kontextes der androzentrisch organisiert ist. Das Forschungsinteresse war hierbei vor allem die Geburt selbst, da sie diese als besonders wichtig versteht und annimmt, dass die Art und Weise wie mit gebärenden Personen in ebenjenem Augenblick umgegangen wird, die gesamte Erfahrung des Mutter-werdens beeinflusst. Oakley beschreibt die Notwendigkeit der kritischen Auseinandersetzung mit Medikalisierung und den Auswirkungen dieser auf den (gebärenden) Körper und demnach auf den Geburtsprozess sowie die Erfahrung des Mutter-werdens. Eine ebenso kritische Beleuchtung der Medikalisierung von Geburt bildet Heather Cahills Artikel „Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical

analysis“ (2000), in welchem sie durch historische Analyse die Auswirkungen und Mittel der Medikalisierung erforscht und deren Auswirkung auf die Erfahrung von gebärenden Personen in zeitgenössischer Geburtsbegleitung. Sie beschreibt und kritisiert die inhärente Wahrnehmung des gebärenden Körpers als „defekt“ und das durch Medikalisierung geprägte Verständnis von Männlichkeit als überlegen.

## Geschichte der Geburtsbegleitung

Hilary Marland, die Herausgeberin von „The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe“ (1994) bildet den bis dato besten Abriss der Geburtsbegleitung in Europa (England, Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien und Holland) zwischen dem 14. und 18. Jahrhundert. Der Sammelband befasst sich mit den weiten Aufgabenbereichen der Hebammen die damals auch politische Instanzen in der Gemeinschaft waren. Außerdem bereitet Marita Metz-Beckers Werk „Hebammenkunst gestern und heute: zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte“ (1999) die historische Entwicklung von Geburt(shilfe) in diversen Beiträgen von Gastautor\*innen auf, und eröffnet außerdem einen kritischen Blick auf die medizin-zentrierte Auseinandersetzung mit Geburtsbegleitung. Die beste Dokumentation über länderspezifische Geschichte der Geburtsbegleitung bieten Werke wie Richard und Dorothy Wertz' „Lying-In. A History of Childbirth in America“ (1989) in welchem sie die Praxis der Geburt seit der Kolonialisierung und den Wandel in Bezug auf die gesellschaftliche Betrachtungsweise beziehungsweise Bewertung von Geburt in USA beschreiben. Auch Barbara Ehrenreichs und Deirdre Englishs Werk „For Her Own Good“ (1978), legt einen Fokus auf die medizinische Kontextualisierung von Schwangerschaft, Geburt und weiterer weiblicher\* Prozesse im 19. Jahrhundert und die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts. Unter anderem wird dargestellt, wie Expert\*innen Schwangerschaft als Behinderung darstellten, höhere Bildung als Gefahr für die Gebärmutter angesehen wurde, und unzählige Eingriffe zur Kontrolle des sexuellen, emotionalen und mütterlichen Lebens durch ärztliche Expert\*innen durchgeführt wurde. „Kultur des Gebärens. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland“ (1998) beschreibt die Entwicklung ebendort - festgehalten von

Hans-Christoph Seidel. Er beschreibt den Wandel welchen Geburtshilfe durchlief – wie sie zum Teil der Medizin wurde, wie sich das Hebammenwesen aus der frauen\*zentrierten Geburtsbegleitung herausentwickelte und somit eine medikalisierte Geburt entstand. Seidel kritisiert und diskutiert in “Kultur des Gebärens” diesen Medikalierungsprozess. Die Historie der Geburtsbegleitung wird in beinahe allen recherchierten Werken mit dem Themenfeld der Hexenverbrennung und der Unterdrückung von heilkundigem Wissen in Korrelation gebracht. Die Recherche ergab, dass vor allem das von Barbara Ehrenreich und Deidre English verfasste Werk „Hexen, Hebammen und Krankenschwestern“ (1973), referenziert wird, als dieses die Hexenverbrennungen und die Unterdrückung der Hebammen nachzeichnet und als symptomatisch für eine androzentrische Gesellschaft interpretiert. Für die kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe bildet Marjorie Tew „Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe“ (1990) eine der Hauptquellen, die detailliert festhält, wie die prämedikalisierte Geburt(sbegleitung) aussah, bzw. wie sich der Prozess der Medikalierung gestaltet und auf die Geburt(sbegleitung) auswirkte, wobei sie einen Schwerpunkt auf Großbritannien setzt.

### Doula-Begleitung

Scott, Klaus et al. erforschten 1999 “The Obstetrical and Postpartum Benefits of Continuous Support during Childbirth” und fokussiert sich auf den Effekt der kontinuierlichen Betreuung einer Doula, auf die Postnatalen-, sowie die Geburtsergebnisse. Es wurden 12 randomisierte klinische Studien, welche unabhängig voneinander durchgeführt wurden, herangezogen, wobei die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen gebärenden Personen, die Doula-Begleitung und jenen die keine Doula-Begleitung hatten, verglichen wurden. Es wurden Meta-Analysen durchgeführt, wodurch drei spezifische Themenkomplexe der unterschiedlichen Studien erhoben werden konnten. (Vgl. Scott 1999) Hinsichtlich der Forschungsergebnisse im *Themenkomplex Obstetrik*, ließ sich anhand der Metaanalyse der Studie von Zhang et al.

festhalten, dass sich die Zahl der spontanen vaginalen Geburten<sup>1</sup> verdoppelt hat, wenn eine Doula präsent war, während sich die Notwendigkeit für Kaiserschnitte, Einsatz der Gebärzange halbiert. Die an Zhangs Studie teilnehmenden Personen waren "young, disadvantaged women". (Vgl. Zhang 1996, 739; n. Scott 1999, 1259) Eine weitere Studie von Scott et al. welche untersuchte, wie sich die kontinuierliche Doula-Begleitung verglichen mit unterbrochener Doula-Begleitung auf die Geburtsergebnisse auswirkt, hält fest, dass die kontinuierliche Doula-Präsenz eine 36 %ige Reduktion an PDA (Periduralanästhesie), 57 %ige Reduktion des Gebrauchs von Gebärzangen, 51 %ige Reduktion an Kaiserschnitten, sowie eine durchschnittlich 98 minütige Verkürzung der Geburtszeit hervorrief (vgl. Scott 1999b, 1054; n. Scott 1999, 1259).

Hinsichtlich der Forschungsergebnisse im *Themenkomplex Wochenbett*, ließ sich anhand 8 der 12 Studien, welche Forschung bezüglich ebenjenes Themenkomplexes betrieben haben, festhalten, dass das Mutter-Kind-Bonding signifikant verbessert ausfällt, wenn eine Doula die Geburt begleitet hat. Eine Studie welche von Chalmers et al. in Johannesburg durchgeführt wurde, wobei Personen 24 Stunden nach der Geburt interviewt wurden, verdeutlichte, dass Doula-begleitete Personen weniger Angst beziehungsweise Angstzustände aufwiesen, als Personen ohne Doula-Begleitung. Scott resümiert desweiteren, dass die Doula-Begleitung positiven Einfluss auf das Empfinden in Bezug auf das Geburtserlebnis, sowie auf das Empfinden in Bezug auf den eigenen Körper hat (vgl. Gordon 1999, 422; n. Scott 1999, 1260). Die Johannesburg-Studie erfasste, dass es für Doula-begleitete Personen im Durchschnitt 2,9 Tage brauchte, um das Gefühl zu generieren, dass das Baby "ihres" sei. Während diese Zahl in der Gruppe ohne Doula-Begleitung bei durchschnittlich 9,8 Tagen lag. Ebendiese Studie erfasste ebenso einen signifikanten Unterschied hinsichtlich Stillen, da 51 % der gebärenden Personen mit Doula-Begleitung exklusiv stillten verglichen mit 29 % der Personen ohne Doula-Begleitung. (Vgl. Wolman 1991; n. Scott 1999, 1260) Die Ergebnisse der

---

<sup>1</sup> Eine spontane vaginale Geburt (oder "spontaneous vaginal birth") beschreibt eine Geburt, die ohne Intervention, ohne medikamentöse Begleitung oder Einleitung der Geburt stattfindet.

Johannesburg-Studie zeigt Parallelen mit einer Studie aus Texas auf, welche postnatale Interaktion zwischen Mutter und Baby im Fokus hatte. Diese wurde 2 Monate nach der Geburt gemessen, wobei physischer Kontakt, liebevolle Interaktion sowie visuelle Aufmerksamkeit zum Baby beobachtet wurden. Doula-begleitete Personen wiesen erheblich höhere "interaction scores" auf, verglichen mit der Gruppe ohne Doula-Begleitung. (Vgl. Martin 1998, 56; n. Scott 1999, 1260)

"The Johannesburg and Texas studies appear to point to a potentially valuable outcome of doula support, heightened perception and sensitivity of the mother to her infant" (Scott 1999, 1260).

Der dritte Themenkomplex bildete einen Vergleich zwischen Geburtsbegleitung durch den Partner<sup>2</sup> und durch die Doula. "[N]o studies have reported associations between father support and decreases in caesarean sections, length of labor, and the use of forceps, epidural anesthesia, or oxytocin" (Scott 1999, 1261). Die Studie „Potential benefits of increased access to doula support during childbirth“ welche Kozhimannil, Attanasio et. al. 2014 durchführten untersuchte die Korrelation zwischen der Unterstützung einer Doula, dem Bedürfnis beziehungsweise dem Wunsch eine Doula präsent zu haben und dem medizinischen Eingriff des Kaiserschnitts in den USA, wobei eine Unterscheidung zwischen notwendigen Kaiserschnitten und jenen welche ohne aussagekräftige medizinische Notwendigkeit durchgeführt wurden. Die Ergebnisse beschreiben, dass gebärende Personen durch die Doula-Unterstützung eine 80-90 %ig geringere Wahrscheinlichkeit aufweisen via eines nicht indizierten Kaiserschnitts zu gebären, im Kontrast zu gebärenden Personen ohne Doula-Begleitung, beziehungsweise im Kontrast zu jenen gebärenden welche den Wunsch gehabt hätten eine Doula präsent zu haben.

---

<sup>2</sup> Die Studie untersuchte die Wirkung des Vaters, des „männlichen“ Partners auf die Geburt. Es soll an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht werden, dass Partnerinnen\* an dieser Stelle offenbar nicht als Kategorie herangezogen wurden. Obgleich für diesen Punkt die männliche\* Form verwendet wird, um der Studie getreu zu bleiben, so soll vermerkt sein, dass gleichgeschlechtliche Eltern beziehungsweise non-binary Eltern(teile) durch die Selbstverständlichkeit der Verwendung der männlichen Form in dieser Studie einen Ausschluss erleben.

(Vgl. Kozhimannil 2014) Von Berg und Terstad wurde 2006 eine qualitative Studie in Schweden durchgeführt, in welcher Personen, deren Geburt Doula-begleitet war, 1 bis 2 Monate nach der Geburt befragt wurden. Die Personen beschrieben die Doula in Metaphern als das fehlende Puzzlestück welche wichtige Bedürfnisse erfüllte. „She was a mainstay functioning as an experienced advisor, an affirmative person, a mediator, a guarantor, a fixer and as an accessible presence“ (Berg 2006). 2018 wurde in England eine qualitativ deskriptive Studie veröffentlicht in welcher die Erfahrungen von Müttern mit Doula-Begleitung in Relation zur Rolle der Hebammen erforscht wurden. Es waren 16 Mütter welche Doula Begleitung erhalten hatten und 19 Doulas Teil der Untersuchung. Die Doula zeigte sich als ermächtigend und verbesserte die Erfahrung von gebärenden Personen. Sie sei in ihrer Rolle „complementary to midwives“. Es bedürfe allerdings an mehr Forschung hinsichtlich der maximalen Effektivität einer Kollaboration zwischen Doula und Hebamme. (Vgl. McLeish 2018) Eine weitere amerikanische Studie durchgeführt von Campbell, Lake et. al. (2006) untersuchte die Ergebnisse von Geburten bei Frauen\* welche Doulas an ihrer Seite hatten und verglich dies mit einer Kontrollgruppe ohne Doula-Begleitung. 600 gebärende Personen, deren Schwangerschaften ohne Risiken galten, waren Teil der Studie. Es konnte festgestellt werden, dass die Doula-begleitete Gruppe signifikant kürzere Wehendauer aufwies, und sich der Muttermund schneller öffnete. (Vgl. Campbell 2006)

### Aufbau der Masterarbeit

Der Aufbau dieser Masterarbeit wird sich folgendermaßen gestalten: Nach dem einleitenden Kapitel wird im Kapitel 1 Naila Kabeers Empowerment Konzept dargestellt, auf welches im Rahmen dieser Arbeit Bezug genommen werden soll und welches direkt in Jo Rowlands Machtdimensionen überleitet, welches sich schließlich ebenso mit Macht / Entmächtigung / Ermächtigung auseinandersetzt. Aus der Perspektive dieser Machtdimensionen soll die vorliegende Arbeit aufbereitet werden, um Macht und Empowerment innerhalb des Doula-Kontextes analysieren zu können. Anschließend wird im Kapitel 2

die (androzentrische) Medikalisierung aufbereitet, um die Bedingungen unter welcher sich die Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext herausentwickelt hatte zu verdeutlichen und ebenso, um gendertheoretisch aufzuzeigen, dass der Medikalisierung patriarchale Strukturen zugrunde liegen, welche auf medizinische Abläufe und in weiterer Folge auch auf die Geburtsbegleitung Auswirkungen hatte. Anschließend folgt im Kapitel 3 die historische Rekonstruktion der Geburtsbegleitung im globalen Norden, an welcher eben der androzentrische Medikalisierungsprozess abzulesen ist. Hier soll herausgearbeitet werden, wie sich Medikalisierung auf die Geburtsbegleitung ausgewirkt hat und welche Folgen die Verlegung des Geburtsortes in die Klinik hatte. Kapitel 2 und 3 dieser Arbeit dienen der Veranschaulichung des historischen Kontextes, welcher die im Kapitel 4 vorgestellte zeitgenössische Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext prägt. Hierbei werden drei Versorgungssysteme laut Robbie Davis-Floyd dargestellt, welche in zeitgenössischer Versorgung zu Tragen kommen. Anhand jener soll eine kritische Beleuchtung aus ganzheitlicher Perspektive erfolgen, um die derzeit prävalenten Versorgungssysteme erfassen zu können. Im Kapitel 5 wird das Konzept der Doula als Zusatz zur bestehenden klinischen Geburtsbegleitung vorgestellt und als Möglichkeit zur Ermächtigung von Personen im Gebärprozess kritisch beleuchtet. Zudem wird ein für diese Arbeit essentieller Differenzierungsversuch zwischen Doula und Hebamme erfolgen, um die beiden Berufe / Aufgabenfelder voneinander getrennt behandeln zu können. Im letzten Kapitel 6, im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse mittels der in der Arbeit generierten Erkenntnisse und der Begriffsapparatur welche Jo Rowlands zur Verfügung stellt, soll eine Analyse der derzeitigen Doulabegleitung und deren Möglichkeit Ermächtigungsprozesse im Klinik-Kontext zu bewirken durchgeführt werden. Eine Verknüpfung der in der Arbeit dargestellten Themenbereiche wird hier somit erfolgen. In der Conclusio werden die Ergebnisse der Masterarbeit knapp zusammengefasst und ein Ausblick auf weiterführende Gedankengänge und Forschungsmöglichkeiten gegeben.

## 1. Theoretische Perspektive: Macht / Empowerment

Seit Ende der 1970er Jahre war der Begriff des "Empowerment" sowohl im wissenschaftlichen als auch im sozial- und entwicklungspolitischen Kontext ein oft gebrauchter Begriff. In den 1980er und 1990er Jahren zogen feministische Wissenschaftler\*innen dieses Empowerment-Konzept heran, mit dem Ziel geschlechterspezifische Machtasymmetrien umzuwandeln und für mehr Geschlechtergleichheit zu kämpfen. (Vgl. Cornwall 2014, 3) Die Anthropologin und Wissenschaftlerin im Bereich der internationalen Entwicklung Andrea Cornwall konstatiert, dass Empowerment als inhärenter Prozess definiert wird, der nicht übertragbar, oder *durch andere für andere* generiert werden könne.

"[It] was about recognizing inequalities in power, asserting the right to have rights, and acting individually and in concert to press for and bring about structural change in favour of greater equality" (Cornwall 2014, 4).

Cornwall stützt sich bei dieser Aussage auf die Werke von Naila Kabeer (1994, 1999) und Jo Rowlands (1997). Auf ebendiesen Empowerment / Macht Konzepte wird in den folgenden Kapiteln eingegangen, den ebendiese bilden die theoretische Basis dieser Arbeit.

### *1.1 Naila Kabeers Empowerment Konzept*

Naila Kabeer ist Professorin für *Gender and Development* an der London School of Economics and Political Science. Ihr Empowerment Konzept scheint für diese Arbeit deshalb relevant, da sie Geschlechterverhältnisse als Machtverhältnisse anerkennt. Kabeer geht in ihrer Empowerment-Theorie davon aus, dass „Macht“ und „Wahl“ gleichzusetzen sind<sup>3</sup>. Empowerment stelle den Prozess dar, Wahlmöglichkeiten zu haben. Zu wählen beschreibt die Option auf Alternativen und die Möglichkeit sich umzuentscheiden, so Kabeer.

---

<sup>3</sup> Ebenjene Gleichsetzung ist auf Situationen zu beziehen, welche Kabeer als *strategic life choices* formuliert, die essentielle Rahmenbedingungen im Verlauf eines Lebens definieren.

(Vgl. Kabeer 1999, 437) Empowerment umfasse die Prozesse, in welchen (durch welche) jene Personen, die die Möglichkeit der Wahl nicht hatten, beziehungsweise nicht dachten diese zu haben, eine Wahl erhalten. Kabeer versteht Empowerment als verbunden mit einem Zustand von Disempowerment, weshalb sie konstatiert, dass Disempowerment ein Resultat nicht vorhandener Wahlmöglichkeiten darstellt. (Vgl. Kabeer 1999, 437) Denn...

“[p]eople who exercise a great deal of choice in their lives may be very *powerful*, but they are not *empowered* in the sense in which I am using the word, because they were never disempowered in the first place” (Kabeer 1999, 437).

Gewisse Bedingungen müssen also gegeben sein, um „Wahl“ und demnach Empowerment tatsächlich zu generieren: Kabeer schreibt “*choice necessarily implies the possibility of alternatives, the ability to have chosen otherwise*” (Kabeer 1999, 437). Die Möglichkeit auf Alternativen seien essentiell in der Generierung von Empowerment (vgl. Kabeer 1999, 437).

“Inasmuch [sic.] as our notion of empowerment is about change, it refers to the expansion in people’s ability to make strategic life choices in a context where this ability was previously denied to them” (Kabeer 1999, 437).

Die Möglichkeit zu wählen setze sich aus 3 miteinander in Wechselwirkung stehenden Dimensionen zusammen, so Kabeer: (1) die Ressourcen (*resources*), (2) den Prozess (*agency*) und (3) die Errungenschaften / Ergebnisse (*achievements*) des Individuums (vgl. Kabeer 2001, 19).

*Resources* sind über Institutionen und gesellschaftliche Beziehungen verteilt. Die Ressourcen beziehen sich demnach sowohl auf materielle Ressourcen, wie auch ökonomische und soziale Ressourcen. (Vgl. Kabeer 1999, 437) Da gewisse Individuen höhere Positionen innerhalb der Institutionen einnehmen, haben diese eine größere Entscheidungsgewalt über die (ungleiche) Verteilung von Ressourcen. Die Verteilung derselben ist demnach davon abhängig, ob Individuen ihre Bedürfnisse und Prioritäten mitteilen und gehört werden

können. (Vgl. Kabeer 2005, 15) „Resources are the medium through which agency is exercised“ (Kabeer 2005, 15), was uns zur nächsten Dimension bringt.

*Agency* (Handlungsmacht) beschreibt “the ability to define one’s goals and act upon them”, sowohl im Kollektiv, oder aber auch als Individuum (vgl. Kabeer 1999, 438). *Agency* kann sich auf positive und negative Weise auswirken. Wenn gewisse Akteur\*innen die Entscheidungsfreiheit anderer Akteur\*innen überschreiben (zum Beispiel durch Gewalt, Zwänge, Autoritäten etc.), so wäre dies ein negativer Gebrauch der Handlungsmacht. Eine positive Auswirkung der Handlungsmacht beschreibt hingegen die Fähigkeiten der Individuen, Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen, trotz potentieller Widerstände. An dieser Stelle vermerkt Kabeer, dass Macht allerdings auch in der Abwesenheit von *agency* zum Tragen kommt, was sich in Institutionen oder Normen festschreibt, die es nicht zu hinterfragen gilt oder wo das Hinterfragen derer Autorität zu große persönliche oder soziale Folgen mit sich bringen würde. (Vgl. Kabeer 1999, 438) *Empowerment* bedeutet an dieser Stelle, dass durch *agency* Machtverhältnisse herausgefordert werden (vgl. Kabeer 2005, 14). *Agency* konstatiere die Prozesse, welche am Weg hin zum Erreichen von *achievements* durchlaufen werden (vgl. Kabeer 1999, 438).

*Achievement* steht für das Ende eines Prozesses der auf *agency* und *resources* aufbaut. Es beschreibt das Ergebnis einer Wahl. Kabeer konstatiert überdies, dass *achievements* den Umfang beschreibt, in welchem das Potential ausgeschöpft wird das Leben zu leben, das man möchte. Wobei *resources* und *agency* hierbei die Befähigung von Individuen ausmacht, ihr Potential auszuschöpfen. (Vgl. Kabeer 2005, 15) *Achievement* beschreibt allerdings nicht das erfolgreiche Erreichen eines Ziels, sondern beschreibt viel eher das Vermögen und die Bereitschaft, Dinge zu verändern (vgl. Kabeer 1999, 438).

Diese drei Dimensionen sind für Kabeer die essentiellen Elemente, damit Empowerment stattfinden kann. Änderungen in einer Dimension haben das Potential, die weiteren Dimensionen ebenso (positive wie auch negative) zu beeinflussen. (Vgl. Kabeer 2005, 15) Kabeer meint desweiteren, dass

Empowerment eine Macht sein muss, die von innen heraus kommt, also aus dem jeweiligen Subjekt durch Motivation und Sinnstiftung selbst generiert wurde (vgl. Kabeer 1994, 229). Sie versteht Empowerment als Reflektion des Selbstbildes und Selbstwertes, und es hänge letztlich auch davon ab, wie das Umfeld beziehungsweise die Gesellschaft Individuen betrachtet (vgl. Kabeer 2005, 15). Ebenjener Ansatz wird im folgenden Kapitel, durch eine Auffächerung diverser Machtdimensionen, welche die Möglichkeit von Empowerment mitbeeinflussen, genauer dargestellt. Denn die im Bereich Macht und Empowerment forschende Jo Rowlands, stellt Kabeers Empowermentkonzept in einen breiteren machttheoretischen Kontext.

### *1.2 Machtdimensionen nach Jo Rowlands*

Die theoretische Perspektive für diese Arbeit bilden die Machtdimensionen nach Jo Rowlands. Jo Rowlands Forschung fokussiert sich auf *gender justice and women's rights*, sowie *governance and citizenship*. Sie analysiert Kabeers Zugang zu Macht und Empowerment auf einer breiteren Ebene. Sie geht von Michel Foucaults Machtkonzept aus, und fügt diesem feministische Überlegungen hinzu. Für Foucault stellt die Gesellschaft, ebenso wie die Individuen, ein Produkt von Macht und deren Wirkungsweisen dar. Er geht davon aus, dass Macht und Wissen miteinander verknüpft und jenes Macht-Wissens-Komplex folglich auf die Gesellschaft einwirkt. Er beschreibt, dass innerhalb dieses Komplexes Macht flexibel und demnach sowohl "Machtinstrument und -effekt sein kann, aber auch Hindernis, Gegenlager, Widerstandspunkt und Ausgangspunkt für eine entgegengesetzte Strategie" (Foucault 1977, 122). Macht kann also produktiv und schöpferisch wirken, die nicht nur von oben herab, sondern in alle Richtungen wirkt (vgl. Foucault 1977, 93). Macht ist demnach durchaus Kontrollorgan, kann allerdings auch als Ressource, als positives soziales Werkzeug verstanden werden, dem sich auch jene Personen bedienen können, welche Marginalisierung erfahren. Jo Rowlands erkennt, ebenso wie Foucault, Macht als relational an. Macht sei eine Instanz, welche allgegenwärtig ist und alles durchdringt. Sie geht von

einem Standpunkt der internalisierten Unterdrückung aus und diese sei Werkzeug um Geschlechterungleichheit aufrechtzuerhalten. Um die diversen Auswirkungen von Macht zu verstehen, formuliert sie 4 Machtdimensionen. (Vgl. Rowlands 1997, 14) Die Machtdimensionen *power to*, *power over*, *power through* und *power within*. Naila Kabeer hat drei dieser vier Machtdimensionen bereits 1994 beschrieben, wobei sie sich auf Steven Lukes Werk "Power: A Radical View" (1974) bezog in welcher Lukes auf die Asymmetrie in der Machtverteilung hinweist. Rowlands erweiterte diese Machtdimensionen und fügte den *power with* – Ansatz hinzu. Ihr Ansatz ist, dass Macht in diversen "Erscheinungsformen" auftritt und sowohl in gesellschaftlichen und institutionellen Strukturen, als auch in Akteur\*innen enthalten ist. Ebendieser Ansatz ist für diese Arbeit essenziell, als sowohl strukturelle, wie auch individuelle Machtverhältnisse diskutiert und problematisiert werden sollen. (Vgl. Rowlands 1997, 9)

#### 1. *Power over* – Macht als Nullsumme.

*Power over* beschreibt die Macht, die eine kontrollierende Wirkung hat und durch Reglementierungen, Voreingenommenheit und Verfahrensweisen wirksam wird (vgl. Rowlands 1997, 9). Sie kann folglich regulieren beziehungsweise limitieren, welche Entscheidungen Individuen innerhalb dieser Machtbeziehungen treffen, oder nicht. Ebenjene Verfahren verlaufen unsichtbar. Sie werden durch Gewalt, bewusst / unbewusst gesetzte, angstausslösende Faktoren oder kulturelle Vereinbarungen durchgeführt. (Vgl. Townsend 1999, 26) Kabeer beschreibt *power over* als institutionalistisch. *Power over* habe das Potential, in sich Entscheidungen von Individuen durch Machtrelationen zu beeinflussen. Sie bezieht sich hierbei auf spezifische gesellschaftliche Strukturen, Regulierungen und Normierungen, welche durch institutionelle Macht reproduziert werden. (Vgl. Kabeer 1994, 225) Rowlands geht einen Schritt weiter und geht davon aus, dass sich *power over* auf die "ability of one person or group to get another person or group to do something against their will" bezieht (Rowlands 1997, 9). *Power over* kann von Institutionen über Individuen, von Individuen über andere Individuen oder vom Individuum über sich selbst ausgeübt werden (vgl. Pilar 1999, 129). *Power over* hat allerdings auch Widerstandspotential in sich, sodass die Machtinstanz,

welche Kontrolle ausübt, Widerstand erlebt und *power over* von der Gegenwehr ausgeübt wird (vgl. Townsend 1999, 129).

## 2. *Power to* – Individuelle Macht.

*Power to* beschreibt die Fähigkeit eines Individuums zu agieren und die eigenen Ziele zu erreichen, beziehungsweise die "Grenzen des Möglichen zu verändern" (Rachbauer 2010, 49). Es ist laut Rowlands eine Macht, welche produktiv sei, unter anderem in Situationen des Widerstandes auftritt, und Raum für neue Perspektiven und Optionen schafft. *Power to* operiert ohne Mechanismen der Unterdrückung. (Vgl. Rowlands 1997, 22) Diese Macht kann allerdings auch anders genutzt werden, wie Kabeer festhält. Sie sieht in *power to* die Möglichkeit einer Einzelperson "to affect the pattern of outcomes against the wishes of other actors" (Kabeer 1994, 224).

## 3. *Power with* – Kollektive Macht.

Diese Machtdimension bildet das Zentrum für Hannah Arendts Machtkonzept, da sie davon ausgeht, dass Macht erst "durch den Zusammenschluss von Menschen entsteht" und diese erst legitim wird, sobald innerhalb der Gruppe Übereinstimmung herrscht (vgl. Rachbauer 2010, 49).

"Durch den Zusammenschluss mit anderen und durch die Verfolgung von gemeinsamen Interessen entsteht kollektive Macht, die ein höheres Maß an Veränderungspotential in sich trägt als individuelle Aktion" (Rachbauer 2010, 49).

*Power with* erfordere Selbstorganisation und wird dann wirksam, wenn Personen gemeinsam Handlungen setzen (vgl. Rowlands 1997, 35). "Power with supports the power from within and vice versa; the power with gives the strength and courage to prove themselves" (Rowlands 1997, 106). Kabeer erkennt in der *power with* – Dimension das Potential durch gebündelte Macht Empowerment von Frauen\* zu erreichen, spezifisch wenn es um Transformationen in lokalen Kontexten geht (vgl. Kabeer 1999, 446).

## 4. *Power within* – Psychische Macht.

"Selbstvertrauen, innere Stärke und Selbstwertgefühl" beschreiben Macht die

von innen kommt (vgl. Rowlands 1997, 13). Rachbauer konstatiert, dass psychische Macht in bisherigen Machttheorien keinen Raum gefunden hat, allerdings ein essentieller Faktor sei (vgl. Rachbauer 2010, 50). *Power within* ist eine Machtdimension, die von innen heraus kommen müsse. Kein externer Faktor könne diese im Individuum generieren (vgl. Kabeer 1994, 227).

Rowlands sieht Macht als Prozess an, wobei sie anhand der eben dargestellten Machtdimensionen folgenden Aufbau vornimmt: Durch *power within* treten individuelle Personen in ihre inhärente Macht, beziehungsweise in ein Bewusstsein ein, dass es ihnen ermöglicht, Macht mit (*power with*) anderen Personen und somit als Kollektiv zu generieren, um mit dieser Macht Ungerechtigkeiten herauszufordern (*power to*), welche durch unterdrückende Machtverhältnisse (*power over*) generiert werden. (Vgl. Rowlands 1997, 13) *Power over*, *power to*, *power with* und *power within* stehen also in einer Wechselwirkung zueinander.

“Im Gegensatz zum Verständnis von Macht als Nullsumme ist in diesem Zusammenhang Macht erweiterbar. Macht ist ein Entfaltungsraum, ohne mit anderen in Konflikt treten zu müssen” (Rachbauer 2010, 50).

Diese Sichtweise definiert / weist Macht als etwas Flexibles (aus), das gestaltet werden kann (*power to*). Empowerment sei ein Prozess, der sich aus der *power within* - Dimension generiert. Um Empowerment zu generieren, sei es laut Kabeer essentiell “empowerment from within” zu generieren, denn

“the multi-dimensional nature of power suggests that empowerment strategies for women must build on ‘the power within’ as a necessary adjunct to improving their ability to control resources, to determine agendas and make decisions” (Kabeer 1994, 229).

Rowlands geht noch einen Schritt weiter als Kabeer und konstatiert, dass Empowerment mehr sei als nur die Möglichkeit zu haben Entscheidungen zu treffen. “[I]t must also include the processes that lead people to perceive themselves as able and entitled to make decisions” (Rowlands 1997, 14). Das

Forschungsthema wird von ebendiesen Machtdimensionen aus behandelt, welche dieser Arbeit als theoretische Perspektive dienen, um in der Diskussion der Ergebnisse die dargestellten Inhalte zu verknüpfen / zusammenzuführen und der Beantwortung der Forschungsfrage zu dienen.

## 2. Die (androzentrische) Medikalisierung

„It is extremely dangerous to say that reason is the enemy that should be eliminated, it is just as dangerous to say that any critical questioning risks sending us into irrationality“ (Foucault 1984, 249).

Das 18. Jahrhundert brachte große Veränderungen in der Gesellschaft mit sich, welche nicht nur im medizinischen Kontext, sondern ebenso in der Art und Weise wie Geschlecht(erdiffferenz) wahrgenommen wurde, ersichtlich ist. Bevor auf die Entwicklung von Geburtsbegleitung im globalen Norden eingegangen werden kann, soll eine geschlechtertheoretische Kontextualisierung erfolgen, um zu verdeutlichen, welche Einflüsse die Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext präg(t)en. Durch die Darstellung androzentrischer Strukturen innerhalb des Medikalisierungsprozesses, welche die Entwicklung von Geburtsbegleitung signifikant beeinflussten, soll zur Kontextualisierung und in weiterer Folge zur Beantwortung der Forschungsfrage beigetragen werden.

### *2.1 Autoritatives Wissen und androzentrische Wissenschaft*

Die Naturwissenschaft und demnach auch die Medizin entwickelten sich um 1800 als neuer Maßstab, um die Welt (und vor allem das Unerklärbare und

Mystische dieser Welt) zu erklären<sup>4</sup>, so Historiker und Philosoph, Richard Tarnas. Er beschreibt, dass der Fokus nun auf quantitativ Messbarem, wie Dauer, Form, Nummer(ierung), Größe etc. lag, da dies nicht durch subjektive Wahrnehmung beeinflussbar sei. (Vgl. Tarnas 1991, 278) Die *Ratio* galt als die neue autoritäre Kraft, die zur Analyse der Welt fungierte, wobei die Wissenschaft als höchste Vertretung der *Ratio* und deren Objektivitätsanspruch als autoritatives Wissen in der Gesellschaft fixiert wurde (vgl. Tarnas 1991, 279). Sowohl die feministische Wissenschaftskritikerin Dr. Sandra Harding, als auch Robbie Davis-Floyd konstatieren, dass zu berücksichtigen sei, dass sich dieser Wandel in einer androzentrisch organisierten Gesellschaftsordnung vollzogen hat (vgl. Harding 2010, 315; Davis-Floyd 2001, 6). Ebenjene Entwicklung hin zu einer Mechanisierung und einer hegemonialen naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise des Körpers, geht Hand in Hand mit der Formierung von Naturwissenschaft als autoritatives Wissen. Die Anthropologin Brigitte Jordan beschreibt, dass sich autoritatives Wissen innerhalb einer Gesellschaft nicht einzig mit ihrer Wirksamkeit verbindet, sondern genauso das widerspiegelt was gesellschaftlich als Wahrheit und was als "medizinisches" Phänomen angenommen wird. (Vgl. Jordan 1997, 57) "The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts" (Jordan 1997, 57). Barker beschreibt autoritatives Wissen als deshalb so wirksam und kraftvoll, als es sinnvoll und logisch konstruiert wirkt (vgl. Barker 1998, 1067). „For the same reason it also carries the possibility of powerful sanctions, ranging from exclusions from the social group to physical coerciveness“ (Jordan 1997, 57). Autoritatives Wissen werde von Individuen aktiv reproduziert, so Jordan. Die Reproduktion des Wissens durch das Individuum stellt einen signifikanten Teil des Produktionsprozesses ebenjenes autoritativen Wissens dar, welches letztlich auch die Medizin prägt. (Vgl.

---

<sup>4</sup> Mit der naturwissenschaftlichen Revolution in der frühen Neuzeit Europas um 1600, fand eine Trennung von Körper und Geist statt. Francis Bacon, René Descartes und Isaac Newton waren treibende Kräfte hinter diesem Wandel, der Macht und Wissen über die Natur als neues Zentrum der Welt darstellt. Dies sollte durch ein Umdenken erreicht werden, das den Geist und das Körperliche als unabhängige Entitäten verstand. Diese philosophische Trennung erlaubte somit auch, dass der kulturelle Kern des Menschen - nämlich der Geist - von technokratischen Eingriffen (vermeintlich) unberührt blieb, während der Körper erforscht und auseinandergenommen werden konnte. Es waltete die Überzeugung, dass Dinge in Abspaltung von ihrem jeweiligen Kontext, besser erfasst werden könnten.

Jordan 1997, 57) Die Formierung dieses Wissens ist aus feministischer Betrachtungsweise allerdings zu kritisieren, da die Problematik der androzentrisch geprägten Medizin und in weiterer Folge der androzentrisch geprägten Geburtsbegleitung, auf welche im Verlauf dieser Arbeit ein starker Fokus gelegt wird, identifiziert werden soll. Die Wissenschaftshistorikerin Londa Schiebinger verdeutlicht in ihrem Werk *Has Feminism Changed Science?*, dass ein naturalisiertes Verständnis von Geschlecht in den Strukturen der Gesellschaft, ebenso wie in den Strukturen der Wissenschaft (und demnach der Medizin) enthalten sei. Sie argumentiert, dass Wissenschaft und folglich auch Wissen vergeschlechtlicht ist. Die Anfänge der Wissenschaft basieren auf vergeschlechtlichten Ideen, die durch die gesellschaftliche Struktur der Zweigeschlechtlichkeit geltend gemacht wurden. (Vgl. Schiebinger 1999; 1993) Ebendarauf wird im folgenden Kapitel genauer eingegangen.

## *2.2 Vom "Ein-Geschlecht-Modell" zum "Zwei-Geschlecht-Modell". Die Wende um 1800.*

Der weibliche\* Körper galt, laut Thomas Laqueur bis zur Wende des 18. Jahrhunderts als dem männlichen\* unterlegen, beziehungsweise als „mindere Version“ des männlichen\* Körpers, was auf ein „Ein-Geschlecht-Modell“ hinweist und dadurch charakterisiert ist, dass zwei soziale Geschlechter allerdings nur ein biologisches Geschlecht vorliegen (vgl. Laqueur 1992, 10). Das Männliche\* repräsentiert das Mensch-Sein wodurch der Mann\* als geschlechtsloses Subjekt festgeschrieben werden kann, während die Frau\* folglich als „minderwertig“ verstanden wird. Spezifisch im medizinischen Kontext wird dies exemplarisch an der Tatsache sichtbar, dass den weiblichen Geschlechtsteilen keine Begrifflichkeiten zugewiesen wurden (Vaginas wurden als Penisse angesehen, die nach innen gestülpt waren, während der Uterus als Hodensack bezeichnet wurde) (vgl. Bührmann 1995, 52; Steinbrügge 1990, 232). Die Soziologin Andrea Bührmann betont, dass Männer\* die Rolle der Wissenschaftler\* inne hatten (als Ärzte, Anthropologen etc.) und folglich Autorität über die Formulierung von Wahrheit von Männern\* geprägt wurde

(vgl. Bührmann 1995, 70). Mit dem 18. Jahrhundert wurde das „Ein-Geschlecht-Modell“ vom „Zwei-Geschlecht-Modell“ abgelöst.

„Man begann, die generativen Organe der Individuen nicht mehr als Repräsentation einer Hierarchie zwischen den sozialen Geschlechtern zu verstehen, sondern interpretierte sie nun als Begründung für eine essentielle Differenz zwischen zwei biologischen Geschlechtern“ (Bührmann 1995, 52).

Weibliche\* und männliche\* Körper wurden nun auch biologisch unterschieden, was mit sich brachte, dass die Frau\* in der Rolle des Gattungswesens wahrgenommen wurde und Mutterschaft „natürlicherweise“ „zum ‚Gesetz der weiblichen Natur‘ aufstieg“ (Bührmann 1995, 56; Honegger 1991, 198). Die zweite Frauenbewegung legte erstmals dar, dass diese biologischen Determinismen ab dem 18. Jahrhundert eine Dichotomisierung in männlich\* und weiblich\* und folglich von Öffentlichem und Privatem stattfand, wobei die Frau\* das Private und der Mann\* das Öffentliche repräsentierte (vgl. James 2003, 508f). Unterscheidungen in aktiv / passiv, rational / emotional, etc. wurden als Geschlechtercharaktere formiert. Durch die Naturalisierung der Geschlechterdifferenz, welche sich im 18. Jahrhundert herausentwickelte und im 19. Jahrhundert festigte, wurden geschlechterspezifische Zuschreibungen prävalent, welche sich in Folge in die Unterteilung von Reproduktion und Produktion weiterentwickelte. (Vgl. Hausen 2007, 183f)

Die Wissenschaftshistorikerin Londa Schiebinger beschreibt in ihrem Werk *The Mind Has No Sex? Women in the Origins of Modern Science* die Problematik ebensolcher biologischer Determinismen. Exemplarisch zieht sie Debatten über weibliche\* Skelette heran, welche im 18. Jahrhundert geführt wurden, die sich darauf fokussierten den Schädel als Maßstab der Intelligenz von Frauen\* und die Hüftknochen als Maßstab für die Weiblichkeit\* heranzuziehen. Schlussgefolgert wurde, dass Frauen\* „natürlicherweise“ für die Produktion und Versorgung von Kindern zuständig seien. Wissenschaftliche Objektivität untermauerte diese Schlussfolgerung. (Vgl. Schiebinger 1989) Bührmann formuliert, dass die Frau\* als das „prinzipiell hysterische Gattungswesen“ und folglich das „Negativbild zum Mann“ darstellte (Bührmann 1995, 63), was mit

sich brachte, dass die medizinische Behandlung von Frauen\* mit Negativbildern und Abweichungen von einer männlichen „Norm“ verknüpft waren. Frauen\* wurden „zum Gegenstand ausufernder medizinischer Diskurse“, so Bührmann (1995, 65) und stellten in der Humanwissenschaft das „Besondere“, „Andere“ und „Mindere“ dar (Bührmann 1995, 56). Rosi Braidotti hebt hervor, dass die Frau\* bereits bei Aristoteles als die Abweichung von der Norm galt. Wenn bei der Befruchtung alles normal abläuft, kommt ein Sohn zur Welt. Die Geburt eines Mädchens sei ein Indiz dafür, dass im Reproduktionsprozess etwas falsch gelaufen sein muss. (Vgl. Braidotti 1994, 224)

„The topos of women as a sign of abnormality and therefore a difference as a mark of inferiority remained a constant in Western scientific discourse“ (Braidotti 1994, 224).

Dies gilt es hinsichtlich des autoritativen Wissens zu berücksichtigen, denn Medizin konnte sich zwar als kulturelle Autorität festschreiben, wodurch medizinische Phänomene gesellschaftlich akzeptiert und sich medizinisches Wissen folglich als autoritäres Wissen manifestierte, so Soziologin Kristin Barker (vgl. Barker 1998, 1967). Diesem Wissen fehlen weibliche\* Zugänge, so Harding. Dies hat zur Folge, dass Untersuchungen und Problemstellungen vorrangig unter androzentrischer Perspektive bearbeitet, beziehungsweise ausgewählt werden und die Universalität der Wissenschaft demnach in Frage zu stellen ist, als eine deutliche Einseitigkeit hervortritt. (Vgl. Harding 1991) Erfahrungen von Reproduktion wurden demnach innerhalb der Entwicklung von Medizin als außerhalb der männlichen\* Norm angesehen. Der Prozess der Medikalisierung welcher im folgenden Kapitel erläutert wird, ist demzufolge mit ebenjenen androzentrischen Strukturen und biologischen Determinismen durchwachsen.

### *2.3 Das Phänomen der Medikalisierung*

Die Begrifflichkeit der Medikalisierung kam mit den 1970er Jahren an die

Vorfront sozialwissenschaftlichen Forschungsinteresses und wurde vor allem durch Ivan Illich, austroamerikanischer Philosoph und Kritiker moderner westlicher Kultur und Institutionen, sowie Thomas Szasz, amerikanischer Psychiater und Psychoanalytiker, geprägt. Illich, dessen Werk „Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens“ (1995) negative Auswirkungen der technologischen, industriellen Medizin beleuchtet, versteht unter Medikalisierung, die medizinische Kolonialisierung des menschlichen Körpers in jeglichen Lebensbereichen (von der Schwangerschaft bis zum Tod) und verwendet den Begriff als Werkzeug zur Kulturkritik. (Vgl. Illich 1995) Der deutsche Kulturwissenschaftler Wolfgang Schneider resümiert Medikalisierung anhand von Illichs Medikalisierungskritik folgendermaßen:

“Unter dem Begriff der Medikalisierung wird die Ausweitung medizinischer Kategoriensysteme (z. B. Diagnosen) und Handlungsmuster auf “normale” gesellschaftliche und alltägliche soziale Phänomene verstanden” (Schneider 2013, 217).

Der amerikanische Soziologe Irving K. Zola beschrieb in den 1970er Jahren den Einfluss der Medikalisierung auf das alltägliche Leben durch die Kontrolle der institutionalisierten Medizin. Er versteht Medikalisierung als „[a] process, whereby more and more of everyday life has come under medical dominion, influence and supervision“ (Zola 1983, 295). Zola beschreibt die Medikalisierung und ihre Wirkung auf das Individuum als die neue wahrheitsstiftende Instanz, die Institutionen wie Religion und Recht überschattet, ob ihrer vermeintlich objektiven Haltung und moralischen Neutralität mit welcher sie Urteile fällt, die als absolut und endgültig gelten. Er konstatiert, dass diese Urteile im Namen von „Gesundheit“ gefällt und als Kategorien wie „Krankheit“ und „Gesundheit“ weitere soziale Bedeutungskraft erlangen würden. (Vgl. Zola 1976, 210) Der Medikalisierung und somit der Verschiebung hin zu einem biomedizinischen Modell liegt die Überzeugung zu Grunde, dass es für jede Kondition / Krankheit eine biophysische Erklärung gibt, die objektiv betrachtet werden könnte. Körperliche Prozesse müssten demnach überwacht und kontrolliert werden, da diese Risiken mit sich bringen. Überwachung und Kontrolle körperlicher Prozesse wurden intensiver und die

für das biomedizinische Modell notwendige Intensität der Kontrolle konnte einzig in einem institutionellen Rahmen gewährleistet werden. (Vgl. Prosen 2013, 252) Conrad beschreibt diesbezüglich allerdings auch, die Möglichkeit von Demedikalisierung (hier nennt er Homosexualität als Beispiel für ein demedikalisertes Phänomen). Er beschreibt, dass Medikalisierung am ehesten als "degree" (als Gradskala) zu verstehen ist. Hierbei stellt er dar, dass die Betrachtung des Ausmaßes, inwieweit die Medikalisierung ein gewisses Phänomen beeinflusst (hat), die nützlichste Konzeptualisierung von Medikalisierung sei. (Vgl. Conrad 1992, 220) Schwangerschaft und Geburt (ebenso wie Menstruation und Menopause) werden in der Literatur oft diskutiert um Medikalisierungsprozesse aufzuzeigen (vgl. Seidel 1998; Conrad 1992, Illich 1975, Zola 1983, Schneider 2013) und das Ausmaß von Medikalisierung auf die Geburtsbegleitung soll ab Kapitel 2 vertiefend dargestellt werden, doch vorab werden die Kontrollmechanismen und die Ausmaße der androzentrischen Medikalisierung auf die Gesellschaft verdeutlicht.

#### *2.4 Die Disziplinierung des Körpers und der medizinische Blick*

Foucault beschreibt in *Die Geburt der Klinik*, dass die Art und Weise wie die Klinik konstruiert ist (ebenso wie Gefängnisse, Psychiatrien, Schulen, Fabriken, ...) eine Form der Überwachung und körperlicher Disziplinierung mit sich bringt (vgl. Foucault 1973, 58). Am Beispiel der Architektur des Panopticons von Bentham beschreibt er die Überwachung innerhalb von Regimen und Institutionen, in welchen Hierarchien und Ordnungen konfiguriert wurden, um die Aktivitäten von Individuen innerhalb dieser Institutionen kontrollieren zu können (vgl. Foucault 1973, 58), wobei diese Disziplinierung (wie Benthams Panoptikon letztlich vorschlägt) nicht mehr (einzig) durch Kontrollorgane geschehen muss, als die Kontrolle und Disziplinierung schließlich über das Individuum selbst stattfindet, indem es sich selbst überwacht und diszipliniert, sich der kontrollierende Blick also nach innen richtet. Diese Überwachung des Selbst nennt Foucault auch Biomacht, welche bestimmte Machttechniken beschreibt, die zur Regulierung des Körpers, beziehungsweise zur

“Unterwerfung der Körper und zur Kontrolle der Bevölkerung” nützlich ist. (Vgl. Foucault 1977, 167)

„Foucault defined the modern era as that of biopower; power over life and death in a worldwide extension of man’s control of outer space, of the bottom of the oceans as well as of the depths of the maternal body“ (Braidotti 1994, 241).

Im Konzept der Biomacht werden 2 Phänomene vereint. Einerseits die Kontrolle des Individuums durch Institutionen wie Schulen, Gefängnisse etc. (aber auch durch normative Verhaltensweisen sowie Sexualitätspraktiken), und andererseits Maßnahmen, welche auf bevölkerungspolitischer Ebene zu tragen kommen, wie die Geburtenkontrolle, Erfassung von Bevölkerungszahl etc. Seit der Aufklärung um 1800, sind die Methoden zur Kontrolle allerdings nicht mehr als destruktiv anzusehen (Foucault beschreibt, dass sich die Methoden zur Bestrafung und Überwachung in der Vormoderne zumeist in körperlicher Gewalt manifestierten). (Vgl. Rouse 2003, 97) Es wird nämlich nun nicht mehr über Verbote, sondern vielmehr über die Konstruktion einer gewissen normativen Vorstellung von Gesundheit und Sicherheit operiert. Wodurch das Individuum keine repressive Macht erlebt, sondern diese Disziplinierung und Kontrolle als “Macht zum Leben” / als Optimierungsprozess versteht. (Vgl. Foucault 1977, 166) Durch Disziplinierung und Kontrolle und der daraus folgenden Normierung der Gesellschaft, wird spezifisches neues Wissen generiert, so Foucault. Durch die Festschreibung eines normativen Wertes, wird sichtbar gemacht, wenn ein Individuum von ebenjener Norm abweicht. (Vgl. Rouse 2003, 101) Medizin stellt hierbei ein wichtiges Regulativ zur Kontrolle dar, und es hat sich ein von Foucault beschriebener “medizinischer Blick” (medical gaze) herausentwickelt, da durch ebenjene Krankheit / Gesundheit und Zustände betrachtet und bewertet werden. (Vgl. Conrad 1992, 216) Der medizinische Blick („medical gaze“) beschreibt den Blick, den eine ärztliche Autorität auf Patient\*innen inne hat, so Foucault (1973, 104).

“Surveillance also extends to the body through the medical ‘gaze’ during the clinical encounter. This form of surveillance inscribes the body to such an extent that the individual starts to police or self-monitor her/his own body” (McCourt 2011, 34).

Durch die Abgrenzung vom Individuum welches behandelt wird, charakterisiert und basiert der Blick rein auf der Betrachtung physiologischer Vorkommnisse, wodurch soziokulturelle Einflüsse (sowie psychosoziale Aspekte) ausgeblendet werden (können). Weiters zeichnet er sich dadurch aus, dass ebendieser Blick geschützt ist und durch die Institution der Klinik Legitimation erfährt. (Vgl. Foucault 1973, 104) Alles, was für den medizinischen Blick allerdings nicht sichtbar ist, wird im medizinischen Kontext auch als nicht existent dargestellt (vgl. Foucault 1973, 117). Die gebärende Person wird / kann also nicht in ihrer Ganzheitlichkeit betrachtet (werden), vielmehr wird sie über die Summe der zusammengetragenen quantifizierten Zustände, welche die Behandlung, beziehungsweise den Geburtsprozess dominieren und kontrollieren, betrachtet. Durch den medizinischen Blick wird subjektives Wissen über den eigenen Körper nicht in Betracht gezogen, und der Körper wird durch gesellschaftliche Bedürfnisse und Normen kontrolliert und institutionalisiert. (Vgl. Goodman 2007, 619) Die Disziplinierung des weiblichen\* Körpers überschneidet sich mit Rassismen und Sexismen, so Braidotti. Christliche Werte, Männlichkeit und weiße Hautfarbe formen die menschliche Subjektivität und das wissenschaftliche Denken. Die Frau\*, nicht-weiße Personen, Menschen mit Behinderung etc. stehen außerhalb dieser Subjektivität und werden als „anders“ eingeordnet. (Vgl. Braidotti 1994, 242)

„Yet they are central to this thinking, linked to it by negation and therefore structurally necessary to upholding the dominant view of subjectivity“ (Braidotti 1994, 242).

Realität wird also durch Medizin konstruiert, indem diese die Parameter für Normalität und Abweichungen von ebenjener Norm formuliert und vorgibt (vgl. McCourt 2011, 34), wobei diese Norm, wie in den ersten Kapiteln dargestellt, unter Prämissen androzentrischer Betrachtungsweisen festgemacht wird. Biomacht schafft demnach eine gewisse Wahrheit, welche durch Individuen in der alltäglichen Praxis (re)produziert wird (vgl. Foucault 1973, 9). Sie wird also erst durch diese Kontrollprozesse, welche die Individuen selbst reproduzieren, wirksam. Wie diese Kontrollprozesse in Institutionen und insbesondere in der

Institution der Klinik eingebettet ist, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

## 2.5 Institutionelle Herrschafts- und Machtverhältnisse

Den im vorigen Abschnitt vorangestellten Überlegungen zufolge, hat der Körper also im Zuge des Medikalisierungsprozesses Disziplinierung erfahren (und erfährt diese auch weiterhin). Die Disziplinierung, ebenso wie der medizinische Blick, finden allerdings unter spezifischen, vergeschlechtlichten Bedingungen statt. Denn die Normierung und Naturalisierung von Geschlechterdifferenz, wie im Kapitel 2.2 beschrieben, führte zu einer Einschreibung von Geschlecht in die Herrschafts- und Machtverhältnisse<sup>5</sup> der Gesellschaft. Die damit einhergehende Situierung des Männlichen\* als Norm der Gesellschaft gilt es zu problematisieren.

„Feministische Macht- und Herrschaftsanalysen sind [...] aufgefordert, Aufschluß [sic.] zu geben über die strukturellen Voraussetzungen, die dazu führen, dass es durch Prozesse sozialen Wandels hindurch nach wie vor zu systematischen Stratifikationsphänomenen zwischen den Geschlechtern kommt“ (Knapp 1992, 292f.).

Ebendiese Manifestation systematischer Stratifikationsphänomene, die sich in Herrschafts- und Machtverhältnissen widerspiegeln, finden sich in Kreisky und Löfflers (2009) Text wieder, der den Staat als „maskulinistische[\*] Institution“ beschreibt, die von einer „männlich[\*] zentrierte[n] Sicht gesellschaftlicher Verhältnisse“ geprägt ist, von einer „Idealisierung übersteigerter Männlichkeits[\*]werte“ (Kreisky 2009, 77), welche letztlich die Struktur von Institutionen, Diskursen und Ordnungen bilden. (Vgl. Kreisky 2009, 81)

---

<sup>5</sup> Im Gegensatz zu *Macht*, die veränderbar und flexibel ist, steht - so Klinger - institutionelle *Herrschaft*, die eine dauerhafte, fixe Instanz in der Gesellschaft darstellt (vgl. Klinger 2004, 95). Die Relation von Herrschaft und Macht beschreibt Klinger als kreislaufartig: Durch die Reproduktion der Strukturen die Herrschaft festschreibt, wird Macht generiert - während ebenjene „Herrschaftsstrukturen durch Macht bzw. Machtakkumulation generiert“ werden (vgl. Klinger 2004, 88).

Ausgehend davon kann die Institution der Klinik als eine solch männlich\* dominierte Institution / Herrschaftsstruktur gedacht werden, in welcher Machtverhältnisse nach der *power over* Dimension zu tragen kommen. Diese Strukturen wirken auf eine spezifische Art und Weise auf den weiblichen\*, spezifischer auf den gebärenden Körper ein, wie im folgenden Kapitel erläutert werden soll.

## 2.6 Der „fehlerbehaftete“ Geburtsprozess

Der männliche\* Körper galt / gilt auch seitens der Medizin als der Prototyp (des Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsbildes). Conrad konstatiert, dass die medizinische Praxis ein Instrument darstellt, um Abweichungen von der Norm zu eliminieren, und so soziale Normen aufrecht zu erhalten. (Vgl. Conrad 1992, 216) Die Obstetrik, beziehungsweise die Gynäkologie, war demnach gezwungen, sich innerhalb eines Systems zu etablieren, das sie zur Entwicklung von Technologien und Werkzeugen aufforderte, die zur Manipulation und zum Fortschritt des „fehlerbehafteten“ Geburtsprozesses dienten, da dieser eine Abweichung von der Norm darstellte. Aufgrund der „Unvorhersehbarkeit“ des weiblichen\* Körpers wurde die Notwendigkeit stetiger Manipulation dessen ausgesprochen. (Vgl. Davis-Floyd 2001, 6) Demnach wurde der weibliche\* Körper ebenjenem männlichen\* Prototyp gegenübergestellt und als „inherently defective and dangerously under the influence of nature“ (Davis-Floyd 2001, 6) dargestellt. Unter diesem Blick galt die Geburt als mangelhaft, als pathologische Abnormalität, als Krankheit, die stets überwacht und kontrolliert werden müsse. (Vgl. Goodman 2007, 619; Conrad 1992, 216) Es lässt sich die Interpretation anstellen, dass durch die Disziplinierung des gebärenden Körpers und durch die diskursive Prägung des Geburtsprozesses als „fehlerbehaftet“ und „unvorhersehbar“, Entfremdungsprozesse im Individuum ausgelöst werden und der Geburtsprozess, als aus der Norm herausfallendes Ereignis, entfremdend wirken kann. Das Entfremdungskonzept soll im folgenden Kapitel erörtert

werden.

## 2.7 Entfremdung

Aus psychotherapeutischer Sicht beschreibt Hilarion Petzold, Begründer der „Integrativen Therapie“ Entfremdung als „Bedrohung, oder Verlust des sinnlich-leiblichen Bezugs zu sich selbst, den Mitmenschen, der Lebenswelt“ - folglich spricht er von „multipler Entfremdung“, welche ein Fremdwerden dem Selbst, sowie der Umwelt gegenüber beschreibt. (Vgl. Bosse 1999, 87) Petzold greift diverse Aspekte auf, welche zu Entfremdungsphänomenen führen können. Hierarchien, normative Abläufe und Sichtweisen, Zeitnot, „starre Regulationen von Arbeitsabläufen“ etc. nehmen, so Petzold, die Möglichkeit sich die Umwelt „anzueignen“, aufgrund der multiplen Entfremdung, welche Individuen erleben. (Vgl. Bosse 1999, 88) „Strukturelle Gewalt“ könne ebenso als potentielle Gefahr für Entfremdung gewertet werden.

„Gewalt, die als solches nicht so unmittelbar erfahrbar ist, [...] sondern als anonymes Schicksal erlebt wird, wie z. B. eine starr eingeschränkte Hierarchisierung von Beziehungen oder Verlust des Arbeitsplatzes“ (Bosse 1999, 88).

Es lassen sich mit Marie Sobalewski (2010) folgende Punkte festhalten, durch welche sich Entfremdung generieren kann<sup>6</sup>:

1. Die Person kann vom eigenen Selbst entfremdet sein, wobei dies dadurch geschieht oder bemerkbar wird, wenn stets nach außen hin gelebt wird, und das Umfeld die eigenen Handlungen und Gefühle bestimmt beziehungsweise wenn man es bestimmen lässt.
2. Wird einzig der Fokus auf das Ziel / das Ergebnis gelegt, so kann es zu einer Entfremdung vom Prozess kommen, wobei dies vor allem dadurch hervorgerufen wird, wenn “Bedingungen einer bestimmten Handlung oder Tätigkeit entfremdend auf das Individuum wirken” (Sobalewski 2010, 12).

---

<sup>6</sup> Von den in ihrer Arbeit sechs erwähnten Punkten wurden jene vier Aspekte gewählt, welche für diese Arbeit als relevant erscheinen.

3. Ein weiterer Punkt, den Sobalewski nennt, ist der Prozess der Entfremdung im Kontext einer "Aufhebung des 'ganzen Menschen' als natürliches Wesen zugunsten einer gesellschaftlich geprägten Herabstufung bzw. Spezialisierung als Arbeitskraft" (Sobalewski 2010, 13).
4. Ein Kontext in welchem Entfremdung ebenso stattfinden kann, sind "Verhältnisse und Institutionen". Sobalewski beschreibt diese als "aus sich selbst heraus existierend" und vermerkt, dass sie dem Individuum aber auch Gruppen oftmals "keinerlei Handlungsspielraum gewähren" (Sobalewski 2010, 13).

Der dritte Punkt, den Sobalweski formuliert, lässt sich mit der Feststellung der Anthropologin Emily Martins weiterführen: Sie entnimmt aus ihren Interviews mit Personen, die bereits einen Geburtsprozess im Klinikkontext durchlaufen haben, dass jene tendenziell von einem Gefühl der „Fragmentierung“ begleitet wurden – „fragmented – lacking a sense of autonomy in the world and feeling carried along by forces beyond their control“ (Martin 1987, 194). Es mangle an der Betrachtung des ‚ganzen Menschen‘. Dies lässt die Hypothese zu, dass Geburt, sowie Schwangerschaft in einem biomedizinischen, technokratischen Klinik-Umfeld das Potential für entfremdende Prozesse und Entfremdung vom eigenen Körper beinhaltet. Robbie Davis-Floyds formuliert diese Art von Entfremdung, ausgelöst durch die Industrialisierung des globalen Nordens und der Struktur von Produktion, als primäre Metapher für die Entwicklung sozialen Lebens. Diese Metapher wird im folgenden Kapitel dargelegt.

## *2.8 „Der Mensch als Maschine“-Metapher. Die Frau\* als Geburtsmaschine*

Davis-Floyd und auch Martin schlagen vor den weiblichen\* Körper als Metapher für industrialisierte Prozesse zu denken. (Vgl. Davis-Floyd 2001, 6; Martin 1987, 194) Christin McCourt, ebenso wie Robbie Davis-Floyd nehmen zur Analyse dieser Denkfigur einen marxistischen Standpunkt ein, und ziehen

die Geburt als Metapher heran, um die Klinik als bildhaft für die Fabrik zu interpretieren - der Körper der gebärenden Person wird somit bildhaft für die Maschinerie, das Baby bildhaft für das Produkt eines industriellen Herstellungsprozesses (vgl. Davis-Floyd 2001, 6), die Hebamme hat die Rolle der Industriearbeiterin\* und die Gynäkolog\*innen die Rolle der Verwaltung beziehungsweise des Managements der Produktion inne. Diese Metapher verdeutlicht die passive Rolle, welche der gebärenden Person in ihrem eigenen Geburtsprozess erteilt beziehungsweise zugeschrieben wird. (Vgl. McCourt 2011, 35) Es wird außerdem verdeutlicht, dass die Biomedizin, laut Egger, stets von einem Verständnis des „Menschen als Maschine“ ausgeht. (Vgl. Egger 2017, 38) Des Weiteren verdeutlicht diese Metapher den Prozess der Entfremdung insofern, als sie darstellt, dass die gebärende Person und ihr Geburtsprozess durch die Organisation des institutionellen Systems verwaltet und geleitet wird. Der Geburtsprozess wird anhand eben dieser „Mensch als Maschine“-Metapher zu einem ökonomisierten Prozess. Es kann die Interpretation angestellt werden, dass die gebärende Person (in) die Rolle des passiven Objektes innerhalb des Systems kommt / zugeschrieben wird. Denn ihr Handlungsspielraum ist bedingt.

Es lässt sich zusammenfassen, dass sich durch die Medikalisierung, ein Diskurs herausentwickelt hat, in welchem Rationalität und Kontrolle essentielle Werkzeuge im medizinischen Kontext darstell(t)en, welche sich innerhalb von androzentrischen Strukturen heraus entwickelten. In Anlehnung an Oakley 1984 und Ehrenreich und English 1979 schreibt auch Braidotti, dass die Disziplinierung des weiblichen\* Körpers mit der Restrukturierung des Hebammenwesens einherging (vgl. Braidotti 1994, 241). Wie sich ebenjene Entwicklungen im Verlauf der Medikalisierung auf Geburtsbegleitung auswirkten, wird in den folgenden Kapiteln genauer dargelegt.

### 3. Die Geschichte der Geburtsbegleitung im globalen Norden

Es lässt sich aus der Literatur die Tendenz entnehmen, dass die Geschichte der Geburtsbegleitung primär aus einer traditionellen medizinischen Perspektive beleuchtet wurde, die eine Geschichte des medizinischen Erfolgs, und demnach wissenschaftliche Erkenntnisse und Errungenschaften in diesem Feld nachzeichnet. Als die historische Frauen\*forschung begann ebenjenes Thema zu beforschen, wurde deutlich, dass die bestehende Geschichtsschreibung und der verlautbarte Erfolg der Obstetrik kritisch zu hinterfragen ist. Der Medialisierungsprozess, welcher sowohl Geburtsbegleitung, als auch das Bild und Verständnis von Schwangerschaft vom 17. bis zum 21. Jahrhundert, durchwandert und nachhaltig geprägt hat, ist eng verknüpft mit einem drastischen Wandel der Praxis der Geburtsbegleitung. Ann Oakley unterteilt die Medialisierung von Geburt in zwei Epochen. Die erste Epoche im 17. beziehungsweise 18. Jahrhundert ist dadurch gekennzeichnet, dass Schwangerschaft und Geburt Teil des medizinischen Diskurses wurden. Die zweite Epoche beschreibt den Prozess welcher Schwangerschaft und Geburt als pathologisches durch Medizin verbesserungswürdiges Phänomen markiert, welche Oakley mit dem Beginn der 1950er Jahre festschreibt. Die Epochen sind allerdings als ineinander fließend zu verstehen. (Vgl. Oakley 1984, 12). In den folgenden Kapiteln wird ein Abriss über die historische Entwicklung von Geburtsbegleitung (beziehungsweise Medialisierung und Geburtsbegleitung) dargestellt, um den Wandel, welcher seit der prämedikalisierten Geburtsbegleitung stattgefunden hat, nachzuzeichnen und zeitgenössische, etablierte Praktiken und Gegebenheiten in der Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext nachvollziehen zu können.

### 3.1 Prämedikalisierte Geburtsbegleitung

Der amerikanische Historiker Richard Shryock (1966) ebenso wie der deutsche Historiker Hans-Christoph Seidel (1998) beschreiben die Zeit vor 1750 als das Hebammenzeitalter beziehungsweise als „the age of the midwife“. Ärztliche Versorgung im Bereich der Geburt war noch kaum gegeben und die Hebamme hatte einen besonderen gesellschaftlichen Stellenwert inne. (Vgl. Shryock 1966, 180) Geburt, sowie Schwangerschaft wurde zu dieser Zeit als ein Event von und für Frauen\* angesehen, von welchem Männer\* exkludiert waren. Die gebärende Person wurde von Verwandten und Freundinnen\* wie Nachbarinnen\*, sowie einer Hebamme (oft auch „weise Frau“ genannt) im Geburtsprozess begleitet „die [gemeinsam] beim Einsetzen der ersten Wehen in der Wohnstube der Kreißenden zusammenkamen, um ihr Beistand zu leisten“ (Seidel 1998, 74). Wertz spricht hierbei von „social childbirth“ (vgl. Wertz 1989, 4). Während die Hebamme sich darum kümmerte, gewisse hygienische Bedingungen zu gewährleisten, und die gebärende Person körperlich unterstützte das Kind zu gebären (vgl. Tew 1990, 45), übernahmen die beistehenden Frauen\* andere Aufgaben:

„Die Frauen beruhigten die Gebärende, sprachen ihr Mut zu und regelten die praktischen Dinge, wie das Geburtslager zu richten, für eine geeignete Raumtemperatur zu sorgen, Essen und Getränke zuzubereiten, das Neugeborene zu versorgen und ähnliches“ (Seidel 1998, 74).

Ebenjene Zusammenkunft galt als Selbstverständlichkeit und es bildeten sich vor allem in ländlichen Gebieten tatsächliche „geburtshelferische Hilfgemeinschaften“ von verheirateten Frauen\* (vgl. Seidel 1998, 75; vgl. Cahill 2000, 337).

„The event of birth presented an important, perhaps the primary, occasion for female solidarity. Women could help in practical ways at birth, but they attended also, it may be supposed, because they sought to hearten the expectant woman, to share their own knowledge and experiences of birth, and to prepare themselves for their own future deliveries. [...]

The potential medical value of the psychological support these female friends offered should not be undervalued; the presence of women provided particular reassurance during a woman's first birth, helping her to relax and thus to ease her pain" (Wertz 1989, 4f.).

Innerhalb dieser Gemeinschaften nahm die lokale Hebamme die bedeutendste Position ein und hatte eine lang stehende Tradition. Um als die lokale Hebamme erwählt zu werden, musste die Person meist bereits selbst ein Kind geboren haben. Das Erleben der Schmerzen am eigenen Leib wurde als essentiell angesehen, um diese Arbeit verrichten zu können. (Vgl. Seidel 1998, 76) Die Hebamme hatte außerdem diverse Techniken zur Verfügung, um die gebärende Person zu unterstützen.

„She was familiar not only with obstetrical techniques, but with the prayers and herbs that sometimes helped. [...] She was prepared to live with the family from the onset of labor until the mother was fully recovered“ (Ehrenreich 1978, 94).

Das Wissen der Hebamme war nicht in "Theorie und Praxis" getrennt. Wissen wurde in der Praxis vermittelt und von Hebamme zu Hebamme weitergegeben. (vgl. Seidel 1998, 77). Ab etwa dem 15. Jahrhundert konnten Hebammen in Europa Lizenzen erhalten, um in ihrer Gemeinschaft praktizieren zu dürfen, ebenwelche ihnen durch die christlichen Kirchen ausgestellt wurden. Ab dem 17. Jahrhundert begannen auch Männer\* in das Geburtsfeld einzutreten, als sie chirurgische Eingriffe durchführten, wenn sie in Notfällen gerufen wurden. (Vgl. McCourt 2011, 33) Obgleich die prämedikalisierte Geburtsbegleitung, welche hier vorgestellt wird, keinen fließenden und flächendeckenden Übergang<sup>7</sup> in die medikalisierte Form der Geburtsbegleitung darstellt, und in gewissen Regionen die "ursprüngliche" Form der Geburtsbegleitung bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts fortwährten, so lässt sich doch ein Einschnitt feststellen, welcher am Punkt der um 1800 stattgefundenen wissenschaftlichen Revolution zu markieren ist. An dieser Stelle lässt sich im Kontext von Geburt ein drastischer Wandel durch immer dominanter werdende

---

<sup>7</sup> Der Übergang verlief von Nation zu Nation, von Region zu Region zeitlich versetzt, und unterschiedlich schnell ab.

Medikalisierungsprozesse ausmachen.

“[S]triking parallels can be drawn between historical changes in childbirth beliefs and practices, and the wider changes occurring in their macro-social context, so much so, that childbirth [...], being at the core of culture and a key point of transition, can often be used to typify the wider changes taking place in a culture” (McCourt 2011, 32).

In der Literatur wird zumeist, sobald von der Historie der Geburtsbegleitung gesprochen wird, die europäische Hexenverbrennung thematisiert, als diverse Autor\*innen vermerken, dass Hebammen aufgrund ihrer Fähigkeiten und ihres Wissens Opfer jener Verbrennungen waren. Der Höhepunkt dieser Hexenverbrennungen fand im 16. und 17. Jahrhundert statt. Anschuldigungen an die „Hexen“ dieser Zeit hatten zumal meist mit weiblicher\* Sexualität zu tun, mit der Organisation und Zusammenkunft von Frauen\*, sowie deren Wissen um Heilung, was das Wissen um die Geburtshilfe miteinschloss, welche es zu eliminieren galt. Straftaten aufgrund welcher Frauen\* verbrannt wurden waren Weitergabe von Mitteln und Wissen zur Empfängnisverhütung, Durchführung von Abtreibungen, Vergabe schmerzstillender Mittel während der Wehen, sowie das Wissen um und die Praxis des Heilens selbst. (Vgl. Cahill 2000, 337; Ehrenreich 1978, 35). „These healing powers, men at the same time, envied, feared and most importantly, desired to control“ (Cahill 2000, 337). Die Exklusion von Hebammen und frauen\*zentrierter-Geburtsbegleitung durch die Medikalisierung kann als kennzeichnend für die Kontrolle der Reproduktion durch patriarchale Dominanz interpretiert werden. Diese eben beschriebene Form der Geburtsbetreuung veränderte sich also durch den Einzug der Medikalisierung. Auf diese Veränderungen wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

### *3.2 Medikalisierung und Geburtsbegleitung im globalen Norden*

Mit der Medikalisierung kam es zu einer Veränderung der Geburtssituation. Vor dem Medikalisierungsprozess war die Geburt ein von diversen Personen des

sozialen Zirkels begleiteter Prozess, welcher fast ausschließlich im privaten Umfeld stattfand (wie bereits im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurde). Im Rahmen der Medikalisierung verschob sich dieser Geburtsprozess hin zu einem biomedizinisch kontrollierten, und von professionellen Ärzt\*innen organisiertes Ereignis, in der öffentlichen Einrichtung der Klinik. (Vgl. Miles 1991, 197, Oakley 1984) Um jene Ereignisse nachzuzeichnen werden in weiterer Folge vor allem Texte von Marjorie Tew und Heather Cahill herangezogen, welche den Medikalisierungsprozess in Hinblick auf Geburtsbegleitung kritisch beleuchten. Beide Autorinnen\* beziehen sich hauptsächlich auf die Geschichte der Medikalisierung von Geburtsbegleitung in Nordeuropa. Die Geschichte der Geburtsbegleitung in Nordeuropa sei als repräsentativ für die generelle Geburtsbegleitung des globalen Nordens zu verstehen, so Wertz und McCourt, denn obgleich die Zeitpunkte dieser Prozesse nationalitätsspezifisch bzw. abhängig von der örtlichen Umgebung (hinsichtlich einer Verortung in Land oder Stadt) variieren mögen, so lässt sich doch resümieren, dass die Entwicklung der Medikalisierung vorrangig im Norden Europas vonstatten ging, sich in weiterer Folge durch Migrationsbewegungen nach Amerika ausgebreitet hat und im Zuge der Kolonialisierung auch in Nationen wirksam wurde, welche weniger starke Industrialisierung erfahren haben. (Vgl. Wertz 1989, 6; McCourt 2011, 26)

“Although the focus here is primarily on European history, the implications are global, since European institutions, including biomedicine have had a far broader impact [...] in the case of health, as well as through the wider economic forces of globalization” (McCourt 2011 26f.).

Es lässt sich aus der Literatur also in beinahe allen industrialisierten Ländern des globalen Nordens, welche Dokumentation über die Geschichte der jeweiligen Geburtsbegleitung aufweisen, von einer entweder graduellen oder drastischen Wende weg von einer frauen\*zentrierten und Hebammenbegleiteten Geburt sprechen, die tendenziell im 18. Jahrhundert mit der Medikalisierung einsetzt. Die einzige Nation in welcher Geburtsbegleitung und vor allem das Hebammenwesen ab dem 18. Jahrhundert nicht (wenn auch nur temporär) verdrängt wurde, und welche eine abweichende Geschichte der

Medikalisierung von Geburtsbegleitung aufweist, sind die Niederlande. Obgleich Hebammen in den Niederlanden den Ärzt\*innen in der Hierarchie ebenso unterstanden und ihnen verboten wurde, Instrumente zu benutzen, so war es eine Normalität, dass die Hebamme der Geburt beiwohnte, als in den Niederlanden weniger strukturelle Veränderungen, welche sich in Unterdrückung des Geburtsbeistandes auswirkten, sondern vielmehr Reformen in der Geburtsbegleitung Einzug hielten. (Vgl. Marland 1993, 206; Oakley 1984)

### *3.3 Entwicklung des Hebammenwesens durch die Medikalisierung*

Ab dem 19. Jahrhundert verließ sich der Kulturkreis des globalen Nordens immer stärker auf Ärzt\*innen die eine akademische Ausbildung absolviert hatten, (vgl. Tew 1990, 37) denn mit der Zentrierung von Naturwissenschaft und einem gesteigerten Verständnis über die physiologischen und anatomischen Aspekte des Körpers, konnten Krankheiten erkannt und gegen diese angekämpft werden. Hinsichtlich der hohen Sterblichkeitsrate, die das 19. Jahrhundert prägte (aufgrund von Cholera, Tuberkulose), war diese Entwicklung gerne gesehen. Allgemeines Verständnis war, dass durch die ärztliche Versorgung in dieser Zeit die Mortalitätsrate zurückging, wodurch das Berufsfeld der Ärzt\*innen immer mehr Prestige und das Vertrauen der Menschen in das Wissen der Ärzt\*innen gewann. Dass sich etablierende Feld der Ärzt\*innenschaft, fand immer größeres Interesse an dem Feld der Geburtsbegleitung, und mit deren Eintreten in ebenjenes Feld erfolgte ein Rückgang, beziehungsweise eine Rufschädigung des Hebammenwesens, wodurch das Berufsfeld und die Praxis der sozialen Geburtsbegleitung, sowie der Hebammenbegleitung an den Rand der Gesellschaft gedrängt wurde. (Vgl. Cahill 2000; Tew 1990) Heather Cahill und Marjorie Tew, stellen diverse Überlegungen an, weshalb ein solcher Umschwung geschehen konnte, und das Hebammenwesen und die Geburtsbegleitung so stark an den Rand der Gesellschaft gedrängt, beziehungsweise gänzlich abgeschafft werden konnte (wie beispielsweise in den Vereinigten Staaten). Cahill und Tew erörtern beide,

dass mangelnde Organisation und Regulierung, sowie das kaum vorhandene Training und das Mangeln an Ausbildung, mögliche Gründe, für die Rufschädigung der Hebammen verantwortlich sein könnten. (Vgl. Cahill 2000, 337; Tew 1990, 43) Cahill betont außerdem Michael Thomsons (1998) Forschung, in der er beschreibt, dass ein solcher Machtumschwung mitunter stattfinden konnte, als Abtreibungen (welche Hebammen mitunter auch durchführten) von Medizinern abgelehnt wurden. Durch das Darstellen von Abtreibung als unorthodoxe Praxis, sicherte sich die Medizin moralische, wie intellektuelle Überlegenheit über Schwangere und Hebammen. (Vgl. Cahill 2000, 337) Tew beschreibt, dass ein weiterer Grund sein könnte, dass die Ärzt\*innenschaft wirtschaftlichen Profit in der Geburtsbegleitung erkannte. Den Ruf der Hebammenschaft zu schädigen ermöglichte es der Ärzt\*innenschaft sich als die neue primäre Anlaufstelle für Geburtsbegleitung zu etablieren. (Vgl. Tew 1990, 43) Obgleich Beweise und Argumentationen fehlten, erklärte sich die Ärzt\*innenschaft als die Instanz die „sicherere Geburtshilfe“ zur Verfügung stellen könne, so Tew (1990, 43).<sup>8</sup> Ärzt\*innen erkannten, dass sie Macht, sowie wirtschaftlichen Mehrwert aus der Abwertung der Hebammenarbeit und der Verlagerung der Geburt in die Institution der Klinik gewinnen und „ihre Vormachtstellung gegenüber“ der Hebammen konsolidieren konnten (vgl. Tew 1990, 43). Einen weiteren Grund den Cahill formuliert, bezieht sich auf das Wissen das Hebammen hatten, welches mit dem Aufkeimen der praktischen Ärzt\*innen devaluiert wurde, als das Wissen über die Biologie des Körpers als „wissenschaftlicher“ galt, wodurch die Hebammenrolle und deren Wissen immer mehr an den Rand gedrängt wurde (vgl. Cahill 2000, 337).

Für die Hebamme und ihr Berufsbild im europäischen Raum bedeuteten ebenjene Entwicklungen vor allem folgendes: Bei Hausgeburten, hatten Hebammen mehr autonome Handlungsfreiheit, allerdings wurde sie durch die rapide Abnahme dieser immer weiter aus ihrem Feld der Expertise und ihrer

---

<sup>8</sup> Hinsichtlich der wirtschaftlichen Argumentation widerspricht sich die Literatur allerdings, als Ehrenreich schreibt, dass die Hebamme für die Ärzteschaft keinerlei Konkurrenz darstellte, als die Hebamme mit dem Aufkeimen der Ärzteschaft ohnehin hauptsächlich in jenen Kreisen in Anspruch genommen wurde, welche geringere ökonomische Mittel zur Verfügung hatten und demnach wirtschaftlich wenig Mehrwert darstellte. (Vgl. Ehrenreich 1978)

Autonomie verdrängt. (Vgl. Tew 1990, 43) Obgleich die Hebamme im Verlauf des 20. Jahrhunderts zwar mit technischen Vorbeugemaßnahmen vertraut gemacht und formeller ausgebildet wird, so wird sie immer weiter in die Position der „ärztlichen Gehilfin“ bzw. der „geburtshilfliche[n] Krankenschwester[.]“ gedrängt - vor allem im Klinik-Kontext (vgl. Tew 1990, 62). „[...] the birthing room became an arena for demonstrating the goals of the new scientific professional“ (Borst 1995, 1). Mit den 1950er Jahren wurde der Geburtsort fast bis zur Gänze in die Klinik verlegt. Mit dieser Verschiebung wird aus dem Geburtsprozess ein technokratisiertes, medizinisches Ereignis und die Klinik wurde zum neuen Zentrum von Geburt. (Vgl. Miles 1991, 197, Oakley 1984) Wie sich die Klinik als neues Geburtszentrum etablieren konnte wird im nächsten Kapitel dargestellt.

### *3.4 Verschiebung von Geburt in die Klinik*

Aufgrund des drastischen Rückgangs der Hausgeburten und beinahe vollkommenen Institutionalisierung der Geburt, büßte die Hebammenschaft viel von ihrer professionellen Freiheit und ihrem Ansehen in der Gesellschaft ein. Tew, Thomasson, Seidl uvm. weisen darauf hin, dass ein drastischer Rückgang von Hausgeburten im 20. Jahrhundert in fast allen Industrieländern des globalen Nordens ersichtlich sei. In den USA fanden um 1900 nur 5 % der Geburten in Kliniken statt, während diese Prozentzahl bis 1935 auf 50 % anstieg und mit 1946 bei über 80 % lag. (Vgl. Thomasson 2008, 77) Auch in Australien ist ein so rascher Anstieg zu erkennen, als 1907 3 % der Geburten in Kliniken stattfanden und 1929 bei 55 % lagen (vgl. Tew 1990 115). In England fanden 1958 64 % aller Geburten im klinischen Umfeld statt. Ab 1980 stieg diese Zahl auf 99 % aller Geburten an (vgl. Tew 1990, 122). „Dieser Trend hat sich bis heute nicht wieder umgekehrt“, so Tew (1990, 115). Die Verlegung der Geburt ging einher mit der Gründung der Gynäkologie beziehungsweise der Obstetrik (vgl. McCourt 2011, 33). „Die Gynäkologie befasst sich mit der Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane. Als Teildisziplin der Chirurgie ist sie per definitionem im Krankenhaus beheimatet“

(Tew 1990, 111). Die Verlegung der Geburt in die Klinik hatte die Folge, dass sich ein Verständnis von Schwangerschaft und Geburt als pathologischer Umstand entwickelte, dessen positiver Ausgang einzig in einem medizinischen Klinik-Kontext vermeintlich garantiert werden kann und dessen Prozess stets überwacht werden müsse (vgl. Tew 1990, 92) (siehe auch 2.6 “Der fehlerbehaftete Geburtsprozess”).

„Die Verlagerung der Geburtshilfe in die Krankenhäuser wurde von der Ärzteschaft unter dem Deckmantel der größeren Sicherheit für Mutter und Kind vorangetrieben“ (Tew 1990, 43).

Mit einer neuen Vielfalt an „operativen, medikamentösen und elektronischen Interventionen“, die sich nach 1950 präsentierte und technische Ausstattungen erforderte, entwickelte sich eine Notwendigkeit der Verlegung von Geburten in Kliniken, um die technische Überwachung und die „notwendigen“ Interventionen während der Schwangerschaft und der Geburt, bzw. der Nachversorgung zu gewährleisten (vgl. Tew 1990, 46).

Tew vermerkt an dieser Stelle, dass die Verlegung der Geburt in den Klinik-Kontext von vielen Personen durchaus begrüßt und positiv angenommen wurde. Viele gebärende Personen wollten die bestmögliche Versorgung und es schien, als ob der Klinik-Kontext mit technischen Interventionen die Möglichkeit bot, die sicherste Geburt beziehungsweise Schmerzstillung zu gewährleisten. Kliniken stellten eine attraktive Möglichkeit dar, ein Kind zu bekommen. Vor allem Frauen der „Mittel- und Oberschicht“ ließen sich eher von Ärzten als Hebammen betreuen und gebären ab dem 19. Jahrhundert primär in Kliniken<sup>9</sup>. (Vgl. Tew 1990, 58) Es stellte eine Offenlegung des Wohlstandes dar in einer Klinik gebären zu können, aufgrund der höheren Honorare der Ärzt\*innenschaft (vgl. Tew 1990, 90). „Damit setzten sie einen Standard den andere Frauen zu erreichen suchten, sobald sie es sich leisten konnten“ (Tew 1990, 90).

---

<sup>9</sup> Vor allem Frauen der “Oberschicht” sahen in der ärztlichen Geburtshilfe einerseits eine Erfüllung des damals dominierenden Idealbildes (Tew stellt dieses Idealbild folgendermaßen dar: verletzte Frauen\*, die Unterstützung des „starken Geschlechts“ benötigen). Die Geburt in der Klinik war außerdem eine Möglichkeit den eigenen / familiären Status zu etablieren, so Tew (1990, 90).

“Even in remote and rural areas and in less industrialized countries, where not all women have practical access to medical facilities, the ‘norm’ is increasingly seen as medicalized birth, in hospitals, because of the status this signifies” (McCourt 2011, 32).

In den meisten europäischen Ländern praktizierten Hebammen unter der Autorität der Klinik und der Ärzt\*innenschaft allerdings weiter, sodass sie weiterhin Teil der Geburtsbegleitung blieben und letztlich auch offizielle Ausbildungen zur Hebamme möglich wurden, wodurch sich die Berufsgruppe nach und nach als unabhängiges Gewerbe etablieren konnte.

In den USA, Kanada und Australien wurde das Hebammenwesen durch „politisch mächtige[.] Lobby der Frauenärzte“ beinahe zur Gänze abgeschafft<sup>10</sup> (vgl. Tew 1990, 62). Die Auswirkungen sind in der zeitgenössischen Geburtsbegleitung in amerikanischen Kliniken erkennbar, als Hebammen weiterhin kaum praktizieren. Hebammen wurden aus der Geburtsbegleitung ausgeschlossen und durch “labor nurses” (Krankenschwestern, mit Zusatzausbildung) ersetzt (vgl. Albrecht-Engel 1995, 31). Die sich nun erst langsam etablierende Akademisierung des Hebammenwesens als Wissenschaft, ist beschreibend dafür wie schleppend die Integration dieser Tätigkeit in den, nun medikalisierten und den in die Klinik-Struktur eingebetteten, Geburtsprozess verläuft. Diese historische Entwicklung hinterlässt Spuren mit der Folge, dass die zeitgenössische Hebamme nach wie vor unter der ärztlichen Autorität steht und sich an die Medikalisierung des Geburtsprozesses beziehungsweise die Klinik-Struktur anpassen muss(te). Hebammen arbeiteten nun überwiegend im Klinik-Kontext wodurch ihre Arbeitszeiten in wechselnde Schichten eingeteilt und ihre Praxis an die Taktung der klinischen Uhr gebunden war. (Vgl. McCourt 2011, 35) Es kann die Interpretation angestellt werden, dass die Funktionsweise der Klinik

---

<sup>10</sup> In den USA geschahen um 1900 noch weiterhin über 50 % der Geburten durch die Hände einer Hebamme, während diese Zahl um 1930 bei 15 % lag und mit 1950 war das Hebammenwesen keine gängige Praxis mehr in der Geburtsbegleitung (vgl. Borst 1995, 1).

reibungslos am Laufen zu halten ist und dies im klinischen Ablauf Priorität darstellt. Die Frage, ob die Prioritätensetzung seitens der Klinik die Sicherheit der gebärenden Person im Fokus hat, soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

### 3.4.1 Die Illusion von Sicherheit

Die Medikalisierung hatte nachhaltige Auswirkungen auf den Geburtsprozess und die Schwangerschaft. Davis-Floyd kritisiert demnach die Ausgangssituation, in welcher sich die Obstetrik etablieren musste, als sie aufgefordert war, Technologien und Werkzeuge zu entwickeln, die zur Manipulation und zum Fortschritt des „fehlerbehafteten“ Geburtsprozesses dienen sollten (vgl. Davis-Floyd 2001, 6).

„Birth ... came to be viewed as an inherently imperfect and untrustworthy mechanical process, and the metaphor of the female body as a defective machine eventually formed the philosophical foundation of modern obstetrics“ (Davis-Floyd 2001, 6).

Davis-Floyd beschreibt, wie mit der Industrialisierung der westlichen Gesellschaft ein Verlangen von Kontrolle natürlicher Prozesse (und Natur im Allgemeinen) einher ging (was in weiterer Folge Angst vor Unkontrollierbarem und dem, was nicht dominiert werden konnte, evozierte). Eben dieses Bedürfnis nach Kontrolle beeinflusste auch den Blick, der auf den Geburtsprozess geworfen wurde, der durch seine Unvorhersehbarkeit und chaotische Natur, als verbesserungswürdig angesehen und durch technologische Intervention manipuliert wurde. (Vgl. Davis-Floyd 2001, 9; Tew 1990, 80) Exemplarisch hierfür zieht Tew das Beispiel der zeitgenössischen Schwangerschaftsvorsorge heran. Es wird von einer schwangeren Person erwartet, dass sich diese stetigen Tests und Check-ups bei Frauenärzt\*innen, beziehungsweise in Kliniken, unterzieht. Früh in der Schwangerschaft wird eine Klinik gewählt, in der die Geburt unter medizinischer Supervision stattfinden

wird. Schwangerschaft und Geburt werden demnach als hoch medikalisierte Fälle behandelt, was bereits durch die Selbstverständlichkeit der Klinik als Geburtsort deutlich werde. Die Problematik der Schwangerenvorsorge, interpretieren sowohl Tew als auch Odent damit, dass diese ein Gefühl von Sicherheit verbreitet / verbreiten soll. Sie interpretieren Schwangerenvorsorge als Gelegenheit das Vertrauen der gebärenden Person in ihren persönlichen Gebärprozess in Frage zu stellen. Ebenjenes Vertrauen wird folglich in medizinische Fachkräfte und Interventionen gelegt, die einen positiven Geburtsausgang versprechen. (Vgl. Odent 2005, 128; Miles 1991, 197; Tew 1990, 47)

„Ein Blick in die Geschichte zeigt deutlich, dass geburtsmedizinische Interventionen in keinem Land und zu keinem Zeitpunkt in der jüngeren oder älteren Vergangenheit zu mehr Sicherheit in der Geburtshilfe beigetragen haben. Es gibt keine Belege, die die Theorie unterstützen, dass mithilfe naturwissenschaftlicher Forschung geburtshilfliche Maßnahmen hervorgebracht werden können, die den natürlichen Geburtsprozess verbessern“ (Tew 1990, 496).

Es lässt sich allerdings aus der Historie entnehmen, dass eine Senkung der mütterlichen Sterblichkeitsraten zeitlich parallel zu der Verlegung der Geburt in die Klinik stattfand. Es manifestierte sich folglich die gesellschaftliche Überzeugung, dass die Senkung der Sterblichkeitsraten mit ärztlichen Interventionen zu verbinden sei. Dies hatte zur Folge, dass „die bereits gesunkene mütterliche Mortalität auf die geburtsmedizinischen Interventionen zurückzuführen“ sei (Tew 1990, 80). Die Überzeugung, dass die Schwangerschaft und die Geburt medizinisch überwacht werden muss, ist ein fortbestehendes Resultat aus jenen Entwicklungen. Laut Tew, ist dies auch repräsentativ für den tiefen Glauben der Gesellschaft in die (Wirkungs-)Macht des Ärzt\*innenstandes, den Tew letztlich auch als für das gesellschaftliche Sicherheitsgefühl bedeutsam erachtet, um der Hilflosigkeit, die mit Krankheit und Sterblichkeit einhergeht, entgegenzuwirken indem diese in die Arme der Ärzte übergeben wird, die Mittel und Wege für Lösungen zur Verfügung haben. (Vgl. Tew 1990, 40) Um darzustellen, dass sich durch die Verlegung des Geburtsortes in die Klinik die Biomedizin etablierte und damit ein Verständnis

einherging, dass der Geburtsprozess überwacht werden müsse und Interventionen erfordere, soll auf ebendie Entwicklung von Interventionen im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

### 3.4.2 Interventionen

Durch den Prozess der Medikalisierung haben sich medizinische Technologien in die Entwicklung mit eingeschrieben, welche Cahill als weiteren Aspekt der Abhängigkeit von der Medizin und ihren Maßnahmen darstellt, um Probleme zu beseitigen wodurch die Prozesse des gebärenden Körpers neu definiert und als verbesserungswürdig angesehen wurden. Cahill konstatiert, dass dadurch eine Passivität und eine Abhängigkeit von der medizinischen Profession geschürt wurde. (Vgl. Cahill 2000, 339)

“The use of developing medical technologies, which might have value for women with medical problems or birth complications, began to be normalized and treated as routine” (McCourt 2011, 35).

Interventionen bei der Geburt, wie technologisierte Vorsorgeuntersuchung etc., wurden somit Teil des Prozesses einer Schwangerschaft, beziehungsweise vieler Geburten im Klinik-Kontext des globalen Nordens. Diverse Instrumente, sowie Medikamente wurden verwendet, um den Geburtsprozess zu verkürzen, und die Zahl der Kaiserschnitte und Interventionen während der Geburt stieg an. (Vgl. Najafi 2017) Ann Oakley kritisiert diese Entwicklung und nennt die „high-tech“ Interventionen, welche während der Geburt oft durchgeführt wurden (Interventionen wie Geburt unter Anästhetikum, Kreuzstich, Einsatz von Geburtszangen, Dammschnitte, Kaiserschnitte, Saugglocken), als bedeutsamen Faktor hinsichtlich postnataler Stimmungsstörungen / Wochenbettdepression. Es muss jedoch festgehalten werden, dass viele Interventionen durchaus im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind durchgeführt werden, als das höchste Ziel der Ärzt\*innenschaft letztlich die bestmögliche Gesundheit beider sei. Allerdings spiegle sich hier ein

problematischer Aspekt wieder, als die Ärzt\*innen unter dem Druck stünden “positive” Ergebnisse zu erzielen, um ihren jeweiligen Status in der Obstetrik und im medizinischen Feld generell zu sichern / aufrechtzuerhalten. Oakley beschreibt, dass Interventionen während der Geburt demnach als persönliche Absicherung / Versicherung seitens der Ärzt\*innen beziehungsweise der Kliniken seien, da die Folgen, wenn eine Geburt nicht gut ausgehen sollte, letztlich auch als Schuld der Ärzt\*innen gesehen werde. (Vgl. Oakley 1984) Auch McCourt beschreibt den routinierten Einsatz medizinischer Technologien als Instrument, um die Maschinerie und Taktung der Klinik aufrechterhalten zu können, “in which labouring women needed to be ‘moved along’ the process of labour and ‘delivered’ efficiently” (McCourt 2011, 35). Flint (1986) konstatiert allerdings, dass durch den Einsatz von Instrumentarien und Interventionen für gewöhnlich eine weitere Intervention folgt und eine Kettenreaktion an Interventionen ausgelöst werde (vgl. Flint 1986, 14), welche die Auswirkung der vorigen Intervention zu lindern versuche. Einleitungen von Geburt wurden, trotz der erhöhten Risikogefahr, immer häufiger durchgeführt, obgleich die Verkürzung der Geburt nicht bewiesen und auch nicht garantiert war (vgl. Tew 1990, 226f). Hinsichtlich der medizinischen Interventionen, welche immer öfter während Geburten durchgeführt werden, lässt sich mit Davis-Floyd und Tew festhalten, dass deren Effekt kaum auf wissenschaftliche Evidenz stößt, sondern dass diese durchgeführt würden, als sie sich im medizinischen Kontext schlicht etabliert hätten (vgl. Davis-Floyd 2001, 6). Interventionen und schmerzstillende Medikamente sollen keiner gebärenden Person, welche nach diesen verlangt, verwehrt werden. Doch die standardisierte, oft unerwünschte, oder unaufgeklärte Verwendung jener, müsse kritisch betrachtet werden. Laut der WHO seien 70 bis 80 % der Geburten weltweit als “low-risk” einzuordnen und demnach ohne die Notwendigkeit medizinischer Interventionen zu behandeln<sup>11</sup>. (Vgl. WHO 1996) In Anbetracht ebendieser Einschätzung sind die im folgenden Kapitel dargestellten steigenden Zahlen an Kaiserschnittraten kritisch zu beleuchten.

---

<sup>11</sup> Obgleich diese Statistik 1996 veröffentlicht wurde, können diese Zahlen als solche weiterhin als geltend angesehen werden, da Geburt als körperlicher Vorgang schließlich nicht den Faktor darstellt der von drastischer Veränderung geprägt ist.

### 3.4.2.1 Intervention am Beispiel des Kaiserschnittes

Der Kaiserschnitt als Intervention kann eine lebensrettende Maßnahme sein, ist allerdings ein schwerer Eingriff und steht in Assoziation mit Risiken für die gebärende Person, das Kind, und ebenso für mögliche zukünftige Schwangerschaften. Eine 2016 veröffentlichte Studie, welche die Entwicklung der Kaiserschnitttrate zwischen 1990 und 2014 in 121 Ländern und deren regionalen bzw. subregionalen Durchschnitt erfasste, konnte einen drastisch steigenden Trend hinsichtlich globaler Kaiserschnitttraten festhalten. In der Analyse der Daten zeigte sich, dass eine Steigerung der Kaiserschnitttrate in Europa von 11,2 % auf 25 %, Nordamerika 22,3 % auf 32,3 %<sup>12</sup>. (Vgl. Betrán 2016, 1) Der steigende Trend des Kaiserschnitts kann auf diverse Gründe zurückgeführt werden – wirtschaftliche, organisatorische, soziale und kulturelle Kriterien, sich verändernde maternale demographische Merkmale, sich verändernde Behandlungsstile, sowie der Druck seitens der Ärzt\*innenschaft kein Fehlerverhalten aufzuweisen, werden hier angeführt, um zu versuchen die stark wachsende Kaiserschnitttrate zu erklären (vgl. Souza 2010; Betrán 2016).

Ebenjene Entwicklung hin zu einer technokratisierten Geburt, die eine intensive Steigerung an Interventionen mit sich brachte, stieß durchaus auf Gegenstimmen. Im folgenden Kapitel soll deshalb auf die Gruppe der Befürworter\*innen der „natürlichen Geburt“ eingegangen werden. Einerseits, um zu verdeutlichen, dass die Entwicklungen der medikalisierten Geburt auch auf Widerstand gestoßen sind und andererseits, um deutlich zu machen, dass diese Bewegung und das Doula-Wesen nicht miteinander gleichzusetzen sind.

---

<sup>12</sup> In lateinamerikanischen Ländern, wie in der Karibik ist eine Steigung von 22,8 % auf 42,2 % zu vermerken. In Asien durchschnittlich von 4,4 % auf 19,5 %, und Afrika von 2,9 % auf 7,4 %.

### 3.5. Die (Gegen-)Bewegung und der Begriff der „natürlichen Geburt“

Mit der Entwicklung hin zu einer technokratisierten Geburt, lässt sich eine Gegenbewegung ausmachen, welche um 1940, ausgehend von den USA, prävalent wurde und auf „natürliche Geburten“ insistierte. Die medizinischen Methoden und die Notwendigkeit, sowie die Sicherheit von Medikation, Interventionen, sowie medizinischer Technologie im Gebärprozess wurden hinterfragt und kritisiert, wodurch sich der Anspruch dieser Bewegung herausentwickelte Geburt bei vollem Bewusstsein und mit allen Sinnen zu erleben. In den 1970er Jahren organisierten sich Frauen\* aus allen Klassen, um Wege zu finden, die es erlaubten die Geburt in der Institution der Klinik umgehen zu können. (Vgl. Wertz 1989, 179) Agnes Miles merkt hier an, dass dieser Anspruch auf eine positive und freudige Einstellung zur Geburt nur deshalb stattfinden konnte, da durch Interventionen und die medizinischen Möglichkeiten die Gefahren, welche Geburt potentiell mit sich bringen könnte unter Kontrolle gebracht werden konnten.

„Once the fear of death traditionally associated with childbirth was removed by medical advances, women began to regard birth more positively“ (Miles 1991, 178).

Dieser Aspekt mag deshalb angemerkt sein, da der Anspruch der „natürlichen Geburt“ stets das Wissen im Hintergrund hat, dass die Sicherheit der medizinischen Interventionen, wie beispielsweise die Option eines Kaiserschnitts, zur Verfügung stehen, sollten Komplikationen auftreten.

Auch diverse Ärzt\*innen der Geschichte erkannten die medikalisierte Geburt als problematisch an. Dr. Grantly Dick-Read, ein britischer Entbindungsarzt schrieb in den 1930er Jahren, dass Geburt den Müttern zurückgegeben werden sollte. Er beschreibt die Einstellung der Obstetrik zur damaligen Zeit folgendermaßen: “We are procuring this baby for you; what we do is not your business and what you want does not concern us” (Dick-Read 1959, 173; zit. n. Wertz 1989, 184). Er allerdings meint: “motherhood should be given back to women, for ‘natural’ birth was woman’s ‘personal triumph’, her ‘successful

achievement” (Dick-Read 1959, 74; zit. n. Wertz 1989, 184). Dick-Read verlautbarte bereits 1930, dass das Beiwohnen einer Person, welche der gebärenden Person emotionale Unterstützung bietet, hilfreich sei, um Stress und Angst zu lindern, sowie um die unpersönliche Klinikumgebung humaner zu gestalten (vgl. Dick-Read 1959, 74; zit. n. Wertz 1989, 184). Dick-Read, dessen Buch in den Vereinigten Staaten großes Aufsehen erregte, ging davon aus, dass Schmerz notwendig sei, um eine Beziehung zu dem neugeborenen Kind aufzubauen; orgasmische Geburten, mystische Erfahrungen während der Wehen und die Glorifizierung der Mutterrolle standen im Zentrum von Dick-Reads Ansatz einer “natürlichen” Geburt. Die Ärzt\*innenschaft reagierte hauptsächlich ablehnend auf diesen Zugang. (Vgl. Wertz 1989, 190) Der Ansatz der natürlichen Geburt wurde mitunter auch deshalb so kritisch betrachtet, als viele Personen während der Geburt aufgrund von Ansätzen wie jenen Dick-Reads, Schmerzstiller verweigerten, da sie in Erwartung einer “extatischen Geburt” überzeugt waren, die Geburt “natürlich” zu durchleben, obgleich dies nicht ihren tatsächlichen Bedürfnissen entsprach. Oftmals resultierte die enttäuschte Erwartung in postnatalen Depressionen oder Psychosen. (Vgl. Wertz 1989, 191) Dies ist *ein* Beispiel aus der Bewegung, die sich für “natürliche Geburt” einsetzte, und folglich mitunter hohe Risiken für die Gebärenden mit sich brachte. Ebenjene Assoziationen wirken letztlich bis heute nach, wenn von “natürlicher Geburt” die Rede ist. Assoziationen der “natürlichen” Geburt nach Hippie-Vorbild, und Geburten umgeben von nackten tanzenden Personen, können mittlerweile allerdings dispensiert werden, so Schmonsky (2016, 13).

Wenn allerdings im zeitgenössischen Kontext die Rede von “natürlicher Geburt” ist, so findet sich in der Literatur meist ein Verweis auf Frédéric Leboyer und Michel Odent, die “natürliche Geburt” in ein anderes Licht rück(t)en, fernab von den belasteten Assoziationen, welche eben beschrieben wurden. Als französische Ärzte und Geburtshelfer sind Odent und Leboyer eine der führenden Stimmen hinsichtlich “Frauengesundheit” und Advokate dafür, dass Geburt und Schwangerschaft “natürliche Vorgänge” seien, “bei denen primär keine medizinischen Eingriffe notwendig sind” (David 2008, 21). Odent beschäftigt sich vor allem mit Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit in seiner

Forschung und beschreibt in Werken wie "Die sanfte Geburt. Es ist nicht egal, wie wir geboren werden" oder "Generation Kaiserschnitt: Wie die moderne Geburtspraxis die Menschheit verändert", wie natürliche Geburt und die individuelle Körperuhr der gebärenden Personen das Zentrum dieser Erfahrung ausmachen sollten.

"Experiences have clearly shown that an approach which de-medicalizes birth, restores dignity and humanity to the process of childbirth, and returns control to the mother is also the safest approach" (Odent o.J.; zit. n. Abbott 2007, 75).

Mardorossian beschreibt allerdings, dass Methoden zur natürlichen Geburt und die Fokussierung der individuellen Körperuhr im Klinik-Kontext kaum Platz haben. „... such techniques were not designed for high tech hospitals that place time limits on labor and seek to speed up contractions“ (Mardorossian 2003, 113) Sowohl Odent und Leboyers Ansatz, als auch der Ethik der Doula ist zu entnehmen, dass die "natürliche Geburt", wie sie im zeitgenössischen Kontext gelebt beziehungsweise praktiziert wird, vorrangig mit einer Rekurrerung auf die körpereigene Uhr im Gebärprozess zu tun hat - was allerdings nicht automatisch impliziert, dass keine medizinischen Interventionen stattfinden dürfen, oder die Geburt nicht im Klinik-Kontext stattfinden soll.

Es lässt sich resümieren, dass die Medikalisierung Prozesse der Unterdrückung und der Aufwertung des Männlichen zulasten des Weiblichen mit sich brachte, was sich am Beispiel der historischen Entwicklung von Geburtsbegleitung nachzeichnen lässt. Die androzentrischen Strukturen, welche die Klinik-Struktur durchwachsen, lassen sich in der Entwicklung von Interventionen, im Ausschluss von Geburtsbegleitung etc. erkennen. Es kann folglich die Interpretation angestellt werden, dass die Praktiken in Kliniken in Zusammenhang mit Geburt in die *power over*-Dimension einzuordnen ist. Die Macht wirkt von oben. Nachdem die historische Entwicklung von Geburtsbegleitung nun dargestellt wurde, soll im nächsten Kapitel erörtert werden, unter welchen Bedingungen zeitgenössische Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext stattfindet.

## 4. Zeitgenössische Geburtsbegleitung im Klinik-Kontext

Die im Kapitel 2 und 3 dargestellte Entwicklung der Medikalisierung und Geburtsbegleitung mündet schließlich in eine spezifische Art und Weise, wie Betreuung im zeitgenössischen Klinik-Kontext stattfindet. Es lassen sich drei große Betreuungsmodelle ausmachen, welche die derzeitige Klinik-Landschaft und folglich die klinik-spezifische Geburtsbegleitung prägen. Diese Modelle wurden sowohl von Davis-Floyd (2001), als auch Wagner (2001) formuliert und werden im folgenden Kapitel dargestellt.

### *4.1 Zeitgenössische Betreuungsmodelle*

Wagner, sowie Davis-Floyd, beschreiben drei Formen der Betreuung, die im zeitgenössischen Klinik-Kontext zu tragen kommen (können). Beide beschreiben ein technokratisches und ein humanistisches Paradigma, welche die derzeitige Geburtssituation formt. Während Wagner davon ausgeht, dass es ein drittes Modell gibt, welches sich dadurch auszeichnet, dass es sowohl technokratische, wie auch humanistische Betreuung vereint (vgl. Wagner 2001, 25), beschreibt Davis-Floyd ein anderes drittes Betreuungsmodell, welches als solches nicht in der Klinik implementiert ist – das holistische Paradigma (vgl. Davis-Floyd 2001, 17).

#### 4.1.1 Das technokratische Paradigma oder technologisiertes Betreuungsmodell

Das technokratische Paradigma, welches in der Medizin das hegemoniale Versorgungskonzept darstellt, geht von einer Trennung von Körper und Geist aus, auf Basis welcher spezifische Teile des Körpers analysiert und untersucht werden können – in Abgrenzung von der Psyche / dem Geist. Technokratisch basierte Medizin separiert den Geburtsprozess in diverse Teile und trennt ihn

vom normativen Lebens(ver)lauf ab. In diesem System wird die Ärzt\*innenschaft als die höchste Instanz angesehen, welche Verantwortung über den\*die Patient\*in hat. (Vgl. Davis-Floyd 2001, 6) Der Fokus der Forschung, der Behandlung und der Entwicklungen, welche innerhalb des technokratischen Paradigmas stattfinden und stattgefunden haben, liegt auf physikalischen, wie bio-chemischen körperlichen Prozessen und Erkenntnissen (Biomedizin) (vgl. Egger 2017, 1157). Das "erkenn- und messbare Risikoprofil" (Egger 2017, 38) soll so klein gehalten werden wie möglich, wobei hierfür Hightech-Interventionen eingesetzt werden. Man vertraut auf die vorliegenden Befunde und Tests, aufgrund welcher weitere Entscheidungen der Behandlung getroffen werden (vgl. Egger 2017, 38f). Mit ebendiesen Erkenntnissen, habe sich – so Egger – allerdings eine "Verengung von potenziell weiteren, relevanten Dimensionen" entwickelt (Egger 2018, 1157), weshalb das Verständnis vom "Mensch als komplexe Maschine", welches den biomedizinischen Zugang unterläuft, kritisch zu betrachten sei (siehe biopsychosozialer Zugang) (vgl. Egger 2017, 38).

"Die technisierte, risikomanageriale, Schwangerschaft und Geburt unter den Verdacht von Pathologien stellende Geburtsmedizin hat sich als dominierende durchgesetzt – nur etwa zwei Prozent der Schwangeren bringen ihr Kind außerklinisch (zu Hause oder in einem Geburtshaus) zu Welt" (Jung 2017, 33).

Die Technokratisierung der Geburtsmedizin hat diverse Folgen: der langsame Abbau humanistischer Werte, die sinkende Toleranz der gebärenden Personen die Geburt zu ertragen und zu gebären, die gesteigerte Zahl an Kaiserschnitten, das (zumeist) blinde Vertrauen der gebärenden Personen in die ärztlichen Entscheidungen. (Vgl. Rosen 2004; Compton 2005; Shaw 2013)

"Tatsächlich fehlt im biomedizinischen Modell die Dimension des Menschen als denkendes und fühlendes bzw. als erlebendes und planerisch-handelndes Wesen, das immer in physiko-chemischen [sic.] und sozio-kulturellen Umwelten eingebettet ist" (Egger 2018, 1157).

Betreuung die hauptsächlich nach dem technokratischen Paradigma abläuft

wird beispielsweise in Ländern wie den USA, Irland, Tschechien, Russland, Frankreich, Belgien etc. praktiziert (vgl. Wagner 2001, 26). Parallel zum technokratischen Paradigma lassen sich weitere Paradigmen ausmachen, so Davis-Floyd und Wagner.

#### 4.1.2 Das humanistische Paradigma oder humanisiertes Betreuungsmodell

In dem Versuch den Körper und den Geist zu verbinden formte sich in den 1970er Jahren das humanistische Paradigma, welches vor allem in der Hebammen-Arbeit prävalent wurde / ist (vgl. Najafi 2017, 5448). Das humanistische Paradigma vertritt den Zugang, dass es mehr oder weniger unmöglich sei, physische Symptome zu behandeln, ohne die psychischen Faktoren miteinzubeziehen und mitzudenken. Mit diesem Gesundheitsmodell werden biologische, soziale, wie psychologische Faktoren gleichermaßen Relevanz zugesprochen und diese als in Wechselwirkung stehend wahrgenommen. Das humanistische Paradigma geht des Weiteren davon aus, dass es von Bedeutsamkeit ist, eine Beziehung zwischen Ärzt\*in und Patient\*in aufzubauen. Es geht davon aus, dass Patient\*in und Ärzt\*in geteilte Verantwortung in der Behandlung tragen und verwirft demnach den paternalistischen Zugang, in welchem der\*die Ärzt\*in die höchste Instanz und die Entscheidungsgewalt darstellt. Das humanistische Modell geht davon aus, dass es notwendig sei, den Worten der Patient\*innen sorgfältige Aufmerksamkeit zu schenken, um dementsprechende Diagnostik vornehmen zu können, die Gefühle und Sorgen der Patient\*innen wahrzunehmen, stets das Einverständnis der Patient\*innen einzuholen und sicher zu stellen, dass sie informierte Entscheidungen treffen können. (Vgl. Najafi 2017, 5449) „[...] ideally, humanistic care should be evidence-based care that reflects real science and not medical tradition“ (Davis-Floyd 2001, 14) Betreuung, die nach einem humanistischen Paradigma abläuft, findet sich beispielsweise in Ländern

wie den Niederlanden, Neuseeland oder Skandinavien<sup>13</sup> (vgl. Wagner 2001, 26).

#### 4.1.3 Das holistische Paradigma

Wagner beschreibt ein weiteres Betreuungsmodell, welches sich durch eine Verschränkung des “technologisierten” und des “humanisierten” Betreuungsmodelles auszeichnet und in Ländern wie Großbritannien, Kanada, Deutschland, Japan, Australien etc. praktiziert wird (vgl. Wagner 2001, 26).

Während Wagners Konzept tatsächlich in der Praxis angewandt wird, beschreibt Davis-Floyd ein anderes / ein drittes Modell – das holistische Paradigma - das dem Doula-Wesen am nächsten kommt. Er formuliert ein holistisches Paradigma, welches nicht nur die Verbindung von Körper und Geist als relevant betrachtet, sondern genauso die Umwelt und die gesellschaftlichen Gegebenheiten in die Behandlung mit einbezieht, und als Faktoren für Heilung und Gesundheit gelten. Der Körper wird als Energiefeld bzw. Energiesystem angesehen, das in Kontakt mit anderen Energiefeldern steht. Das holistische Paradigma erkennt das Potential, das durch das Energiefeld, welches durch die Geburtsbetreuung aufgebaut wird / werden kann, an. (Vgl. Davis-Floyd 2001, 17) Das holistische Paradigma sieht die Notwendigkeit, die Betreuung individuell zu gestalten, da jede Geburt, und vor allem jede gebärende Person, unterschiedliche Bedürfnisse und Konditionen aufweist (vgl. Davis-Floyd 2001, 16). Das holistische Paradigma lehnt Technologien, welche das westliche technokratische Gesundheitsmodell

---

<sup>13</sup> Es wurden in dieser Arbeit diverse Studien aus unterschiedlichen Nationen herangezogen. Die Studie welche von Berg (2006) in Schweden durchgeführt wurde untermauert, dass die Doula auch dort als wirksam und von den praktizierenden Hebammen als hilfreich empfunden wurde und die Doula ebenso Wirksamkeit zeigt, wenn eine humanistische Betreuungsstruktur in der Klinik vorzufinden ist. Um eine fundierte Aussage hinsichtlich Doula-Wirkung in humanistischen Betreuungsstrukturen im Vergleich zu technokratischen Betreuungsstrukturen treffen zu können, wäre weiterführende empirische Forschung von Nöten.

dominieren, nicht ab, allerdings stellen deren Werkzeuge nicht das Zentrum für die Behandlung dar (vgl. Davis-Floyd 2001, 19). Das Zentrum dieser Betreuung bildet der Fokus auf den psychologischen und emotionalen Zustand der gebärenden Person (vgl. Davis-Floyd 2001, 16).

#### *4.2 Das biopsychosoziale Paradigma innerhalb zeitgenössischer Betreuungsmodelle*

Das humanistische ebenso wie das holistische Paradigma lässt sich als Teil des biopsychosozialen Modells einordnen. Das biopsychosoziale Modell sei, laut Egger, der einzige wissenschaftliche Ansatz, welcher die oftmals unzureichenden Mittel der Biomedizin und die implizite Problematik der getrennten Beziehung zwischen Körper und Geist, “zu bewältigen” vermag. Die Körper-Seele-Einheit (oder Body-Mind-Unity-Theory), von welcher das biopsychosoziale Paradigma und demnach das humanistische, wie auch das holistische Paradigma ausgehen, stößt allerdings bei vielen Gesundheitsexpert\*innen, besonders bei Ärzt\*innen, auf Widerstand. Egger beschreibt, dass oftmals das “Verstehen und Akzeptieren” ebenjenes Paradigmas die Problematik für die Gesundheitsexpert\*innen darstelle. (Vgl. Egger 2018)

“Aber dies ist kein redlicher Grund, auf simplere ‘Eigenlösungen’ für das zu Recht kritisierte *Mainstream*-Modell der Medizin (‘der Mensch als komplexe Maschine’, ‘Reparaturmedizin’) auszuweichen” (Egger 2018).

Allen Paradigmen liegen Vor- und Nachteile zu Grunde, weshalb Davis-Floyd zu folgender Conclusio kommt:

„Contemporary obstetrical practitioners have a unique opportunity to weave together elements of each paradigm to create the most effective system of care ever designed on this planet. [...] technologies exist to support every kind of labor choice. If we could apply appropriate technologies, in combination with the values of humanism and the spontaneous

openness to individuality and energy chartered by holism, we could in fact create the best obstetrical system the world has ever known“ (Davis-Floyd 2001, 21f).

Obgleich eine solche Vereinigung der von Davis-Floyd beschriebenen Paradigmen in der zeitgenössischen Klinik-Struktur nicht stattfindet, so stellt diese Fusion an Betreuungsmodellen eine Vision dar, die das Potential in sich trägt, die Geburtssituation und die Geburtsbetreuung im Klinik-Kontext fundamental zu verändern. Das technokratische Modell, beziehungsweise das medizinische Wissen, welches in androzentrischen Strukturen generiert wurde, dominiert allerdings weiterhin die klinik-spezifische Geburtsbegleitung.

#### *4.3 Mündigkeit und „aktive Teilhabe“*

Der steigende Trend an Interventionen und der routinierte Einsatz dieser, scheint also historisch gesehen, nicht aus einer tiefen Notwendigkeit heraus entstanden, sondern fußt viel eher auf Gründen der Demonstration technischer Errungenschaften, der Kontrolle gebärender Körper und der zeitlichen Kontrolle von Geburt. Die steigende Rate an Interventionen spiegelt außerdem eine Überwachung durch Medizin wieder. Das autoritative Wissen der Ärzt\*innenschaft sei, wie Baker (1998) beschreibt, mit Wahrheit verknüpft und gebärende Personen unterlägen diesem Wissen, wodurch deren Vertrauen in ihren körpereigenen Prozess in den Hintergrund tritt. An dieser Stelle konkludiert Diana Parry, Professorin für angewandte Gesundheitswissenschaft (2008):

„[P]hysicians develop and control knowledge in three ways: (1) by defining pregnancy as a medical disorder, (2) by using instruments to understand internal processes, and (3) through employing a medical setting, which discounts a woman’s control and expertise over her own pregnancy“ (Parry 2008, 786).

Die gebärende Person werde, so Leona VandeVusse Professorin für

Hebammenwissenschaft, durch die medizinische Kontrolle in ihren Entscheidungen beeinflusst. Die Möglichkeit der Gebärenden zu entscheiden, was geschehen soll und ob Interventionen stattfinden sollen, sei wichtiger als die Intervention selbst, so VandeVusse. (Vgl. VandeVusse 1999, 45) Selbstbestimmte Entscheidungsfindung, beziehungsweise die „aktive Teilhabe“ der gebärenden Person am „Geburtsgeschehen“ beschreibt auch Verena Schmid als essenzielle Bedingung, um eine sichere Geburt zu ermöglichen (vgl. Schmid 2015, 117).

„Women should have the opportunity to make informed decisions about every aspect of their labour and birth. [...] Individualized care should be supported by giving evidence-based information and active informed consent should be sought from women before all monitoring procedures, examinations and treatments“ (NICE Clinical Guidelines 2014).

Ogleich das britische *National Institute for Health and Care Excellence*<sup>14</sup> (NICE) ebensolche Leitlinien formuliert, so mangelt es zumeist an der Umsetzung dieser, wie durch Wilks (2015), sowie Schmid (2015) dargestellt wird. Schmid beschreibt, dass die „aktive Teilhabe“ der gebärenden Person am Geburtsgeschehen stark damit verknüpft ist, ob sie sich mit der „Macht des Betreuungspersonals“ beziehungsweise „mit der ‚Institution Krankenhaus‘ auseinandersetzt“ und mit dieser in Konfrontation tritt (vgl. Schmid 2015, 144). Auch Wilks beschreibt, dass vielen gebärenden Personen oft erst nach der Geburt bewusst wird, dass sie in diversen Situationen rechtlich gesehen mehr Mitspracherecht und Möglichkeiten gehabt hätten ihre Bedürfnisse mitzuteilen oder Fragen zu stellen, allerdings dem Willen der Klinik / des Klinikpersonals, sowie den Versicherungsfirmen, unterlagen und der Wunsch nach mehr Mitspracherecht somit nicht erfüllt wurde / werden konnte (vgl. Wilks 2015, 26). Schmid beschreibt, dass nicht nur die Umstände der Geburt relevant sind, um einer gebärenden Person ein positives Erlebnis zu verschaffen, sondern dass dieses vor allem davon abhängig ist, wie weit das Geburtserleben mit „dem Wertesystem und den Erwartungen der Frau“ übereinstimmt, „welche Art von

---

<sup>14</sup> NICE formuliert Richtlinien zur besseren Behandlung und Pflege welche auf evidenz-basierter Forschung gründen. Die Einrichtung hat ihren Sitz in Großbritannien.

Kontrolle sie dabei ausüben konnte, auf welche Art sie in Entscheidungen miteinbezogen wurde und inwieweit sie empathisch begleitet wurde“ (Schmid 2015, 143).

Um an Naila Kabeers Empowerment Konzept anzuschließen, so lässt sich subsumieren, dass die Abwesenheit der Möglichkeit selbst Entscheidungen zu treffen mit Disempowerment in Korrelation steht. Sie schreibt *“choice necessarily implies the possibility of alternatives, the ability to have chosen otherwise”* (Kabeer 1999, 437). Entscheidungsmöglichkeit ist ein essentieller Bestandteil eines Geburtsprozesses, welcher Ermächtigungsprozesse zulässt. In vielen Geburtsgeschichten allerdings berichten Personen, die gebärt haben, von Momenten, in welchen sie selbst nicht am Entscheidungsprozess hinsichtlich Untersuchungen oder Eingriffen beteiligt wurden, und sie sprechen von einem Gefühl der Machtlosigkeit (vgl. Schmid 2015, 144; Wilks 2015, 26).

„Many mothers talk of experiencing emotions after giving birth such as disempowerment, low self-esteem, anger, and resentment, all symptoms of a lack of choice“ (Wilks 2015, 29).

Um Mündigkeit und aktive Teilhabe zu kultivieren, spricht Schmid von „Intuition“ und Wilks spricht von „inner wisdom“, welche von Nöten sei (vgl. Schmid 2015, 144; Wilks 2015, 26). Ebenso wird Zuversicht und Vertrauen in die eigene Reproduktionsfähigkeit von der Professorin für Hebammenwissenschaft Marjorie Tew als essenziell für eine positive Geburtserfahrung beschrieben, da der physische Geburtsprozess stark mit der psychischen Verfassung korreliere. Das Vertrauen der schwangeren Personen in ihre Fähigkeit zu gebären wurde allerdings, so Tew, „nachhaltig zerstört“. (Vgl. Tew 1990, 48) Dieses Vertrauen wieder herzustellen und das Nutzen der inneren Ressourcen der gebärenden Person, sowie das Bestärken deren inhärenten Fähigkeit zu gebären, fördert das Gefühl von Autonomie, Sicherheit und Ermächtigung der gebärenden Personen (vgl. Wilks 2015, 26; Davis-Floyd 2001, 18).

Wenn von Mündigkeit die Rede ist, so muss auch erwähnt werden, dass jede gebärende Person andere Ansprüche, Bedürfnisse und Vorstellungen

hinsichtlich der persönlichen Geburtserfahrung hat. Manche Frauen fühlen sich am sichersten und am wohlsten im Umfeld ihres Zuhauses zu gebären, andere gehen in ein Geburtshaus, und wieder andere fühlen sich am sichersten in einem Klinik-Kontext, als dort für jegliche Komplikationen direkte Versorgungsmöglichkeiten und technisches Equipment vor Ort ist. Manche wollen medizinische Interventionen beziehungsweise Kaiserschnitte von vornherein, andere möchten die Geburt so „natürlich“ wie möglich erleben. Für all diese Optionen und Bedürfnisse sollte Platz sein. Es kann allerdings ausgemacht werden, dass aktive Entscheidung und aktive Teilhabe am persönlichen Geburtsprozess vor allem im klinischen Kontext oftmals nicht gegeben ist, und einen wichtigen Teil hinsichtlich einer ganzheitlichen und vor allem einer ermächtigten Geburt ausmacht. Der im folgenden Kapitel dargestellte Ansatz der kontinuierlichen Betreuung stellt hierbei einen wichtigen Teilaspekt dar, um die Möglichkeit einer ermächtigten Geburtserfahrung zu generieren.

#### *4.4 Kontinuierliche Betreuung während der Geburt*

Die World Health Organisation (WHO) definierte 2018 eine Leitlinie für „Intrapartum care for a positive childbirth experience“. Im Rahmen von 56 Empfehlungen für eine positive Geburtserfahrung, die jeweils mit Studienergebnissen untermauert sind, wird der Fokus nicht einzig auf eine sichere Geburt gerichtet, sondern genauso auf eine positive Erfahrung während der Geburt, die ins Zentrum der Leitlinien gestellt wird. Diese Leitlinien seien laut WHO unabhängig von kulturellen oder sozialen Kontextualisierungen gültig und relevant. Diverse Aspekte wie das Recht auf Selbstbestimmung und die problematische Zahl an (oftmals überflüssigen) Interventionen während des Geburtsprozesses, stehen im Fokus dieser Leitlinien, genauso wie der wissenschaftlich erwiesene, positive Effekt, den kontinuierliche Geburtsbegleitung auf die Gesundheit von Mutter\* und Kind ausübt. Studien zu kontinuierlicher Betreuung, die sich primär um die emotionale Versorgung der

gebärenden Person kümmert, wurden in diversen Ländern durchgeführt. Die im Jahr 2014 veröffentlichten Forschungsergebnisse der WHO und die daraus resultierenden Empfehlungen für optimale und sichere Geburten, fokussierten sich unter anderem auf Studien, die die Wirkungsmacht von kontinuierlicher Geburtsbetreuung („continuous companionship during labour for improving labour outcomes“) in einkommensschwachen, -stärkeren und -starken Ländern erforschten<sup>15</sup>. Obgleich die Schulung der Geburtsbegleiter\*innen variierte, gewisse Personen Hebammen waren, andere Doula-Ausbildungen und Wissen um die Geburtsprozesse hatten, und andere lediglich (hauptsächlich weibliche\*) Familienmitglieder, ohne fachkundigem Wissen, waren, belegen die Ergebnisse, der internationalen, von einander unabhängigen Studien beinahe deckungsgleich, dass eine Doula, oder „support person“, durch die Teilhabe am Geburtsprozess im Krankenhauskontext stets von Vorteil ist und die Geburtssituation und folglich das Geburtserlebnis verbessert. (Vgl. WHO 2014, 32; Sosa et al. 1980; Kennell et al. 1991; Klaus & Kennell (1986, 1991, 1993, 2003); Ellen Hodnett (1989, 1995, 2001, 2002, 2003) und Enkin et al. 2000)). 27 bestehende Studien aus dem Cochrane Katalog zu „Pregnancy and Childbirth Group trials“ wurden zusammengetragen, um einen Vergleich zwischen kontinuierlicher Betreuung während der Geburt und einer gewöhnlichen Geburt zu ziehen (Recommendation No. 12). Folgende Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich einer durchgehenden Betreuung während der Geburt: es erfolgen ...

- ... kürzere Wehendauer (Vergleich: 12 Studien; 5366 Frauen\*. Die Durchschnittsdauer der Wehen um 35 Minuten verkürzt).
- ... eine geringere Zahl von Kaiserschnitten (Vergleich: 22 Studien; 15.175 Frauen\*. Eine 20 %ige Senkung an Kaiserschnitten).
- ... eine erhöhte Rate an vaginalen Geburten, die keine ärztliche Interventionen benötigen (Vergleich: 19 Studien; 14.118 Frauen\*. Mäßige Senkung des Gebrauchs an Instrumenten zur Unterstützung der vaginalen Geburt; demnach Steigerung der Gesamtzahl an vaginalen

---

<sup>15</sup> Dies bezog sich auf Länder wie die USA, Kanada, Belgien, Frankreich, Griechenland, Finnland, Schweden, Südafrika, Botswana, Nigeria, Australien, Brasilien, Thailand, Mexico, Guatemala, Chile und Iran.

Geburten ohne Interventionen).

- ... ein geringerer Gebrauch von Schmerzmittel (Vergleich: 9 Studien; 11.444 Frauen\*. 7 %ige Verringerung von Lokalanästhesien).
- ... da nur 2 der herangezogenen Studien Erhebungen bezüglich Wochenbettdepressionen durchgeführt haben, entnahm die WHO an dieser Stelle keine messbaren Resultate, obgleich anhand beider Studien ersichtlich ist, dass die Depressionsrate mit kontinuierlicher Geburtsbegleitung geringer ausfällt.
- ... (es gab keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich Gebrauch von künstlichem Oxytocin).  
(Vgl. WHO 2014, 32)

Aufgrund dieser Ergebnisse, hat die WHO folgende Richtlinie beziehungsweise *recommendations for augmentation of labour* ausgesprochen: „Continuous companionship during labour is recommended for improving labour outcomes“ (WHO 2014, 32).

Kontinuierliche Betreuung (beziehungsweise soziale Unterstützung, wie Sommer sie nennt) trage dazu bei „mehr intensive positive Erfahrungen“ zu haben und in weiterer Folge aufgrund von erhöhtem Wohlbefinden Situationen der Belastung besser verarbeiten beziehungsweise durchlaufen zu können, so Sommer (1989, 9). Dies wird einerseits durch emotionale Unterstützung erreicht, so Sommer und Fydrich, indem “positive Gefühle, Nähe, Vertrauen und Engagement” an den Tag gelegt werden, wodurch ein Gefühl von Akzeptanz und Aufmerksamkeit generiert wird (vgl. Sommer 1989, 6). Auch Verena Schmid, die als Hebamme und Professorin für Salutogenese an diversen Hebammenschulen tätig ist, beschreibt die Kontinuität der Betreuung (oder eben die soziale Unterstützung) während der Geburt als „Grundbedürfnis der Frau“ (vgl. Schmid 2015, 114). Sie formuliert diverse Elemente der Unterstützung, die sich (ausgehend von den Ergebnissen unzähliger Studien, die ebendiese Wirksamkeit der kontinuierlichen Betreuung erforschten und im folgenden Kapitel dargestellt werden) für kontinuierliche Betreuung als relevant abzeichnen: „emotionale Unterstützung“ durch empathisches Zuhören und stetige physische Präsenz, „praktische Unterstützung“ durch „Begleitung bei

Untersuchungen“ in der Klinik, sowie „informative Unterstützung“ durch Beratung und Aufklärung, „physische Unterstützung“ durch Massagen und Unterstützung bei Gebärpositionen und letztlich „verteidigende Unterstützung“, indem für die Wünsche der gebärenden Person gegenüber dem Betreuungspersonal oder dem\*der Arzt\*Ärztin kommuniziert werden. (Vgl. Schmid 2015, 299f)

Die Person welche ebenjene Begleitung durchführen kann, wäre demnach eine einfühlsame Person, die auf die Bedürfnisse und Gefühle der gebärenden Person empathisch reagieren kann, Wissen über den Geburtsprozess besitzt, welches der Mutter während der Geburt zur Verfügung gestellt wird, den\*die Partner\*in der gebärenden Person zu unterstützen und Techniken zur Verfügung hat, um die Wehenschmerzen zu verringern. (Vgl. Hodnett 2003, 2) Die WHO formuliert, dass diverse Personen kontinuierliche Betreuung leisten könn(t)en. Der\*die Partner\*in, eine\* Freundin\* oder weibliches\* Familienmitglied, „a female community member“, oder eine Doula. (Vgl. WHO 2018, 29) Dem allerdings entgegen, sowohl Pflegewissenschaftlerin Ellen Hodnett als auch Verena Schmid, dass die kontinuierliche Betreuung von gewissen Personen nicht ideal sei und nur von einer Person stattfinden soll, die dementsprechendes Expert\*innenwissen mitbringt und die gebärende Person während der Wehen und der Geburt selbst (und im Optimalfall auch vor und nach der Geburt) „kontinuierlich und einheitlich betreut“ wie das bei der Doula der Fall ist (vgl. Schmid 2015, 114; Hodnett 2003, 2). Eine immer größer werdende Zahl an Studien (siehe Forschungsstand) legt eine positive Wirkungskraft des Beiwohnens einer Doula am Geburtsprozess für Mutter\* und Kind dar. „In childbirth the strongest evidence of relationship-centered care comes from the doula research“, wie Davis-Floyd (2001, 12) konstatiert. Die Doula, deren Arbeit im folgenden Kapitel näher erläutert wird, kann somit als wirksame Instanz im Geburtsprozess festgehalten werden, da diese kontinuierliche Betreuung leistet.

## 5. Doula-Arbeit

„Die Geburt eines Kindes ist ein Ereignis, das sowohl durch den Körper als auch durch die Seele einer Frau geht. Um Hauptdarstellerin in der Erfahrung der Schwangerschaft und der Geburt zu sein, muss die Frau zuerst Protagonistin für sich selbst sein“ (Schmid 2015, 144).

Auf der Website von *DONA International* wird eine Doula folgendermaßen definiert:

„[...] a trained professional who provides continuous physical, emotional and informational support to a mother before, during and shortly after childbirth to help her achieve the healthiest, most satisfying experience possible“ (DONA 2017).

Die adäquate Darstellung des Berufsfeldes der Doula im vorliegenden Kapitel, stützt sich auf die *DONA International* Grundsätze. *DONA International*<sup>16</sup> ist nicht nur der größte Doula-Trainingsverein weltweit, sondern stellt ebenso das internationale und transkontinentale Leitbild für Doula-Ausbildungen dar. (Vgl. DONA 2017) *DONA International* bildet die weltweit größte Vereinigung für Doulas, welche Ausbildungen und Doula Zertifikation in 20 unterschiedlichen Ländern anbietet. Die Vision des Vereins ist es, dass jede Person, welche eine möchte, Zugang zu einer Doula hat. (Vgl. DONA 2017) Der Verein wurde aufgrund der Forschungsergebnisse einer von den Medizinerinnen Marshall Klaus und John Kennell et al. durchgeführten Studie, welche "Continuous Emotional Support during Labor in a U.S. Hospital" (1991) erforschte, ins Leben gerufen, welche belegte, dass das Beiwohnen einer Doula an der Geburt für die Mutter und folglich für den\*die Partner\*in, beziehungsweise die gesamte Familie, deutliche Verbesserung des Wohlergehens mit sich brachte (vgl. DONA 2017; Klaus 1991).

---

<sup>16</sup> DONA steht für Doulas of North America und wurde 1992 als weltweit erster Doula-Zertifizierungsverein gegründet. Mit der Entstehung von DONA wurde das Doula-Wesen erstmals professionalisiert. (Vgl. DONA 2017)

Das Arbeitsfeld der Doula umfasst sowohl Hausgeburten, bei welchen zuzüglich eine Hebamme präsent ist, als auch Klinikgeburten, wobei die Doula von der gebärenden Person in die Klinik mitgenommen wird und dort als klinik-externe Instanz tätig ist.

“Birth doulas support women and families who are planning all kind of birth, from planned caesarean birth to early epidural to home water birth” (Doula UK 2019).

Doulas sind tendenziell freiberuflich und entweder alleine oder in einem Kollektiv mehrerer Doulas tätig. Sie werden nicht, beziehungsweise selten, von Krankenkassen subventioniert (private Krankenkassen übernehmen Teilbeträge). DONA unterscheidet zudem zwischen „birth doula“ und „postpartum doula“. Da sich diese Arbeit mit Geburtsunterstützung im Klinik-Kontext auseinandersetzt, ist im Verlauf dieser Masterarbeit, wenn von „Doula“ gesprochen wird, stets von „birth doula“ die Rede. Es soll allerdings betont werden, dass sich die Unterstützung, die eine Doula anbietet, meist über einen längeren Zeitraum erstreckt. In Form von Vor- und Nachbereitung wird eine spezifische / bedeutsame Vertrauensbasis aufgebaut, die den Geburtsprozess mitbestimmt. (Vgl. DONA 2019 b)

### *5.1 Aufgabenbereiche der Doula*

Zum Aufgabenbereich der Doula zählt die physische und emotionale Unterstützung vor, während und/oder nach der Geburt, sowie das Erklären von Maßnahmen, die während der Geburt eventuell durchgeführt werden (müssen). Sie ist ein Wissens- und Informationspool für die werdende Mutter, sodass diese im Geburtsprozess informierte(re) Entscheidungen treffen kann. Sie klärt die schwangere, beziehungsweise gebärende Person über klinik-spezifisches Vokabular auf, mit dem diese während der Geburt beziehungsweise der Schwangerschaft in Kontakt kommen könnte. Die Bedürfnisse wechseln von gebärender Person zu gebärender Person und die Aufgabe der Doula ist es,

ebenjene Bedürfnisse zu (er)kennen und sensibel zu erfüllen / erfühlen. (Vgl. DONA 2017) Schmonsky beschreibt in ihrer qualitativen Forschung zu “Holding the space: the reemerging role of the Doula”, dass die Doula über einen breiten „Werkzeugkasten“ (“Bag of tricks”) verfügt, an physischen wie emotionalen Techniken und Methoden, die sie im Geburtsprozess anwendet, um die gebärende Person zu unterstützen (vgl. Schmonsky 2016, 18). Sie verfügt über ein breites Verständnis der hormonellen, körperlichen und emotionalen Prozesse, welche während der Geburt prävalent werden, und hat Wissen um Techniken der Schmerzlinderung. Arzt und Geburtshelfer Michel Odent ist eine führende Stimme hinsichtlich „sanfter“ und „natürlicher“ Geburt. Er interpretiert die Rolle der Doula auch als Beschützerin\*, die die gebärende Person so schützt „wie eine Mutter es tun würde“ (Odent 2005, 143). Die Doula stelle laut Odent eine „Mutterfigur“ für die gebärende Person dar (vgl. Odent 2005, 151). Auch Schmonkys empirische Forschung stellte fest, dass die gebärenden Personen die Doula als eine Art “Mutter” oder “Schwester” anerkennen (vgl. Schmonsky 2016, 13). Die Doula steht für die Wünsche der Mütter im Klinik-Kontext ein. Sie unterstützt die gebärende Person im Falle der Notwendigkeit einer Veränderung des Geburtsplans. Sie hilft dabei sich mit einem neuen Plan vertraut zu machen, sollte sich dieser ändern und ermutigt die gebärende Person falls notwendig, Hilfe und Rat von Ärzt\*innen / Hebammen / Krankenpfleger\*innen einzuholen. Dennoch ist festzuhalten: Die Doula ersetzt keine Hebamme und auch keine ärztliche Begleitung (auf die Differenzierung Doula / Hebamme wird im Kapitel 5.4 Bezug genommen). Die Doula bestärkt die gebärende Person Fragen an ihren Arzt\* / ihre Ärztin\* zu stellen und tritt für deren Wünsche ein (*advocacy*). Sie spricht allerdings niemals *anstatt* der Klient\*innen und trifft keine Entscheidungen *für* die gebärenden Personen. (Vgl. DONA 2017)

„The doula and mother share one common voice in labor, the voice of the mother, which represents a high level of personal intimacy“ (Hunter 2012, 322).

Doulas führen allerdings keine (!) medizinischen Untersuchungen oder Interventionen durch, wie vaginale Untersuchungen,

Herzfrequenzüberwachungen, Blutdruck- oder Temperaturmessungen. Außerdem geben sie *keine* medizinischen Ratschläge und führen *keine* Diagnostik durch. Die Doula ist nicht nur unterstützende Kraft für die Mutter, sondern ebenso für Partner\*innen und / oder der Geburt beiwohnende Familienmitglieder. Sie unterstützt, erklärt und bereitet die Möglichkeit der (für die Partner\*innen / Familienmitglieder jeweils entsprechende) Teilnahme am Geburtsprozess vor. (Vgl. DONA 2017) Basile (2012) beschreibt, dass es durch das Beiwohnen der Doula für die gebärende Person möglich wird nicht zwischen einer "natürlichen" Hausgeburt, und einer medikalisierten Geburt im Klinik-Kontext entscheiden zu müssen.

"Instead, women can give birth in hospitals, where they can take comfort in the accessibility of intervention, but only if necessary. In this way, more women can come closer to achieving *their* ideal birth" (Basile 2012, 92).

Die Hauptverantwortung hat die Doula gegenüber der gebärenden Personen, welche sie begleitet. Die Doula soll diese stets zum höchsten Maß an Selbstbestimmung ermutigen / empowern, sich der Verantwortung, die sie einer Klient\*in gegenüber eingeht bewusst sein, und diese verlässlich einhalten. (Vgl. DONA 2017)

Im Kapitel 4.3 wurde die Wirksamkeit von Mündigkeit und aktiver Teilhabe abgehandelt und vom tendentiell fehlenden Vertrauen in den körpereigenen Geburtsprozess durch die Auswirkungen der Medikalisierung, gesprochen. Dieses Vertrauen wieder herzustellen und das Nutzen der inneren Ressourcen der gebärenden Person, sowie das Bestärken deren inhärenten Fähigkeit zu gebären, fördert das Gefühl von Autonomie, Sicherheit und Ermächtigung der gebärenden Personen. Genau das beschreibt den Aufgabenbereich der Doula, welche durch die intensive kontinuierliche Betreuung mit ebenjenen Anteilen der gebärenden Person arbeitet und in Abstimmung mit deren emotionalen und physischen Bedürfnissen auf die Stärken und intuitiven Qualitäten eingehen kann. (Vgl. Wilks 2015, 26; Davis-Floyd 2001, 18)

### 5.2.1 Intersektionalität im Doula-Wesen

Die Pflegewissenschaftlerinnen\* Megan-Jane Johnstone und Loga Kanitsaki schreiben in ihrem Artikel “The spectrum of ‘new racism’ and discrimination in hospital contexts: A reappraisal” (2009) über das Problem rassistischer Vorurteile (racial bias) im Gesundheitswesen und beschreiben das Problem der “health care illusion of non-racism”. Da der humanitäre Ethos der medizinischen Profession explizit ausformuliert ist, verglichen mit anderen Institutionen wie Schulen, Gefängnissen etc., scheint sich das Bild der Klinik verfestigt zu haben, in welcher Rassismen scheinbar nicht präsent sind. (Vgl. Johnstone 2009, 64) Johnstone und Kantisaki widerlegen diese Illusion und verdeutlichen “disparities in the health and quality care of people from minority cultural and language backgrounds” (Johnstone 2009, 64). Aus der Recherche hinsichtlich Doula-Arbeit lässt sich tendenziell entnehmen, dass sowohl individuelle Doulas, als auch unzählige Doula-Programme<sup>17</sup> intersektionale<sup>18</sup> Zugänge an den Tag legen und nicht-weiße Personen, Personen aus ärmeren Verhältnissen, queere Personen, Personen welche die Sprache des Landes in welchem sie gebären nicht sprechen, und andere Personen welche Marginalisierung erleben, spezifisch und ihren Bedürfnissen entsprechend zu unterstützen und anzuerkennen, bei denen im Klinik-Kontext Hürden auftreten könnten. Da die Geburtssituation in der Klinik für die gebärenden Personen ein Abhängigkeitsverhältnis in sich trägt, besteht das Potential, gerade in einem Moment, der für viele Personen besondere Sensibilität erfordert, mit institutionalisierten Unterdrückungsmechanismen in Berührung zu kommen. Schmonsky führt Beispiele aus Interviews mit Doulas an, welche sie für ihre Forschung geführt hat, die den problematischen Umgang seitens des Klinikpersonals mit jugendlichen Müttern, nicht-weißen Müttern,

---

<sup>17</sup> Kollektive wie “The Doula Project” in New York, “Abuela Doulas”, “Doulas in Deutschland e. V.”, “Doula UK”, und viele mehr bieten ihre Dienste für ökonomisch schwächere Personen kostenfrei an.

<sup>18</sup> Intersektionalität beschreibt das Zusammenwirken diverser Formen von Diskriminierung. „In der Wissenschaft bezeichnet diese Perspektive den Anspruch, gesellschaftliche, institutionelle und subjektbezogene Dimensionen bei der Untersuchung von sozialen Ungleichheiten und Diskriminierungsformen zu verbinden“ (Universität Bielefeld 2011).

gleichgeschlechtlichen Müttern und Müttern aus ökonomisch prekären Verhältnissen, beschreiben.

“Most striking was the difference in treatment in the hospitals and by nurses for my clients who were women of color, low income or teenagers - many fitting into all of these categories. I have seen RNs say things to them that are so hurtful and discouraging and would never be said to a private client who was white well-educated and over 25” (Jane Halliday, Doula; zit. n. Schmonksy 2016, 130).

Schmonsky beschreibt in ihrer Arbeit, wie Doulas immer wieder Zeug\*innen von Machtausübungen im Klinik-Kontext werden. In den Mikropraktiken von Machtstrukturen werden jene Mechanismen erst greifbar und die Doula sei in ihrer Arbeit stets in Berührung mit deren Auswirkungen auf den gebärenden Körper, so Schmonsky (2016, 129). Sie beschreibt, dass die Aufgabe der Doula in ebenjenen Situationen so weit gehe, dass sie nicht einzig für die individuelle Geburtserfahrung zuständig sei, sondern sich außerdem für die menschliche Behandlung marginalisierter Gesellschaftsgruppen einsetze / einsetzen müsse<sup>19</sup>, weshalb sie konstatiert, dass ein intersektionales Verständnis der Bedürfnisse von gebärenden Personen immer prävalenter in der Doula-Profession werde. Entscheidungsfreiheit und aktive Teilhabe an der Geburt sei ein Teil reproduktiver Rechte, und sei eine Menschenrechtsfrage. (Vgl. Schmonsky 2016, 161) Schmonsky zeigt, dass trotz der diversen Philosophien und Standpunkte, welche die interviewten Doulas aufzeigen, dennoch Gemeinsamkeiten hinsichtlich Intersektionalität präsent sind:

“[...] what they have in common is a commitment to serving the underserved, and to recognizing an intersectional approach to reproductive health care” (Schmonsky 2016, 187).

---

<sup>19</sup> Diverse Doulas aus Schmonskys Studie beschreiben in ihrem Training kaum auf ebenjene Auseinandersetzungen vorbereitet worden zu sein, und das Training oftmals spezifisch auf weiße Mütter der Mittelklasse fokussiert war. Viele Doulas beschreiben, dass das Lernen des Umgangs mit ebenjenen Situationen der Marginalisierung von gebärenden Personen im Eigenstudium geschehen musste. (Vgl. Schmonsky 2016, 130f.)

### 5.2.1.1 Statistiken zu Geburtsergebnissen marginalisierter Gruppen

Dass innerhalb der Klinik-Strukturen offenbar Unterdrückungsmechanismen stattfinden können und diese Auswirkungen auf die gebärende Person, beziehungsweise auf den gebärenden Körper haben, lässt sich exemplarisch an einer Studie der National Vital Statistics Reports ablesen, die 2010 Sterblichkeitsraten von Neugeborenen zwischen Europa und den Vereinigten Staaten verglich. Die Studie zeigt, dass die generelle Sterberate in den Vereinigten Staaten bei 6,1 pro 1.000 Neugeborenen liegt, während Finnland, Portugal oder Schweden eine Rate von weniger als 2,8 Neugeborenen aufweisen<sup>20</sup>. (Vgl. MacDorman 2014) Die CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verlautbart, dass diese Rate in den Vereinigten Staaten rassenspezifisch sei und vergleichsweise die Sterberate von Neugeborenen weißer Personen bei 4,95 pro 1.000 Geburten läge, 4,99 pro 1.000 Geburten für Neugeborene hispanischer Personen und der Durchschnitt für Neugeborene schwarzer Personen bei 11,10 toten Babys pro 1.000 Geburten läge (vgl. Mathews 2018). Es könnte sich an dieser Stelle die Annahme ableiten lassen, dass die hohe Sterblichkeitsrate in Korrelation mit der jeweiligen Zugangsmöglichkeit zu Gesundheitsversorgung zusammenhängt, und somit eine Frage der Verortung in einer spezifischen gesellschaftlichen Klasse sei. Es zeigt sich allerdings, dass schwarze Personen aus der Mittelklasse mit Universitätsabschluss und Zugang zu Gesundheitsversorgung in den Vereinigten Staaten mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit ihr Neugeborenes verlieren, als weiße Personen mit selbigen Voraussetzungen. (Vgl. Reeves 2016) Dass Doula-Beistand spezifisch für Personen aus marginalisierten Gruppen eine starke Wirkungsmacht<sup>21</sup> und eine Senkung von

---

<sup>20</sup> Sowohl die CDC als auch die National Vital Statistics Reports grenzen die Sterblichkeitsrate von Neugeborenen auf das erste Lebensjahr ein.

<sup>21</sup> Obgleich sich Schmonskys Recherche auf die Vereinigten Staaten beschränkt, so sind ihre Ergebnisse und Thematiken auch in anderen industrialisierten Staaten ebenso prävalent zu interpretieren. Denn obgleich in den Vereinigten Staaten im Vergleich zu Europa eine größere Zahl an Sterberaten von spezifisch afro-amerikanischen Neugeborenen auszumachen ist, so kommen Mechanismen wie racial bias und Marginalisierung ebenso in Institutionen in anderen industrialisierten Staaten

Komplikationen aufweist, lässt sich beispielsweise an den zusammengetragenen Zahlen des “Healthy Beginnings Doula Programmes” in Greensboro und North Carolina ablesen, welches sich spezifisch auf afroamerikanische und hispanische gebärende Personen, obdachlose Personen, Personen, welche Opfer von Gewalt waren / sind und Personen, die in Armut oder problematischen Wohnbedingungen leben, fokussiert (vgl. Gruber 2013). Das Programm fokussierte sich auf “psychosocial, perinatal support, and wellness programming” (Gruber 2013, 51). Zwischen 2008 und 2012 nahmen 225 schwangere Personen an ihm teil. 129 gebaren ohne, 97 Personen mit der Unterstützung einer Doula (vgl. Gruber 2013, 52). Die Ergebnisse waren vor allem hinsichtlich Stillproblemen und zu niedrigem Geburtsgewicht ausschlaggebend. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Mütter der Doula-begleiteten Gruppe ein Kind mit niedrigem Geburtsgewicht gebären, war 4 mal geringer (2,1 %), als bei jener Gruppe, welche ohne Doula-Assistenz den Gebärprozess durchlief (8,6 %). Desweiteren wies die Gruppe mit Doula-Begleitung eine 79,4 %ige “breastfeeding initiation rate” auf, während die Rate bei Müttern ohne Doula-Begleitung 67,2 % war. (Vgl. Gruber 2013, 54) Es lässt sich festhalten, dass es für die gebärenden nicht-weißen Personen, und die Personen, welche einen herausfordernden Hintergrund in Hinblick auf gesellschaftliche Stellung und wirtschaftliche Situation aufweisen, von großem Vorteil ist, eine Doula an ihrer Seite zu haben, als ebenjene Personen auf struktureller Ebene im Klinik-Kontext mit Marginalisierung und / oder mit Rassismen konfrontiert sind / sein können, und die Auswirkungen derer auf die gebärende Person scheinbar durch Doula-Beistand reduziert werden können. Im folgenden Kapitel wird genauer auf den Macht-Aspekt im Klinik-Kontext, beziehungsweise im Doula-Kontext eingegangen.

Es kann somit hinsichtlich des im eingehend dargestellten Forschungsstand zu Doula-Begleitung und den Ergebnissen der kontinuierlichen Betreuung, welche

---

zu tragen und beeinflussen schließlich Geburtserlebnisse. Forschung zu institutioneller Unterdrückung aufgrund rassistischer Motive oder ökonomischen Status sind schlichtweg (noch) kein erforschtes Gebiet, innerhalb der meisten europäischen Staaten. Wobei an dieser Stelle beispielsweise der Umgang von gebärenden Personen mit Flucht-Hintergrund im europäischen Raum ein wichtiges Forschungsgebiet wäre.

im Kapitel 4.4 dargestellt wurden, festgehalten werden, dass Doula-Unterstützung die Wochenbettzeit verbessert, weniger Interventionen während der Geburt benötigt werden und ihre Wirkung in einer offenbar sensiblen Zeit mit vielen Vorteilen verbunden ist. Geht man von den dargestellten Forschungsergebnissen zu kontinuierlicher Betreuung, sowie Doula-Arbeit und Anspruch der evidenzbasierten Medizin<sup>22</sup> aus, welche den “gewissenhafte[n], ausdrückliche[n] und vernünftige[n] Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten” (Battegay 2008) vorsieht, so müsste die Biomedizin die kontinuierliche Betreuung in Form der Doula-Arbeit bereits als weiteren (wichtigen) Bestandteil der Versorgung von gebärenden Personen anerkannt beziehungsweise in gewisser Form integriert haben. Dass dies nicht der Fall ist, und ob die Einbindung der Doulaprofession in die Klinikstruktur sinnvoll wäre, wird im folgenden Kapitel erörtert.

### 5.3 Die Doula als klinikinterne Instanz?

Verena Schmid beschreibt die Problematik der bürokratischen,

---

<sup>22</sup> Evidenzbasierte Medizin wird immer mehr gelehrt und basiert einerseits auf randomisiert kontrollierten Studien, was zum Vorteil hat, dass Kliniker\*innen und Patient\*innen nicht bewusst entscheiden können, wer Teil der Forschung wird (vgl. Basile 2012, 81). Der zweite Strang der evidenzbasierten Versorgung, welcher Beweismaterial bereitstellt, stellt die *Cochrane Collaboration* dar, welche 1993 von Archie Cochrane gegründet wurde. 11.000 Wissenschaftler\*innen aus über 130 unterschiedlichen Nationen erarbeiten systematische Analysen diverser Thematiken im Gesundheitswesen. (Vgl. Cochrane Collaboration 2019) Unter anderem hat sich eine spezifische Forschungsgruppe hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt entwickelt - *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* (CPCG). Obgleich evidenzbasierte Medizin den *vereinbarten* Standard für die medizinische Versorgung darstellt, wird in den folgenden Kapiteln deutlich werden, dass gewisse Praktiken oftmals einen *routinierten* Standard innerhalb der medizinischen Praxis definieren, welcher nicht mit den empirischen Studien der evidenzbasierten Medizin übereinstimmt, an welcher sich die klinische Versorgung von gebärenden Personen an und für sich orientieren sollte. Es lässt sich anmerken, dass Wissen, welches durch Erfahrung generiert wurde, selten in den Raum des theoretischen Wissens eintritt, trotzdem dieses die Theorie erweitern, wenn nicht gar verbessern könnte. (Vgl. Kabear 1994, 82)

klinikspezifischen Gegebenheiten, die eine 1:1 Betreuung von Seiten der Hebammen im Klinik-Kontext erschweren.

„Wenn Hebammen sich pro Schicht um mehr als eine Frau gleichzeitig kümmern müssen, nebenbei bürokratische Arbeiten erledigen und die Anweisungen der Ärzte ausführen müssen, ist es ihnen unmöglich, eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten“ (Schmid 2015, 301; zit. n. Bradley 1983).

Aufgrund dessen befürwortet sie eine „Unterstützung durch eine Person von außen“ (also einer klinik-externen Person), da sich diese „häufig als wirksamer“ erweist, so Schmid (2015, 301). Auch die Cochrane Database of Systematic Reviews führten eine Analyse aus 26 Studien durch, welche insgesamt 15.858 gebärende Personen beinhalteten. Das Institut konkludiert aus den Studien, dass kontinuierliche Betreuung am effektivsten ist, wenn die Betreuungsperson keine Anstellung in der Institution aufweist. Cochrane schreibt dieses Ergebnis den Einflüssen der Institution auf das Betreuungspersonal zu, da die Loyalität von Mitarbeiter\*innen geteilt ist, zusätzliche Aufgaben anfallen und Einschränkungen aufgrund von Vorschriften und klinik-spezifischen Routinen stattfinden. (Vgl. Hodnett 2003, 20) Die WHO definiert eine Doula an dieser Stelle als „a woman who has been trained in labour support but is not part of the health care facility’s professional staff“ (WHO 2018, 29). Allerdings definiert die WHO (2016) diverse Hürden, die sich für Doulas (bzw. „companion[s] of choice during labour and childbirth“ also ebenjene Klinik externe Betreuungsperson) darstellen. Sie konstatiert, dass diverse Länder und politische Entscheidungsträger\*innen trotz Beweislage oft widerwillig sind, klinik-externe Geburtsbegleitung zuzulassen, oder im Gesundheitssystem umzusetzen. Argumentationen gegen eine Implementierung basieren zumeist auf Themenkreisen wie kulturelle Überzeugungen, Privatsphäre oder Ressourcenmanagement. (Vgl. WHO 2014, 32) Es bestehe seitens des Krankenhauspersonals zumeist eine negative Einstellung gegenüber Doula-Begleitung und es mangle außerdem an Wissen hinsichtlich deren Vorzüge (vgl. WHO 2016, 37). Hunter spricht die Möglichkeit an, dass Doulas in Klinik-Kontexten als para-professionelle Instanzen der Pfleger\*in (wobei hier die

Verortung der Studie in den USA deshalb essenziell ist, als das Hebammenwesen in den USA kaum vorhanden ist), die sich als die oberste Instanz der fürsorgenden Pflegeperson versteht, ein Gefühl des Vertrieben-Werdens auslösen können. Das Beiwohnen der Doula könne auch einen impliziten Effekt der Unterstellung mit sich bringen, dass die Doula einen Dienst leiste, den die Klinik, beziehungsweise der Pfleger\*in (/ Hebamme) nicht leistet. Dies markiert auch einen kritischen Aspekt, der darauf hinweist, dass die Doula (seitens des Klinikpersonals) (auch) als Provokation verstanden werden kann. Hunters Forschung konkludiert allerdings, dass die spezifische Doula-Arbeit tatsächlich *nicht* durch andere (krankenhausinterne) Instanzen erfüllt werden könne, da (wie in diesem Kapitel bereits dargelegt) die Intimität, die zwischen Doula und Mutter aufgebaut wurde, nicht einfach (und rasch) aufzubauen/herzustellen beziehungsweise zu ersetzen sei. Die Forschungsergebnisse Hunters legen ein von Person zu Person variierendes Verständnis von Intimität dar, so konstatiert sie auch, dass es schwierig sei, Intimität im institutionellen Kontext zu replizieren. (Vgl. Hunter 2012, 324)

„To create a generalizable picture of doula care to adopt in institutional settings would most likely defeat the intimacy that women value in their relationships with doulas“ (Hunter 2012, 324).

Wie lässt sich nun allerdings die Unterscheidung treffen zwischen Hebammen- und Doula-Arbeit, als die Philosophie der Hebammen-Profession Elemente der Doula-Begleitung tendenziell ebenso inkludiert. Das folgende Kapitel wird sich eben dieser Frage widmen.

#### *5.4 Die Doula und die Hebamme im Klinik-Kontext - ein Differenzierungsversuch*

Unterschiede zwischen den Aufgabenbereichen von Doula und Hebamme zeichnen sich im Ansatz aus der Beschreibung des Aufgabenbereichs der Doula im Kapitel 4 ab. (Die Doula ist sehr früh am Geburtsprozess beteiligt,

deckt die emotionale Betreuung ab). Die Hebamme übernimmt im Gegensatz zur Doula medizinische Aufgaben und kümmert sich um die (vaginalen) Untersuchungen, überprüft Herzfrequenzen, und ist (im Idealfall, bzw. ihrer Ethik nach) ebenso eine emotionale Stütze für die Mutter, wie es beispielsweise die Hebamme Verena Schmid, ausgehend von einem für Hebammen spezifischen salutogenetischen Betreuungsmodell<sup>23</sup>, formuliert. Sie erkennt an, dass sich die Doula und die Hebamme in ihren Aufgabenbereichen durchaus überschneiden. Schmid beschreibt, dass die Hebamme, genauso wie die Doula, nach dem salutogenetischen Betreuungsmodell die gebärende Person als zentralen Mittelpunkt der Geburt, sowie die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Betreuung sieht (die kontinuierliche Betreuung und ihre Effekte haben im Kapitel 4.4 dieser Arbeit Erläuterung gefunden). (Vgl. Schmid 2015, 195) Aufgrund der Tatsache, dass das salutogenetische Betreuungsmodell der Hebammen jenem der Doula-Arbeit sehr nahe ist, wird dieses Modell in dieser Arbeit herangezogen, um einerseits aufzuzeigen, dass im Klinik-Kontext Modelle existieren, die die gebärende Person als ganzheitlich verstehen, und andererseits, um zu verdeutlichen, dass aber ebenjene ganzheitlich orientierten Betreuungsformen in Klinik-Kontexten immer wieder auch auf institutionellen Widerstand stoßen:

„Die Hebammen, die versuchen, ein ihnen entsprechendes (und von wissenschaftlicher Forschung untermauertes) Betreuungsmodell in die Praxis umzusetzen, dieses zu leben und voranzutreiben, brauchen extrem viel Energie, um kleine Räume zu schaffen - die dann auch noch häufig nach kurzer Zeit wieder geschlossen werden“ (Schmid 2015, 195).

Dieses Erleben untermauert die Anthropologin Robbie Davis-Floyd, wenn sie von „hegemonialen“ Disziplinen schreibt, die letztlich auch das Gesundheitssystem miteinschließt. Im Gesundheitssystem sei das

---

<sup>23</sup> Das salutogenetische Betreuungsmodell wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky formuliert und bildet vermutlich das inklusivste Betreuungsmodell in der Klinikversorgung. Es hat weniger die „Krankheit“ und die Prävention von Krankheit im Fokus, als vielmehr die Förderung von Gesundheit und das Erkennen von Ressourcen im Zentrum stehen. Spezifisch auf die Geburtsbegleitung lässt sich festhalten, dass das salutogenetische Betreuungsmodell ebenso die Mutter und das Kind im Zentrum des Behandlungsinteresses hat.

technokratische Gesundheitsmodell federführend und demnach fallen andere, differierende Praktiken aus diesem System heraus und werden als „Alternativen“ zu dem vorherrschenden Modell gesehen. (Vgl. Davis-Floyd 2001, 10) Sowohl Schmid als auch Isfort beschreiben, dass die Durchführung der kontinuierlichen Betreuung (siehe Kapitel 4.4) in einem Klinik-Kontext seitens der Hebamme schwierig zu bewerkstelligen ist, aufgrund von organisatorischen und klinik-spezifischen Gegebenheiten und Aufgabenbereichen (vgl. Schmid 2015, 147; Isfort 2007; Miltner 2002, 753). Durch klinik-spezifische Arbeitsverdichtung und Überlastung kommt es zu einem Mangel an Versorgungskapazität, der sich letztlich auf Patient\*innen beziehungsweise gebärende Personen auswirkt (vgl. Isfort 2007). Auch Goodman (2007, 611) meint, dass das Beiwohnen der Hebammen an der Geburt im Klinik-Kontext nicht durchgehend gegeben ist und sich demnach nicht in die kontinuierliche Betreuung einordnen lässt. Schmid sieht in der kontinuierlichen Betreuung im Klinik-Kontext „eine Organisationsform, durch die die aktuelle Fragmentierung der Betreuung überwunden werden kann“ (Schmid 2015, 114). Isfort bezieht sich hier auf deutsche Krankenhäuser, während Schmid ein generelles Statement über industrialisierte Krankenhausstrukturen bzw. Arbeitsbedingungen der Hebamme abgibt, und Schmonsky, deren empirische Forschung auf die Anerkennung der Doula als Mutter- oder Schwesterersatz und die “holding the space“-Praxis (siehe Kapitel 5.5) eingeht, bezieht sich vor allem auf die amerikanische Versorgung wenn sie schreibt

“[m]any women assume that nurses will take on this role of comforting and caring for women, though often because of the rounds they have to make or tests they have to run, nurses simply do not have the time to give good quality intimate care” (Schmonsky 2016, 93).

Ein weiteres Beispiel bildet eine Untersuchung, welche in Schweden durchgeführt wurde, die sich auf die Kooperation zwischen Doulas und Hebammen fokussierte. 11 Personen zwischen 25 und 35 Jahren, welche zum ersten oder bereits mehrfachen Mal gebären, wurden sowohl von Doulas als auch Hebammen begleitet. (Vgl. Berg 2006, 332) Das Beiwohnen der Doula wurde von allen gebärenden Personen als wichtiger Beistand erlebt und als “an

experienced adviser, a fixer, a mediator, an affirmative person, a guarantor and an accessible presence” (Berg 2006, 333) beschrieben. Es wurde in der Diskussion, die bis dato die einzige Quelle hinsichtlich Doula und Hebammen Kooperation im europäischen Raum darstellt, deutlich, dass Hebammen im Gesundheitswesen mit Frustrationen zu kämpfen haben, da sie die Bedürfnisse der Gebärenden nicht in dem Ausmaß befriedigen und erfüllen können, wie es notwendig wäre, beziehungsweise für die Hebammen als ausreichende Betreuung angesehen werden könnte (vgl. Berg 2006, 336). Dies betrifft mitunter auch den Umstand, dass Hebammen welche im Klinik-Kontext arbeiten, die gebärende Person vor der tatsächlichen Geburt tendenziell nicht kennenlernen (vgl. Berg 2006, 336f.). Aufgrund stetiger Schichtwechsel sind Hebammen im Klinik-Kontext oft mit unzureichender Betreuungs(möglichkeit) konfrontiert, die zur Folge hat, dass sie die Geburt oft nicht durchgehend betreuen können. Die Doula hingegen ist für die gesamte Dauer der Wehen- und Geburtsphase anwesend und lernt die schwangere Person bereits in der pränatalen Phase kennen. (Vgl. Berg 2006, 336f.) Obgleich keine verallgemeinernde Aussage über die spezifischen Bedingungen in industrialisierten Kliniken des globalen Nordens getroffen werden kann, so ist es doch möglich eine Tendenz auszumachen, die verdeutlicht, dass eine kontinuierliche Betreuung einzig durch Klinikpersonal, beziehungsweise durch die Hebamme nicht gedeckt wird / werden kann, obgleich dies als optimale Bedingung für positive Geburtsergebnisse für Mutter und Kind ausgewiesen wird. Dass sich das Doula-Wesen auch in Ländern entwickelt hat, welche stabile Hebammenversorgung aufweisen, verlangt, so Michel Odent “unsere Aufmerksamkeit” (Odent 2005, 151). Er geht davon aus, dass “authentischer Hebammenbeistand” neu erarbeitet werden müsse (vgl. Odent 2005, 116). “Während der unvermeidlichen Übergangsphase müssen wir dem Phänomen Doula verstärkt Beachtung schenken”, so Odent. Odent beschreibt das Doula-Wesen als Potenzial “zur Wiederentdeckung der echten Hebammenkunst” (Odent 2005, 151). Es wurde also deutlich, dass die Doula im Klinik-Kontext gesteigerte emotionale und zeitliche Ressourcen zur Verfügung hat, um kontinuierliche Geburtsbegleitung zu leisten. Aus dieser Tatsache heraus kann die im nächsten Kapitel dargestellte “Holding the space”-Praxis erklärt werden.

## 5.5 „Holding the space“-Praxis

Cheryl Hunter behandelt in ihrer Forschung „Intimate space within institutionalized birth: women’s experiences birthing with doulas“ (2012), welche Verbindung zwischen Mutter und Doula besteht und aufgebaut wird. Sie erläutert in diesem Zusammenhang die Praxis des „holding the space“. Sie fand im Rahmen ihrer Untersuchung, innerhalb welcher sie neun Doulas und neun Mütter\* interviewte, welche von weißer Hautfarbe, hauptsächlich einen höheren Bildungsgrad hatten und fast alle verheiratet waren, heraus, dass Doulas es als ihre Aufgabe sehen einen Raum zu kreieren, in dem Intimität und Vertrauen generiert werden können. Ein Raum, der idealerweise während des gesamten Geburtsprozesses aufrecht erhalten werden kann. (Vgl. Hunter 2012, 317)

„Doulas in this study defined the ‚birthing space‘ as something they ‚hold‘ so that the birth experience ‚unfolded within the space‘. This ‚space‘ was physical in some aspects, in that it began in one location, home, and continued into another, the hospital. However, the ‚space‘ also embodied the emotional interactions that occurred between doula and client, hence an ethereal space“ (Hunter 2012, 319).

Die Studie deutete darauf hin, dass, um diesen Raum generieren zu können, der Beziehungsaufbau zwischen Doula und Mutter essenziell sei. Hunters Forschung suggerierte vier Komponenten, durch welche ebendieser „space“, generiert, aufrechterhalten und verteidigt werde. (Vgl. Hunter 2012, 319)

„The themes presented offer a description of the term ‚holding the space‘ as it manifests in particular behaviors that doulas enact during their work in childbirth“ (Hunter 2012, 319).

Diese Komponenten umfassen: 1. *praktische Methoden* wie, Berührung, Atmung, etc. 2. die *Beziehung*, die die Doula mit der Mutter\* aufbaut, 3. *physische Unterstützung* und 4. *emotionale Unterstützung*. Ebenjene Komponenten formuliert Hunter in ihrer Forschung als notwendige Aspekte für die „holding the space“-Praxis. (Vgl. Hunter 2012, 319f.) Hunters Untersuchung

beschreibt, dass der Effekt der Doula eine Betreuung liefert, die durch keine andere Instanz im Geburtsprozess geboten oder abgedeckt werde (vgl. Hunter 2012, 323). Hunter konstatiert, dass die Intensität der Intimität, die zwischen Doula und gebärender Person, welche bereits in der Schwangerschaft aufgebaut wird, durch die Geburtsbegleitung, die traditionell in einem institutionellen Kontext gegeben ist, nicht substituiert werden könne (vgl. Hunter 2012, 324). Wenn sich das Verhältnis zwischen den beiden rein professionell gestaltet und kein intimer Beziehungsaufbau stattfindet, sei es der gebärenden Person weniger möglich loszulassen und sich auf den Geburtsprozess einzulassen, so Hunter (vgl. 2012, 324). Wenn der Fall eintritt, dass sich die gebärende Person mit ihrer Doula nicht wohl fühlt, sei es folglich „not any different than having another nurse or medical staff in the room“, beschreibt eine der von Hunter interviewten Doulas. Sie beschreibt „a difference between ‚surrendering herself to her process‘ as opposed to surrendering herself to a process that she does not own, one that is ‚managed‘ by another“ (Hunter 2012, 322). In Anbetracht der im Kapitel 2 dargestellten Strukturen, welche Klinik-Kontexte und die Medizin an sich prägen, kann die „holding the Space“-Praxis als für Ermächtigungsprozesse essentiell interpretiert werden, da innerhalb dieses sicheren Raumes die Voraussetzungen für Empowerment generiert werden (können).

Es soll nun folglich in der Zusammenfassung der Ergebnisse erörtert werden, ob und wie die Doula als klinik-externe Person zu Ermächtigungsprozessen beitragen kann.

## 6. Diskussion der Ergebnisse

Hinsichtlich des dargestellten Medikalisierungsprozesses und den damit einhergehenden Phänomenen (siehe Kapitel 2), lässt sich ausgehend vom Ansatz der Entfremdung die Annahme ableiten, dass die Medikalisierung von Geburtsbegleitung das Potential zu entfremdungsfördernden Bedingungen mit sich brachte, wobei Hierarchien, normative Abläufe, Zeitnot etc. als Gründe für Entfremdungsphänomene gelten (vgl. Bosse 1999, 88). Ebendiese Merkmale sind in diversen Bereichen der Geburtsbegleitung in der Klinik erkennbar und werden beispielsweise durch die zeitliche Taktung der Klinik, in Form der Schichtarbeit der Hebammenbetreuung sichtbar (Zeitnot) (vgl. McCourt 2011; Kapitel 3.4). Auch durch die Autorität der Ärzt\*innenschaft und deren Wissen, welches über das körpereigene individuelle Wissen gestellt wird (Hierarchien) (vgl. Baker 1998) und am steigenden Gebrauch technischer Instrumentarien und Interventionen im Geburtsprozess werden (durch die Festschreibung von Interventionen als normative Abläufe) Entfremdungsprozesse sichtbar (Kapitel 3.4.2) (vgl. Tew 1990). Es kann in Rekurrenz auf Kreisky und Löffler (2009), Bührmann 1995, Hausen (2007) etc. davon ausgegangen werden, dass die Festschreibung der Klinik-Struktur und die Etablierung der technokratischen Biomedizin im Rahmen von androzentrischen Herrschaftsstrukturen geschah, innerhalb welcher vor allem männliche\* Ärzte Autorität und Macht über gebärende Personen inne hatten. Es liegt demnach die Interpretation nahe, dass die Autorität der Medizin und die oft mangelnde Möglichkeit zur aktiven Teilhabe am Geburtsprozess, ein Umfeld darstellen kann, in welchem eine eventuelle Lücke in der Bedürfnisabdeckung, hinsichtlich Selbstbestimmung und Selbstermächtigung von gebärenden Personen besteht.

Es liegt die Annahme nahe, dass die zeitgenössische Doula-Arbeit auf eine Form der Geburtsbegleitung rekurriert, welche vor der Medikalisierung prävalent war – das Charakteristikum von “social childbirth” beziehungsweise frauen\*zentrierter Geburt, war die Begleitung durch eine Hebamme und andere umgebende Frauen\*. Obgleich es in der prämedikalisierten Geburtsbegleitung

noch keine empirischen Untersuchungen gab, um die Wirkung der frauen\*zentrierten Geburtsbegleitung zu messen, lässt sich anhand der Praktiken, welcher sich die der Geburt beiwohnenden Frauen\* bedienen entnehmen, dass jene alten / historischen Umgangsweisen mit der zeitgenössischen Doula-Arbeit enge Überschneidungen aufweisen. Mit Seidel (1998) rückt die damalige, starke psychosoziale Ausrichtung der Geburtsbegleitung in den Blick (siehe Kapitel 2.1). Im Kontrast dazu werden umso klarere Gegensätze zu den androzentrisch medikalisierten Umgangsformen mit Geburtsbegleitung deutlich (siehe Kapitel 2). Wie im Kapitel 4.3 durch Marjorie Tew festgehalten, ist das Vertrauen in den eigenen Gebärdprozess essentiell, um Gefühle der Ermächtigung zu generieren. Dieses Vertrauen sei durch die Medikalierungsprozesse allerdings nachhaltig zerstört worden. Es kann interpretiert werden, dass die Doula die Möglichkeit darstellt ebenjenes gekappte Vertrauen wiederherzustellen, da sie

- sich auf eine frauen\*zentrierte Geburt rekuriert und die gebärende Person das Zentrum der (Doula)Betreuung darstellt
- kontinuierliche Betreuung anbietet
- aktive Teilhabe der Gebärenden am körpereigenen Prozess fördert
- die Mündigkeit der Gebärenden als essentiell anerkennt
- durch ihren biopsychosozialen Anspruch, die gebärende Person als ganzheitlichen Menschen wahrnimmt

Es kann interpretiert werden, dass die Doula-Arbeit im Rahmen ihres ganzheitlichen, holistischen Zuganges Entfremdungsphänomenen entgegenwirken kann und folglich die Möglichkeit von entfremdenden Prozessen, hin zu ermächtigenden Prozessen lenkt. Geht man im Rahmen geburtsbegleitender Überlegungen vom holistischen Paradigma aus (Davis-Floyd 2001), welches nicht nur die Verbindung von Körper und Seele als wesentlich erachtet, sondern ebenso die Relevanz von Einflüssen aus Gesellschaft und Umwelt mit einbezieht, kann mit Blick auf das Angebot der Doula-Arbeit (Kapitel 5) festgestellt werden, dass selbiges in der zeitgenössischen Betreuung, die Möglichkeit zu eben jener holistischen Versorgung in sich birgt. Die Doula gestaltet die Betreuung individuell, wie es

das holistische Paradigma vorsieht, und erkennt schließlich an, dass jede Geburt und jede Person die gebärt andere Hintergründe und andere Erlebnisse mitbringt, welche die Geburt beeinflussen (können). Sie versorgt die emotionalen und psychologischen Bedürfnisse der Gebärenden und stellt diese Person ins Zentrum des Geburtsprozesses. Die Klinikstruktur bietet allerdings derzeit überwiegend technokratische bzw. biomedizinische Versorgung seitens der Ärzt\*innenschaft. Mit Schmid (2015) kann interpretiert werden, dass ein Anspruch humanistischer Versorgung (Verbindung von physischer und psychischer Aspekte) seitens der Hebammenschaft besteht. Es kann interpretiert werden, dass die sozusagen fehlende holistische Betreuung erst durch die Doula ermöglicht und ergänzt wird, wie auch Davis-Floyd als Empfehlung der Verschränkung von technokratischen, humanistischen und holistischen Betreuungsmodellen deutlich macht. Die Doula versorgt die individuellen Bedürfnisse der gebärenden Person in der sensiblen Wehen- und Geburtsphase – sie stellt damit die emotionale und psychische Betreuung ins Zentrum des Geburtsprozesses. Es kann demnach die Interpretation angestellt werden, dass die Doula aufgrund ihres ganzheitlichen, biopsychosozialen Zuganges einen Aspekt abdeckt, der im Klinik-Kontext zu kurz kommt und demnach die Bedingungen bereitstellt, dass Ermächtigungsprozesse stattfinden können.

Es wurde im Kapitel 1.1 Naila Kabeers Verständnis von Empowerment dargestellt, welches verdeutlicht, dass Empowerment aus einem Prozess heraus entsteht, welcher die Möglichkeit generiert aus einer entmächtigten Situation, welche tendentiell keine Möglichkeit für freie Entscheidungen ermöglicht hat, in Ermächtigungsprozesse einzutreten (vgl. Kabeer 1999, 437). Kabeers Aspekte des Empowerments auf das Doula-Konzept angewandt, ermöglicht die Interpretation der Doula als Ermächtigungsressource für gebärende Personen. Die 3 Aspekte welche nach Kabeer erfüllt sein müssen, damit Empowerment stattfinden kann, sollen im folgenden mit dem Doula-Konzept verknüpft werden.

Wendet man die von Kabeer formulierten 3 Aspekte welche ihrer Definition nach für Empowerment benötigt werden (*resource, agency, achievement*), so

kann die Doula als Ressource (*resource*) interpretiert werden, welche es der gebärenden Person ermöglicht, im Klinik-Kontext Handlungsmacht (*agency*) zu behalten / zu erlangen und ein Gefühl des Erfolges (*achievement*) zu generieren. Die Gestaltung des Prozesses muss dafür also in den Händen der gebärenden Personen liegen. Die kontinuierliche Betreuung kann hierbei als essenzieller Punkt interpretiert werden, welcher die Doula zu einer wirkungsvollen Ressource macht, da kontinuierliche Betreuung im Klinik-Kontext nicht vorgesehen ist, beziehungsweise seitens des Klinik-Personals aufgrund der zeitlichen Abläufe und wechselnden Schichten innerhalb des Klinik-Systems nicht leistbar ist (vgl. McCourt 2011; Schmid 2015). Betrachtet man die Konzeption des Doula-Wesens, kann festgestellt werden, dass Doula-Arbeit ebenjene kontinuierliche Betreuung vorsieht und ihre Betreuung somit unabhängig vom zeitlichen Kliniklaufwerk anbieten kann. Es liegt die Annahme nahe, dass die im Kapitel 5.4 beschriebene "Holding the space" - Praxis, welche letztlich auf kontinuierlicher Betreuung fußt, zu ebendiesen Ermächtigungsprozessen von gebärenden Personen beitragen kann. Der beschriebene Raum, welchen die Doula kreiert bietet der gebärenden Person (im Idealfall) das Potential zur Selbstermächtigung (*power within*). Sie schafft innerhalb dieser Strukturen laut der "Holding the space"-Praxis einen Raum in welchem sich die gebärende Person auf ihren körpereigenen Prozess einlassen kann und sowohl Handlungs- als auch Entscheidungsmacht (*agency*) hat. Die Möglichkeit der Entstehung beziehungsweise der zur Verfügungstellung dieses Raumes, lässt die Interpretation der Verschiebung der Ausrichtung vom Technokratischen auf das individuelle Bedürfnis der gebärenden Person zu.

Die gebärende Person erlangt einerseits Macht, wenn sie aktive Teilhabe an ihrem persönlichen Geburtsprozess hat, wenn sie mündig ist, wenn sie wählen kann, wie ihr Geburtsprozess gestaltet sein soll, und andererseits wenn sie die Möglichkeit hat ihre inhärente Kraft *power within* zu aktivieren. Dies beschreibt die Grundvoraussetzung von Empowerment und Kabear macht deutlich, dass *power within* von Innen herauskommen muss und nicht von außen heraus übermittelt werden kann. Die Möglichkeit den Geburtsprozess mit "Selbstvertrauen, innere[r] Stärke und Selbstwertgefühl" (vgl. Rowlands 1997,

13) zu durchwandern, könnte somit durch die Doula-Begleitung generiert werden, da die Doula-Betreuung es vorsieht Ermächtigung und Entscheidungsmacht der gebärenden Person ins Zentrum der Betreuung zu stellen. Die Doula als Ressource verschafft im Optimalfall demnach im Klinik-Kontext einen Raum, welcher es der gebärenden Person ermöglicht, ein Gefühl der Ermächtigung durch Motivation, Affirmation (*power to*) und Aktivierung der Kraft beziehungsweise der Macht, die die gebärende Person in sich trägt (*power within*), zu generieren. Durch das Generieren des Raumes richtet die Doula das Potential von Machtgenerierung auf die gebärende Person (*power to*). Durch den Zusammenschluss von gebärender Person und Doula, welche gemeinsam den Gebäraprozess durchwandern, kommt die Machtdimension des *power with* zu tragen. Wobei jener Zusammenschluss ebenso auch den\*die Partner\*in / Familienmitglied(er) / Hebamme / Ärzt\*in zu integrieren vermag. Die gebärende Person steht aber stets im Fokus des Prozesses. Es besteht somit die Möglichkeit die Qualität einer kollektiven Macht zu generieren, welche demnach *power with* Machtdimensionen innerhalb eines Kontextes hervorbringen kann, welche auf institutionellen *power over* Strukturen fußen.

Das Angebot der Doula hat auch das Potential Ermächtigungsprozesse innerhalb marginalisierter Gesellschaftsgruppen hervorzurufen, was einerseits sowohl der intersektionale Zugang der Doulas hinsichtlich Geburtsbegleitung, andererseits die dargestellten Statistiken zu Doulaunterstützung innerhalb marginalisierter Gesellschaftsgruppen verdeutlichen (zum Beispiel die Mortalitätsrate Neugeborener von schwarzen Gebärenden in den U.S.A.). Es kann die Interpretation angestellt werden, dass die Doula als protektiver Faktor vor eventuellen Unterdrückungsmechanismen oder stereotypen Zuschreibungen aufgrund von Rasse, Klasse, Geschlecht, etc., oder schlichtweg vor drohender Entmündigung, im Klinik-Kontext gesehen werden kann, mit welchen die gebärende Person konfrontiert sein könnte. Die Doula stellt keine Garantie dar, dass die gebärende Person in Empowermentprozesse eintritt. Allerdings zielt ihr Bemühen darauf ab, einen Raum zu schaffen, in welchem die gebärende Person selbstbestimmte Entscheidungen treffen kann, für ihre Bedürfnisse und ihr Empfinden im Geburtsprozess eintreten kann und die Verantwortung für ihren eigenen Prozess übernimmt / übernehmen kann

(aktive Teilhabe & Mündigkeit).

Im Überblick:

*Power over* (vgl. Rowlands 1997): beschreibt die Institution der Klinik und ihre (androzentrischen) Herrschaftsstrukturen beziehungsweise deren Machtverhältnisse.

*Power to* (vgl. Rowlands 1997): beschreibt die Doula, welche einen sicheren Raum für die gebärende Person (aufrechter)hält, damit diese mündig und in aktiver Teilhabe den Geburtsprozess durchlaufen kann und ihr im Optimalfall dazu verhilft in einen Zustand des Empowerments einzutreten.

*Power within* (vgl. Rowlands 1997): beschreibt die gebärende Person, welche ihre innere Stärke / ihre innere Macht erkennt, aktiviert und dadurch in Ermächtigungsprozesse eintreten kann.

*Power with* (vgl. Rowlands 1997): beschreibt die gebärende Person, die Doula und eventuelle weitere Personen (Hebamme, Partner\*in, Familie, Ärzt\*in) deren Hauptinteresse die sichere Geburt darstellt und als Kollektiv die gebärende Person in ihrem Prozess begleiten. *Power with* beschreibt also Macht, die im Kollektiv generiert wird.

Die folgende Conclusio widmet sich der Beantwortung der im einleitenden Kapitel dieser Arbeit vorgestellten Fragestellung und es wird eine knappe Zusammenfassung der Arbeit und der bereits dargestellten Ergebnisse, sowie ein Ausblick auf notwendige, weiterführende Forschungsthemen stattfinden.

## Conclusio

Um die Forschungsfrage dieser Masterarbeit *Wie kann das Angebot der Doula als Zusatz zur klinischen Geburtsbegleitung zu Ermächtigungsprozessen von gebärenden Personen beitragen?* zu beantworten, wurde im Kapitel 1 der theoretische Zugang für diese Arbeit, der sich aus Macht / Empowermentprozessen zusammensetzte, dargestellt. Anschließend wurde im 2. Kapitel dargestellt, unter welchen Bedingungen der (androzentrische) Medikalisierungsprozess stattfand, um im Kapitel 3 die Auswirkungen dieses Prozesses auf die Geburtsbegleitung in einen historischen Kontext zu setzen. Im Kapitel 4 wurden derzeitige Betreuungsstrukturen im Klinik-Kontext beschrieben. Im Kapitel 5 wurde die Doula-Arbeit und ihr Potential beziehungsweise ihr Anspruch auf Ermächtigung jeder gebärenden Person, welche sie begleitet, dargelegt. Es folgte eine Diskussion der Ergebnisse im Kapitel 6, wobei eine Verknüpfung der vorangegangenen Kapitel stattfand. In der vorliegenden Conclusio sollen die wichtigsten Erkenntnisse ein letztes Mal knapp zusammengetragen und die Forschungsfrage beantwortet werden.

Es lässt sich an der Geschichte der Medikalisierung deutlich nachzeichnen, dass die Form der Geburtsbegleitung, wie sie vor der Medikalisierung stattgefunden hatte, größten Teils eliminiert wurde, oder gravierende Einschnitte erfahren hat. Mit diesen Entwicklungen ging einher, dass im Zuge der Medikalisierung, welche eine Verlegung der Geburt in den Klinik-Kontext mit sich brachte, ein Anstieg an Gebrauch technischer Werkzeuge und geburtseinleitende, -erleichternde, -beschleunigende Interventionen mit sich brachte und "social childbirth", wie in Kapitel 3.1 dargestellt, eine Ablöse erfuhr. Das Zentrum der neuen Geburtsbegleitung bildete demnach nicht mehr der gebärende Körper, sondern die "medizinischen Geräte" und Werkzeuge. (Vgl. Tew 1990, 268) Ebenjener Wandel der Medikalisierung vollzog sich innerhalb androzentrischer Gesellschaftsstrukturen, welche den weiblichen\* Körper als dem männlichen\* unterlegen interpretierte und die Frau folglich als Gattungswesen, deren Aufgabe es war als Reproduktionsmaschine zu

fungieren und sich um das “Private” zu kümmern, denunziert wurde, während Männer\* die “Öffentlichkeit” und demnach das medizinische Feld prägten, wodurch weibliche\* Zugänge in ebenjenem Feld zu kurz kamen beziehungsweise schlichtweg fehl(t)en. Dass Medikalisierung innerhalb androzentrisch geprägter Strukturen stattfand wird am Beispiel der Geschichte der Geburtsbegleitung deutlich. Die hohe Technologisierung von Geburt brachte Veränderungen im Hebammenwesen und in professioneller Hinsicht einen Machtverlust der Profession mit sich, wie unter anderem Cahill (2000) und Tew (1990) beschreiben. Die Hebammenprofession wurde zwar zu einem Bestandteil des Klinik-Kontextes, stand allerdings unter der Autorität der Ärzt\*innenschaft, was sich auch innerhalb der Literatur zu zeitgenössischer Klinik-Betreuung widerspiegelt. Wie im Kapitel 4 dargestellt wird, lassen sich im zeitgenössischen Klinik-Kontext, abseits von ebendiesem technokratischen Zugang in spezifischen Ländern, andere Formen der Betreuung ausmachen, welche mittlerweile zu Tragen kommen: das humanistische Betreuungsmodell, sowie die Verbindung eines humanistisch und technokratischen Modells. Das holistische Modell, welches zum Beispiel auch durch Doula-Arbeit abgedeckt wird, findet derzeit kaum Repräsentation im Klinik-Kontext. (Vgl. Davis-Floyd 2001; Wagner 2001) Die Doula in ihrer Funktion als Geburtscoach beziehungsweise als Klinik-unabhängige Geburtsbegleitung, wurde in ihrer Profession und ihrer Wirkungsweise dargestellt und außerdem im Zusammenhang mit Machtmechanismen untersucht. In der Verknüpfung der Doula-Arbeit und des Medikalisierungsprozesses, wurde eine Differenz hinsichtlich der Ausrichtung der Versorgung bzw. Begleitung sichtbar.

Es können demnach, mit Rekurrenz auf die Diskussionen der Ergebnisse, folgende Punkte zur Beantwortung der Fragestellung *Wie kann das Angebot der Doula als Zusatz zur klinischen Geburtsbegleitung zu Ermächtigungsprozessen von gebärenden Personen beitragen?* herausgearbeitet und im folgenden zusammengefasst dargestellt werden:

1. Doula-Arbeit fußt auf ganzheitlichen, holistischen Zugangsweisen, und bezieht psychosoziale Aspekte in ihre Betreuung mit ein. Sie bietet kontinuierliche Betreuung und stellt deshalb (durch die “Holding the space” - Praxis) die

Möglichkeit dar, Räume zu schaffen, in welchen die gebärende Person Entscheidungsmacht über ihren eigenen Prozess inne hat.

2. Die Wirkung / Effektivität der Ermächtigungsprozesse durch Doula-Arbeit, können in einem unzureichend emotional und sozial versorgenden Vakuum des Klinik-Kontextes verortet werden.
3. Die Doula stellt eine Ressource (resource) dar, mithilfe derer die gebärende Person ein Gefühl der aktiven Teilhabe / der Handlungsmacht (agency) an ihrem körpereigenen Prozess hat und eine positive / ermächtigte Geburt erleben kann (achievement).
4. Die Doula bringt eine Veränderung der Machtverhältnisse mit sich, indem sie andere Machtdimensionen aktiviert / ermöglicht (*power to, power with, power within*), als im normativen Klinik-Kontext (*power over*) ablaufen und somit das Potential auf Empowerment und Selbstbestimmung der gebärenden Person unterstützt.

#### Ausblick

Ein nächster Schritt, um mit den dargestellten Forschungsergebnissen weiter zu arbeiten, wären die qualitative / quantitative Erhebungen zur weiteren Untersuchung der aus der Literatur erhobenen Thesen hinsichtlich Ursache der Wirkung von Doula-Arbeit.

Vor allem wenn die wörtliche Übersetzung des Wortes Doula als "Sklavin" bedacht wird (siehe Kapitel 1.1), stellt der Aspekt der Care-Arbeit im Doula-Kontext ein weiterführendes Forschungsgebiet dar, welches näherer Betrachtung unterzogen werden sollte.

Es soll festgehalten werden, dass auf den Ergebnissen evidenzbasierter Medizin ganzheitliche und kontinuierliche Geburtsbegleitung für jede Person zugänglich sein sollte. Dass der Geburtsprozess, welcher massive körperliche und psychische Beanspruchung mit sich bringt, weitgehend ohne Unterstützung auf psychosozialer Ebene stattfindet, wurde in dieser Arbeit

dargestellt. Jede gebärende Person sollte ihrer individuellen Betreuung und ihren jeweiligen Bedürfnissen entsprechend Unterstützung im Geburtsprozess erhalten. Bis der klinische Kontext die notwendigen Bedürfnisse abdecken kann, stellt die Doula eine wirkungsvolle Übergangslösung dar, die für jede Person zugänglich und von Krankenkassen abgedeckt werden sollte. Bis dahin scheint es allerdings noch ein langer Weg zu sein.

## Literaturverzeichnis

**Abbott, Z.** (2007): *This Sacred Life, Transforming Our World Through Birth*. Wisdom's Birth Keepers: Crestone, CO.

**Albrecht-Engel, I.** (1995): "Geburt in der Bundesrepublik Deutschland". In: *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Schiefenhövel, W. (Hg.). VWB: Berlin. S. 31-42.

**Barker, K. K.** (1998): „A ship upon a stormy sea. The medicalization of pregnancy“. In: *Cox. Sci. Med.* 47(8). S. 1067-1076.

**Basile, M. R.** (2012): *Reproductive justice and childbirth reform: doulas as agents of social change*. ProQuest Dissertations and Theses: University of Iowa.

**Battegay, M.; Riemann, J.F.** (2008): "Evidenzbasierte Medizin". In: *Der Internist*. 49(6). S. 653-654.

**Berg, M; Terstad, A.** (2006): „Swedish women's experiences of doula support during childbirth“. In: *Midwifery*. 22(4). S. 330-338.

**Betrán, A. P.; Ye, J.; Moller, A.; Zhang, J.; Gülmezoglu, A.; Torloni, M.** (2016): „The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014“. In: *PLOS ONE*. 11(2). o. A.

**Borst, C. G.** (1995): *Catching Babies: the Change from Midwife to Physician-Attended Childbirth in Wisconsin*. University Press Wisconsin: Madison.

**Bosse, S.; Otte, H.; Rahm, D; Ruhe-Hollenbach, H.** (1999): *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis*. Junfermann Verlag: Paderborn.

**Bradley, C.; Brewin, C. R.; Duncan, S. L.** (1983): „Perceptions of labor: discrepancies between midwife's and patient's rating“. In: *Britisch Journal of Obstetric and Gynecology*. 90. S. 1176-1179.

**Braidotti, R.** (1994): "Mothers, Monsters, and Machines". In: *Nomadic subjects: embodiment and sexual difference in contemporary feminist theory*. Columbia University Press: New York Chichester, West Sussex.

**Bührmann, A.** (1995): *Das authentische Geschlecht. Die Sexualitätsdebatte der Neuen Frauenbewegung und die Foucaultsche Machtanalyse*. Westfälisches Dampfboot: Münster.

**Cahill, H. A.** (2000): „Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: An Historical Analysis“ In: *Journal of Advanced Nursing*. 33(3). S. 334-342.

**Campbell, D.; Lake, M.; et. al.** (2006): „A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula“. In: *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 35(4). S. 456-64.

**CDC** (2016): "Infant Mortality". In: *U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm> [Download, am 24. Juli 2019].

**Chalmers**, B.; Wolman, W. L.; Nickodem, V. C.; Gulmezoglu, A. M; Hofmeyer, G. J. (1995): "Companionship in labour: Do the personality characteristics of labour supporters influence their effectiveness?". In: *Curationis*. 18(4). S. 77-80.

**Cochrane Collaboration** (2019): *About Us*. <https://www.cochrane.org/about-us> [Download, am 4. Oktober 2019].

**Cochrane Pregnancy and Childbirth** (2019): *Welcome*. <https://pregnancy.cochrane.org/welcome> [Download, am 4. Oktober 2019].

**Compton**, J. D. (2005): *Women's experiences and expectations of the physician-patient relationship*. University of Tennessee: Knoxville.

**Conrad**, P. (1992): "Medicalization and social control". In: *Annual Review of Sociology*. 18. S. 209-232.

**Cornwall**, A.; Edwards, J. (2014): *Feminism, Empowerment and Development: Changing Womens Lives*. Zed Books: London.

**David**, M.; Kentenich, H. (2008): "Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung". In: *Der Gynäkologe*. 41(1). S. 21-27.

**Davis**, J. E.; Gonzalez, A. M. (2016): *To fix or to heal: Patient care, public health, and the limits of biomedicine*. NYU Press: New York.

**Davis-Floyd**, R. (2001): „The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth“. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75. S. 5-23.

**DONA** (2019): *International History*. <https://www.dona.org/the-dona-advantage/about/history/> [Download, am 19. April 2019]

**DONA** (2019b): *Benefits of a Doula*. <https://www.dona.org/what-is-a-doula/benefits-of-a-doula/> [Download, am 19. April 2019]

**DONA** (2017): *Standards of Practice / Code of Ethics: Birth Doula*. <https://www.dona.org/wp-content/uploads/2017/08/COESOP-2017-FINAL-Birth.pdf> [Download, am 20. April 2019].

**Doula UK. Positive birth. Supporting Families** (2019): *What Doulas Do*. <https://doula.org.uk/what-doulas-do/> [Download, am 03. Dezember 2019].

**Doulas in Austria (DiA)** (2017). <http://doula.at> [Download, am 06. April 2019].

**Egger**, J. W. (2015): *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell*. Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden.

**Egger**, J. W. (2017): *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*. Facultas: Wien.

**Egger**, J. W. (2018): "In erweiterter Form eine solide Grundlage für ein zeitgemäßes, medizinisches Menschenbild". In: *Schweizerische Ärztezeitung*. 99(35). S. 1156-1158.

**Ehrenreich**, B.; English, D. (1973): *Hexen, Hebammen und Krankenschwestern*. The Feminist Press: New York.

- Ehrenreich, B.;** English, D. (1978): *For Her Own Good. Two Centuries of the Experts' Advice to Women*. Randomhouse: New York.
- Enkin, M.;** Keirse, M.; Neilson, J.; Crowther, C.; Duley, L.; Hodnett, E. (2000): *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press: New York.
- Flint, C.** (1986): „A radical blueprint“. In: *Nursing Times*. 82. S. 14.
- Foucault, M.** (1984): „What is enlightenment?“. In: *The Foucault Reader*. Pantheon: New York.
- Foucault, M.** (1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Carl Hanser Verlag: München.
- Foucault, M.** (1977): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit*. Suhrkamp: Frankfurt/Main.
- Goodman, S.** (2007): „Piercing the veil: The marginalization of midwives in the United States.“ In: *Social Science & Medicine*. 65. S. 610-621.
- Gordon, N. P.;** Walton, D.; McAdam, E.; German, J.; Galitero, G.; Garrett, L. (1999): "Effects of providing hospital-based doulas in a health maintenance organization hospital setting". In: *Obstet Gynecol*. 93. S. 422-426.
- Gruber, Kenneth. J.;** Cupito, S. H.; Dobson, C. F. (2013): "Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes“. In: *The Journal of Perinatal Education*. 22(1). S. 49-58.
- Harding, S.:** „Wissenschafts- und Technikforschung: Multikulturelle und postkoloniale Geschlechteraspekte“. In: *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Becker, R.; Kortendiek, B. (Hg.). Springer: Wiesbaden. S. 312-321.
- Hausen, K.** (2007): "Die Polarisierung der 'Geschlechtercharaktere'. Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: *Dis/Kontinuitäten. Feministische Theorie*. Sabine Hark (Hg.). Wiesbaden. S. 173-196.
- Hesse, H.** (1987): "Stufen". In: *Gedichte, Gesammelte Werke Bd. 1*. Suhrkamp: Frankfurt/Main. S. 119.
- Hodnett, E. D.;** Gates, S.; Hofmeyr, G. J.; Sakala, C. (2005): „Continuous Support for Women During Childbirth“. In: *Birth*. 32(1). S. 72.
- Hofmeyr, G. J.;** Nikodem, V. C.; Woman, W. L.; Chalmers, B. E.; Kramer, T. (1991): „Companionship to modify the clinical birth environment: Effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding“. In: *British Journal of Obstetrik and Gynaecology*. 98. S. 756-764.
- Honegger, C.** (1991): *Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib*. Suhrkamp: Frankfurt/Main.
- Hunter, C.** (2012): „Intimate space within institutionalized birth: women's experiences birthing with doulas“. In: *Anthropology & Medicine* 19(3). S. 315-326.
- Illich, I.** (1995): *Die Nemesis der Medizin: die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. Beck: München.

**Isfort** M, Weidner F. (2007): "Paradoxe Personalsituation beeinträchtigt die Versorgungsqualität". In: *Die Schwester. Der Pfleger*. 46. S. 44-48.

**Klinger**, C. (2004): "Macht – Herrschaft – Gewalt". In: *Politikwissenschaft und Geschlecht: Konzepte, Verknüpfungen, Perspektiven*. Rosenberger, S.; Sauer, B. (Hg.). Facultas: Wien. S. 83- 106.

**Laqueur**, T. W. (1992): *Auf den Leib Geschrieben: Die Inszenierung Der Geschlechter Von der Antike bis Freud*. Campus Verlag: Frankfurt, Main.

**Laverack**, G. (2005): *Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice*. Palgrave Macmillan: Basingstoke.

**James**, S. (2003): „Feminism“. In: *The Cambridge History of Twentieth-Century Political Thought*. Ball, T.; Bellamy, R. (Hg.). Cambridge. S. 493-516.

**Johnstone**, Megan-Jane; Kanitsaki, Olga (2009): "The spectrum of 'new racism' and discrimination in hospital contexts: A reappraisal". In: *Collegian Journal*. 16. S. 63-69. [www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(09\)00024-9/pdf](http://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(09)00024-9/pdf) [Download, am 10. August 2019].

**Jones**, R. H. (2009): „Teamwork: An Obstetrician, a Midwife, and a Doula in Brazil“. In: *Birth models that work*. Davis-Floyd, R.; et al. (Hg.). University of California Press: Berkeley California. S. 271-304.

**Jordan**, Brigitte (1997): „Authoritative Knowledge And Its Construction“. In: *Childbirth And Authoritative Knowledge*. Davis-Floyd, R.; Sargent, C. (Hg.). University of California Press: Berkeley. S. 55-75.

**Jung**, T. (2017): Die 'gute Geburt' – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. In: *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*. 9(2). S. 30-45.

**Kabeer**, N. (1994): *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. Verso: London.

**Kabeer**, N. (1999): "Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment". In: *Development and Change*. 30(3). S. 435-464.

**Kabeer**, N. (2001): *Discussing Women's empowerment: Theory and practice*. International development Authority: Stockholm.

**Kabeer**, N. (2005): "Gender Equality and Women's Empowerment: A Critical Analysis of the Third Millennium Development Goal 1". In: *Gender & Development*. 13(1). S. 13-24.

**Kennell**, J.; Marshall, K.; McGrath, S.; Robertson, S.; Hinkley, C. (1991): „Continuous Emotional Support during Labor in a U.S. Hospital“ In: *Journal of the American Medical Association*. 265. S. 2197-2201.

**Klaus**, M.; Kennel, J. (1983): *Bonding. The Beginnings of Parent-Infant Attachment*. C.V. Mosby: St Louis.

**Knapp, G.** (1992): „Macht und Geschlecht. Neuere Entwicklungen in der feministischen Machttheorie“. In: *TraditionenBrüche. Entwicklungen feministischer Theorie*. Wetterer, A. (Hg.). Kore: Freiburg. S. 287-325.

**Kreisky, H.; Löffler, M.** (2009): „Maskulinität und Staat: Beharrung und Veränderung“. In: *Staat und Geschlecht. Grundlagen und aktuelle Herausforderungen feministischer Staatstheorie*. Ludwig, G.; Sauer, B.; Wöhl, S. (Hg.). Nomos: Baden-Baden. S. 75-88.

**MacDorman, M. F.; Mathews, T.J.; Mohangoo, AD; Zeitlin, J.** (2014): „International Comparisons of Infant Mortality and Related Factors: United States and Europe, 2010“. In: *National Vital Statistics Reports*. Volume 63, No 5.

**MacKinnon, C. A.** (1989): *Toward a feminist theory of the state*. Harvard University Press: Cambridge.

**Mardorossian, C.** (2003): „Laboring women, coaching men: masculinity and childbirth in the United States“. In: *Hypathia*. 18(3). S. 113-134.

**Marland, H.** (1994): *The art of midwifery: early modern midwives in Europe*. Routledge: London.

**Martin, E.** (1987): *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Open University Press: Milton Keynes.

**Martin, S.; Landry, S.; Steelmann, L.; Kennel, J.; McGrath, S.** (1998): "The effect of doula support during labor on mother-infant interaction at 2 months". In: *Infant Behavior Development*. 21. S. 556.

**Mathews, T. J.; Ely, D.; Driscoll, A.** (2018): „State Variations in Infant Mortality by Race and Hispanic Origin of Mother, 2013-2015“. In: CDC - *Centers for Disease Control and Prevention: NCHS Data Brief No. 295*. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db295.htm> [Download, am 9. August 2019].

**McCourt, C.** (2010): *Childbirth, Midwifery and Concepts of Time*. Berghahn Books: New York.

**McLeish, J.; Redshaw, M.** (2018): „A qualitative study of volunteer doulas working alongside midwives at births in England: Mothers' and doulas' experiences“. In: *Midwifery*. 56. S. 53-60.

**Miles, A.** (1991): *Women, Health and Medicine*. Open University Press: Philadelphia.

**Miltner, R.** (2002): „More Than Support: Nursing Interventions Provided to Women in Labor“. In: *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 31(6). S. 753-761.

**Najafi, T. F.; Roudsari, R. L.; Ebrahimpour, H.** (2017): „A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth“. In: *Electronic Physician*. 9(10). S. 5446-5451.

**NICE Clinical Guidelines Nr. 190.** (2014): „Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth“. In: *National Institute for Health and Care Excellence: London*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum->

[care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557](#) [Download, am 8. März 2019].

**Oakley, A.** (1984): *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Basil Blackwell: Oxford.

**Odent, M.** (2005): *Es ist nicht egal wie wir geboren werden*. Walter Verlag: Olten.

**Parry, D.** (2008): "We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience": Exploring Canadian Women's Use of Midwifery". In: *Health Care for Women International*. 29. S. 784-806.

**Pilar, A.** (1999): "Power over domination, oppression and resistance". In: *Women and Power. Fighting patriarchies and poverty*. Townsend, J.; Zapata, E.; Rolands, J.; et al. Zed Books: London.

**Prosen, M.; Tavčar Krajnc, M.** (2013): „Sociological Conceptualization of the Medicalization of Pregnancy and Childbirth: The Implications in Slovenia“. In: *Revija Za Sociologiju*. 43(3). S. 251-272.

**Rachbauer, D.** (2010): *Partizipation und Empowerment. Legitimationsrhetorik und Veränderungspotential entwicklungspolitischer Schlüsselbegriffe*. ÖFSE: Wien.

**Raphael, D.** (1973): *The Tender Gift: Breastfeeding*. Schocken Books: New York.

**Reeves, R.; Matthew, D.** (2016): "6 charts showing race gaps within the American middle class". In: *Brookings*. <https://www.brookings.edu/blog/social-mobility-memos/2016/10/21/6-charts-showing-race-gaps-within-the-american-middle-class/> [Download, am 22. Juli 2019].

**Rosen, P.** (2004): „Supporting Women in Labor: Analysis of Different Types of Caregivers“. In: *Midwifery Women's Health*. 49(1). S. 24-31.

**Rouse, J.** (2003): „Power/Knowledge“. In: *The Cambridge Companion to Foucault*. Gaunting, G. (Hg.). Cambridge University Press. S. 95-122.

**Rowlands, J.** (1997): *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*. Oxfam: London.

**Schiebinger, L.** (1989): *The mind has no sex? Women in the origins of modern science*. Harvard Univ. Press: Cambridge, Mass.

**Schmid, V.** (2011): *Der Geburtsschmerz*. Hippokrates Verlag: Stuttgart.

**Schmid, V.** (2015): *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. Elwin Staude Verlag: Hannover.

**Schmonskey, J. R.** (2016): *Holding the Space: The Reemerging Role of the Doula*. San Francisco State University: San Francisco.

**Schneider, W.; Strauß, B.** (2013): „Medikalisierung“. In: *Psychotherapeut*. 58(3). S. 217-218.

**Scott, K. D.; Klaus, P.; Klaus, M.** (1999): "The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth". In: *Journal of Women's Health and Gender-*

*Based Medicine*. 8. S. 1257-1264.

**Scott**, K. D.; Berkowitz, G.; Klaus, M. (1999b) "A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis". In: *Am J Obstet Gynecol*. 180. S. 1054-1059.

**Seidel**, H. C. (1998): *Eine neue 'Kultur des Gebärens': die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland*. Steiner: Stuttgart.

**Shaw**, J. C. (2013): „The medicalization of birth and midwifery as resistance“. In: *Health Care Women Int*. 34(6). S. 522-536.

**Shryock**, R. H. (1966): *Medicine in America*. Johns Hopkins Press: Baltimore.

**Sobalewski**, M. (2010): *Entfremdung bei Jim Jarmusch*. Universität Wien: Wien.

**Sommer**, G.; Fyrdich, T. (1989): *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU*. Dgvt-Verlag: Tübingen.

**Sosa**, R.; Kennel, J.; Klaus, M.; Robertson, S.; Urrutia, J. (1980): „The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labour and mother-infant interaction“. In: *The New England Journal of Medicine*. 303(11). S. 597-600.

**Souza**, J.; Gulmezoglu, A.; Lumbiganon, P.; et. al. (2010): „Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health“. In: *BMC Medicine*. 8(71).

**Steinbrügge**, L. (1990): „Wer kann die Frauen definieren? Die Debatte über die weibliche Natur in der Aufklärung“. In: *Differenz und Gleichheit. Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht*. Gerhard, U.; et. al. (Hg.). Frankfurt/Main. S. 224-240.

**Tarnas**, R. (1991): *The Passion of the Western Mind*. Ballantine Books: New York.

**Tew**, M. (1990): *Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe*. Mabuse Verlag: Frankfurt/Main.

**Thole**, W.; Hunold, M. (2011): "Helfen". In: *Pädagogisches Wissen. Erziehungswissenschaft in Grundbegriffen*. Kade, J.; et al. (Hg.). Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart. S. 147-154.

**Thomasson**, M; Treber, J. (2008): „From Home To Hospital: The Evolution of Childbirth In The United States. 1928-1940“. In: *Explorations In Economic History*. 45(1). Elsevier BV. S. 76-99.

**Thomson**, M. (1998): *Reproducing Narrative: Gender, Reproduction and Law*. Aldershot: Dartmouth.

**Townsend**, G.; Zapta, E.; Rolands, J. Alberti, P.; Mercad, M. (1999): *Women and Power Fighting Patriarchies and Poverty*. Zed Book: New York.

**Universität Bielefeld** (2017): *Intersektionalität*. <https://www.uni-bielefeld.de/gendertexte/intersektionalitaet.html> [Download, am 30. Oktober 2019].

**VandeVusse**, L. (2001): "Decision Making in Analyses of Women's Birth Stories". In:

*Birth Issues in Perinatal Care*. 26(1). S. 43-50.

**Wagner**, M. (2001): „Fish can't see water: the need to humanize birth“. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75. S. 25-37.

**Wertz**, R.; Wertz, D. (1989): *Lying-In. A History of Childbirth in America*. Yale University Press: New Haven & London.

**Wilks**, J.; Gordon, M. (2015): *Choices in Pregnancy and Childbirth: A Guide to Options for Health Professionals, Midwives, Holistic Practitioners, and Parents*. Singing Dragon: London.

**Wolman**, W. L. (1991): *Social support during childbirth: Psychological and physiological outcomes*. University of Witwatersrand: Johannesburg, South Africa.

**WHO** (2014): *WHO recommendations for augmentation of labour*. World Health Organization: Genf.

**WHO** (2016): *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care*. World Health Organization: Genf.

**WHO** (2018): *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization: Genf.

**Zhang**, J. Beransko J. W.; Lebovich, E.; Fahs, M.; Hatch M. C. (1996): “Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis“. In: *Obstetrics & Gynecology*. 88(4). S. 739.743.

**Zola**, I. K. (1976): „Medicine as an institution of social control“. In: *Ekistics*. 41(245). S. 210-214.

**Zola**, I. K. (1983): *Socio Medical Inquiries*. Temple Univ. Press: Philadelphia.

## **Abstract**

Mittels Literaturarbeit wurde erforscht wie das Angebot der Doula als Zusatz zur klinischen Geburtsbegleitung zu Ermächtigungsprozessen von gebärenden Personen beitragen kann. Durch die Darstellung von der Entwicklung der Medikalisierung und die Auswirkung dieser auf Geburtsbegleitung sowie die Darstellung der derzeitigen Betreuungsstruktur im Klinik-Kontext, konnte festgestellt werden, dass die Doula aufgrund ganzheitlicher und biopsychosozialer Herangehensweise zu Geburtsbetreuung eine Möglichkeit für Ermächtigungsprozesse der gebärenden Personen im Klinik-Kontext darstellt.