

Studienbereich Gesundheit & Soziales
Bachelorstudiengang Disability & Diversity Studies

Bachelorarbeit

Selbstbestimmung unter der Geburt

Eine Analyse im Kontext der DDS

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences

Vorgelegt von:	Katharina Brodnik
Personenkennzeichen:	1810729024
Gutachter/in:	Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Susanne Dungs
Datum:	2.6.2021

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit:

- dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt habe;
- dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt, die den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe;
- dass die elektronisch hochgeladene Arbeit mit der eingereichten Hardcopy übereinstimmt;
- dass das Abstract der von mir erstellten Bachelorarbeit veröffentlicht werden kann.



Dürnbach, 2.6.2021

Katharina Brodnik

Danksagung

Besonderen Dank an Dr.ⁱⁿ Susanne Dungs, die mich während des Verfassens der Arbeit mit ihrer Expertise begleitet hat, mich motiviert und unterstützt und die richtigen Fragen gestellt hat.

Danke meinem Mann Matthias und meinen Kindern Elisha mit Hannah, Jonas, Avelina und Elouan, für die liebevolle mentale Unterstützung.

Ein großes Danke, an meine Eltern und alle Freunde, die mich durch Übernahme von Sorgearbeiten entlastet haben, sowie den Lehrenden und Kommiliton*innen für den Austausch.

Kurzfassung und Schlüsselwörter

Geburt, Autonomie und Selbstbestimmung, Gewalt unter der Geburt, genderspezifische Aspekte, Medizinethik, Patient*innenrechte

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Geburt und Selbstbestimmung, und möchte den spezifischen Aspekt der individuellen Geburtserfahrung und der damit verbundenen Personengruppen und situationsbedingter Umstände, vom Standpunkt der Disability and Diversity Studies begreifbar machen. In der Arbeit sind die Aspekte, die auf die Geburtserfahrung Einfluss nehmen können, auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene herausgearbeitet und so aufbereitet, dass verständlich gemacht werden kann, dass die Geburt nicht nur eine einzigartige individuelle Erfahrung für Mutter und Kind und die Familie, als erste Sozialisations-einheit, sondern auch der Eintritt in ein gesellschaftliches System ist. Anfangs werden historische Wandlungsprozesse in der frauenzentrierten Geburtsbegleitung beschrieben, die Hand in Hand mit Medikalisierung und Technisierung der Geburt gehen. Im zweiten Abschnitt wird Bezug genommen auf Gewalterfahrungen unter der Geburt und Ursachen dafür werden anhand von Berichten erforscht und erklärbar gemacht. Im letzten Abschnitt werden neue Strömungen innerhalb der Geburtskultur untersucht und mit den Erkenntnissen des vorhergegangenen Abschnittes verknüpft. Im Resümee werden Erkenntnisse der Arbeit in Verbindung mit den Disability and Diversity Studies zusammengefasst.

Abstract and Keywords

Birth, autonomy, violence during the birthing process, gender specific aspects, ethics in the medical profession, patient rights.

This work deals with the topic of the birthing process in combination with autonomy. The individual birthing experience as well as connected groups of persons and specific birthing circumstances are looked at from the perspective of Disability & Diversity Studies.

Individual, institutional, and societal issues, which can influence the birthing experience, are described. The aim is to clarify that each birth is not only a unique experience for mother and child, but also the entrance into a specific system of society. The first part depicts the historical process of change regarding women-focused birthing assistance and natal care, which shows an increasing medicalization of the birthing process. The second part refers to violence experienced during the birth and describes personal records, in order to establish possible causes for these experiences.

The last part deals with new movements within the birthing culture and connects these to previous findings. The resume summarizes the results from the paper and brings them in conjunction with the Disability & Diversity perspective.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	
Danksagung.....	
Kurzfassung und Schlüsselwörter.....	
Abstract and Keywords	
Einleitung	1
1.1 Methodenauswahl	2
1.2 Definitionen und theoretischer Hintergrund – zentrale Begrifflichkeiten.....	3
1.3 Erkennen von struktureller Gewalt in Systemen.....	6
2. Geschichtlicher Überblick zum Wandel in Geburtshilfe seit der Antike.....	8
3 Von „Guter Hoffnung sein“ zu „das Kind ist zu 82% gesund“ – der Wandel der Einschätzung	10
3.1 Grundsätze der Technikfolgenabschätzung – Technik und ihre Folgen auf die Selbstbestimmung.....	12
3.2 Die Patientin* als Kundin*	14
3.3 Die Klinik als Dienstleistungsanbieter	16
4. Technisierung und Medikalisierung in der Geburtshilfe – Geburt erleichternd? 	17
4.1 Geburt und Sterben bei Frühgeborenen.....	20
4.2 Ethische und philosophische Aspekte von Schwangerschaften.....	21
4.3 Patient*innenrechte	23
5 Gewalt in der Geburtshilfe, ein Tabuthema	24
5.1 Beispiele für Gewalterfahrungen.....	27
5.1.1. Sicht der Hebamme Tanja, Lehrerin für Hebammenwesen	28
5.1.2 Sicht einer betroffenen anonymen Gebärenden.....	30
5.1.3 Sicht der Frau Tabea, Geburt des Sohnes Fabian.....	32
5.1.4 Sicht des Vaters Simon	33
5.2 Weitere Ursachen – zu wenige Daten	35
5.3 Zeitgenössischer Diskurs zur Geburtskultur.....	36
6 Geburt als Thema der Genderforschung	37
6.1 Konstruktion von Geburt – drei theoretische Ansätze	38

6.2 Individuelle und gesellschaftliche Bedeutung von Schwangerschaft und Geburt	40
6.3. Schwangerschaft und Geburt aus subjektiver Sicht	42
7 Empowerment und Bewegungen rund um die Geburtskultur	42
7.1 Natürliche Geburt und Rituale	44
7.2 Helfer*innen von Gebärenden – die Doulas	47
7.3 Der Roses Revolution Day	48
8 Resümee	48
Literaturangabe	50

Einleitung

Das Thema Geburt und geboren werden ist ein universelles Thema, das alle Menschen eint. Die vorliegende Arbeit versteht sich als ein Versuch, das Thema breit aufzufächern, und möchte den spezifischen Aspekt der individuellen Geburtserfahrung und der damit verbundenen Personengruppen und situationsbedingter Umstände, vom Standpunkt der Disability and Diversity Studies begreifbar machen. In der Arbeit sind bestimmte Aspekte, die auf die Geburtserfahrung Einfluss nehmen können, herausgearbeitet worden und wurden so aufbereitet, dass verständlich gemacht werden kann, dass die Geburt nicht nur eine einzigartige individuelle Erfahrung für Mutter und Kind und die Familie, als erste Sozialisierungseinheit, sondern auch der Eintritt in ein gesellschaftliches System ist. Der Aspekt der Selbstbestimmung, der die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte leitet, und die Aspekte der Autonomie, der Menschenwürde und der Freiheit, sind Grundsätze der Medizinethik und nehmen auf die Patient*innenrechte Einfluss, die Menschen empowern sollen, selbstbestimmt und aufgeklärt zwischen medizinischen Behandlungen zu wählen. Dennoch scheint das für Schwangere und Gebärende nicht so einfach durchzusetzen. Die WHO hat in diesem Zusammenhang 2014 die Stellungnahme „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“¹ veröffentlicht, die hervorhebt, dass die Frau das Recht auf „würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung“ hat (WHO, 2014, o. S.). Die WHO geht davon aus, dass eine große Anzahl von Frauen, verschiedensten Arten von Gewalt in den Bereichen Sexualität und Reproduktion ausgesetzt sind. Besonders die Erkenntnis, dass Frauen während der Schwangerschaft und dann im Geburtsprozess „missbräuchliche und vernachlässigende Behandlungen“ erfahren müssen, die „unmittelbare“ negative Auswirkungen, auf Mutter und Kind haben, und den „Prinzipien der Menschenrechte“ widersprechen, bedürfen einer wissenschaftlichen Bearbeitung, da die Datenlage hierzu gering ist. Es besteht derzeit kein wissenschaftlicher Konsens, zur Erfassung und Definition dieser Formen der Gewalterfahrung und auch die Auswirkungen auf Frauen, Kinder und Familien ist nicht bekannt. Es werden weltweit (!) fünf Maßnahmen empfohlen, die die Situation für gebärende Frauen verbessern sollen. Diese Maßnahmen umfassen erstens die Aufforderung, dass Regierungen und Entwicklungspartner*innen bei der Erforschung und Definition von Maßnahmen gegen Misshandlung mitwirken, zweitens werden Dienstleister*innen der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsschutzes aufgefordert, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und zu garantieren, dass Frauen den Zugang zu einer „wertschätzenden Versorgung“ erhalten. Drittens wird thematisiert, dass Frauen das Recht auf würdevolle und

¹ WHO, 2014, Zugriff am 25.4.2020 unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?sequence=22

wertschätzende Gesundheitsvorsorge während Schwangerschaft und Geburt haben, während viertens darauf hingewiesen wird, dass die Erhebung von Daten zu geringschätzenden und wertschätzenden Formen der Versorgung, unter Berücksichtigung von ethischen Normen, zu entwickeln und anzuwenden sind. Der fünfte Punkt hebt den partizipativen Ansatz bei der Versorgung von werdenden Eltern und der Vermeidung von missbräuchlichen Behandlungsweisen hervor, und stellt klar, dass ein Ende der Geringschätzung und Misshandlung unter der Geburt, ein aktiver partizipativer Prozess aller Akteure*innen rund um Geburtshilfe und im Gesundheitssystem und darüber hinaus, in der Gesellschaft sein muss. Es ist ein Aufruf, das Thema umfassend zu bearbeiten. Diese Arbeit widmet sich darum der Forschungsfrage „Warum müssen Frauen unter der Geburt Gewalt erfahren und wie kann Selbstbestimmung unter der Geburt gefördert werden?“

Einleitend werden die Methoden und die wissenschaftliche Herangehensweise, mit Hilfe derer diese Bachelorarbeit erstellt wurde vorgestellt. Danach folgen Definitionen grundlegender Begriffe. Im Kapitel zwei werden historische Aspekte beleuchtet. Das Kapitel drei widmet sich dem Wandel der Geburtshilfe durch technische Möglichkeiten und erläutert die Technisierung in Verbindung mit klinischen Strukturen. Diese Thematik wird in Kapitel vier anhand der sogenannten Medikalisierung fortgeführt und zudem unter ethischen Aspekten betrachtet. Im Kapitel fünf werden Gewalterfahrungen im intramuralen Bereich beschrieben und partiell erläutert, während im Kapitel sechs das Thema Schwangerschaft als Genderthema bearbeitet wird. Im Kapitel sieben werden neue Strömungen innerhalb der Geburtskultur erforscht. Im Resümee wird versucht, die Umstände, die für Gewalterfahrungen von Frauen unter der Geburt bestimmend sind, noch einmal zusammen zu fassen.

1.1 Methodenauswahl

Die ausgewählte Methode, um das Thema Gewalt und Selbstbestimmung darzustellen, ist die themengeleitete Literaturrecherche. Vorhandene Studien und wissenschaftliche Bearbeitungen zum Thema Gewalt unter der Geburt sind derzeit noch rar, aber es gibt eine wachsende Selbstbetroffenenbewegung „Roses Revolution“, die sich für eine Bearbeitung und ein Sichtbarmachen des Themas Gewalterfahrung unter der Geburt einsetzt. Der Aktionstag der Bewegung ist der 25.11., an diesem Tag werden Rosen vor die Kreissaaltüren, manchmal auch vor dem Krankenhaus, abgelegt.

Um die Literaturrecherche effizient durchzuführen, wurde das Thema in verschiedene Aspekte aufgegliedert und Schriften von Autor*innen aus Hebammenwissenschaft, Soziologie, Philosophie, Gender Studies und Public Health zusammengeführt. Das Thema wird aus einer intersektionalen Perspektive beleuchtet, das bedeutet, dass die drei

Ebenen, der Gesellschaftsstruktur, der Identitätskonstruktion und der symbolischen Repräsentation berücksichtigt werden, um das Thema zu erschließen. Dazu werden Überlegungen angestellt, die davon ausgehen, dass nicht ein einzelner Aspekt ausschlaggebend für die vorherrschenden Verhältnisse in der Geburtshilfe sind, sondern dass durch die Verwobenheit der gesellschaftlichen Bewertungskategorien, Strukturen miteinander korrelieren und in einer wechselseitigen Interdependenz stehen. Einleitend folgen Definitionen, danach wird der Wandel in der europäischen Geburtskultur historisch beleuchtet, im weiteren Verlauf werden medizinische Aspekte und soziokulturelle Entwicklungen vorgestellt, um einen Gesamtüberblick über die Beteiligungsfelder zu geben, und dann wird auf spezifische Aspekte und deren Zusammenhänge detaillierter eingegangen.

1.2 Definitionen und theoretischer Hintergrund – zentrale Begrifflichkeiten

Würde:

Ethische Diskussionen sind vom Würdebegriff geleitet. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ steht einleitend im deutschen Grundgesetz (Fenner, 2010, S 57). In der Präambel zu den Menschenrechten, wird die „Anerkennung der angeborenen Würde“ der Menschen herausgehoben, der erste Artikel der Menschenrechte spricht davon, dass alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten geboren sind und mit Vernunft und Wissen ausgestattet sind (UN, o. J., o. S.).

Der Würdebegriff, nämlich, dass Würde keinen Preis hat, und darum nicht relativiert werden kann, geht in dieser Form auf Immanuel Kant zurück (Gamm, 2013, S 101). Würde wird, in ihrer Ausformung als Autonomie allerdings graduierbar, wenn dem Menschen aufgrund von individuellen oder gesellschaftlichen Bedingungen, eine Umsetzung in die Realität nicht möglich ist. Handlungsbeschränkend wären in diesem Zusammenhang Krankheiten oder Krieg (Fenner, 2010, S 58).

Herrschaft:

Herrschaft ist nach Max Weber, die Chance Gehorsam zu finden, für spezifische Befehle bei einer angebbaren Gruppe von Menschen (Weber, 1922, S 163). Er unterscheidet drei Arten von legitimer Herrschaft:

1. Rationale Herrschaft bedeutet, dass die Herrschaft durch Ordnung und Anweisung legitimiert wird.
2. Traditionale Herrschaft, bedeutet, dass durch den Alltagsglauben an die Heiligkeit bzw. den Selbstwert der durch Autorität Berufenen Legitimation bezeugt wird.
3. Charismatische Herrschaft, fußt auf dem außeralltäglichen Vorbild einer Person und der dadurch geschaffenen Ordnungen (Weber, 1922, S 165).

Die Philosophin Heide Göttner Abendroth deutet den Begriff Macht einerseits als Herrschaft und andererseits als „natürliche Autorität“ bzw. dem Innehaben von Würde, wobei diese Bedeutungen nicht unbedingt miteinander vereinbar sind. Sie differenziert die Begriffe Macht/Herrschaft und Autorität in „angemaßte Autorität“, welche sie dem Herrschaftsbegriff gleichsetzt. Als Gegenstück wählt sie die „natürliche Autorität“ (Göttner-Abendroth, 2011, S 175 f).

Das Kennzeichen von Herrschaft in einer Gesellschaft verortet sie in einen vielschichtigen Erzwingungsstab, der aus Institutionen oder Behörden mit Kontrollfunktion besteht. Diese legalisierte Form der strukturellen Gewalt, die eine Hierarchie von oben nach unten erschafft, und auf Zwang aufgebaut ist, benennt sie als Patriarchat. Patriarchate sind Herrschaftsgesellschaften. Auch wenn Frauen in einer solchen Gesellschaft an der Spitze stehen so ist diese Gesellschaft dennoch als patriarchal zu bezeichnen, denn die Macht wird mit Hilfe eines Erzwingungsstabs durchgesetzt (Göttner-Abendroth, 2011, S 176). Macht in matriarchalen Gesellschaften begründet sich auf „natürlicher Autorität“. Diese wirkt so, dass sie auf Freiwilligkeit beruht. Ein Rat wird gegeben, dieser kann aber muss nicht angenommen werden. Dadurch ergibt sich eine andere Form von Gesellschaftsordnung. Die Ratschläge von weisen Frauen und Männern werden meist angenommen, denn die Basis dafür ist Vertrauen. Allerdings führt das Annehmen von Unterweisungen nicht zu einer Hierarchie, denn wenn der Rat dem Gegenüber als nicht passend erscheint, wird er nicht angenommen. Der Aufbau von matriarchalen Gesellschaften fußt auf Vertrauen. Das „familiäre Band“ spielt eine entscheidende Rolle als, da in einem matriarchalen Clan, die in der Mutterlinie verwandten Menschen zusammenwohnen, so ist das Vertrauen durch diese familiäre Ausformung gestärkt. Ein weiterer Grund warum die Akzeptanz des Wissens, von älteren Frauen und Männern groß ist, ist, dass ihre Kompetenz und die Erfahrung anerkannt werden. Ein weiterer Punkt, der die natürliche Autorität stützt, ist die Fähigkeit zur Integration, bei der es darum geht, die Bedürfnisse der Menschen in die Problemlösung zu integrieren, damit Vertrauen aufgebaut werden kann (Göttner-Abendroth, 2011, S 177 f).

Ethik in der Medizin:

Die „Theorie mittlerer Prinzipien“ oder die vier Prinzipien der Medizinethik wurden von Tom Beauchamp und James Childress etabliert. Es handelt sich dabei um

1. Prinzip der Autonomie: damit ist gemeint, Ärzt*innen, auf die selbstbestimmten Entscheidungen der Patient*innen Rücksicht nehmen
2. Prinzip des Nichtschadens: Ärzt*innen sollen den Patient*innen keinen Schaden zufügen
3. Prinzip des Wohltuns: Verhinderung oder Beseitigung von Krankheiten oder auch die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden

4. Prinzip der Gerechtigkeit: Die Ressourcen im Gesundheitsbereich sollen fair aufgeteilt werden (Fenner, 2010, S 55 f).

Das Prinzip der Autonomie ist dem Selbstbestimmungsbegriff gleichzusetzen, er bedeutet, Willensfreiheit zu haben. Diese Entscheidungsfreiheit kann im medizinischen Kontext, allerdings erst erreicht werden, wenn Patient*innen umfassend über Behandlungsmöglichkeiten, Risiken und Chancen aufgeklärt worden sind. (Fenner, 2010, S 56). Wenn Patient*innen die geistige Auffassungsgabe fehlt, so wird von „Entscheidungsunfähigkeit“ gesprochen (Fenner, 2010, S 57). Wenn die Selbstbestimmung eines Menschen durch Zwang, psychischen Druck oder durch ungenügende Aufklärung manipuliert, so ist das als eine gravierende Verletzung des Autonomierechts zu werten (Fenner, 2010, S 57).

Definition von Gewalt nach WHO:

Die WHO erkennt an, dass es keinen weltweit einheitlichen Moralkodexes gibt und darum die Definition von Gewalt, je nach Standpunkt unterschiedlich sein kann. Dennoch wird die Wichtigkeit eines weltweiten Konsenses hervorgehoben, da nur so Datenvergleiche und wissenschaftliche Forschung möglich sind:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO, 2003, S 6).

Eine umfassende Analyse zum Thema Gewalt geht auf den Friedensforscher Johan Galtung zurück, der den Gewaltbegriff auf seine unterschiedlichen Ausformungen hin untersucht hat. So definiert er zum Beispiel, Frieden als „Abwesenheit von Gewalt“. Er zeigt auf, dass Gewaltformen nicht unbedingt isoliert voneinander zu definieren sind, sondern sich durch Wechselwirkungen realisieren. Wichtig in diesem Zusammenhang und in Bezug auf das Thema dieser Arbeit, ist die Erkenntnis, der Rückführung von Direkter Gewalt auf Strukturelle Gewalt und deren Legitimation durch Kulturelle Gewalt (Grant-Hayford & Scheyer, 2016, S 2). Es folgen die Definitionen der Gewalttypologien nach Galtung:

Direkte oder personale Gewalt: Bei dieser Art von Gewaltausübung gibt es eine handelnde Person.

Strukturelle Gewalt: Kommt dann zu tragen, wenn Gewalt nicht auf eine direkte Person zurückzuführen ist, sondern Gewalt in einem System eingebaut ist, welches auf ungleichen Machtverhältnissen beruht.

Kulturelle Gewalt: Ist die Art von Gewalt, durch die eine Legitimation von struktureller und direkter Gewalt möglich werden. Es ist die Art, wie in einer Gesellschaft Rechtfertigungen kommuniziert werden (Wegweiser Bürgergesellschaft, o. J., o. S.).

Die Soziologin Christina Mundlos befindet, dass Gewalt unter der Geburt, frauenfeindliche und sexistische Gewalt darstellt, die die Gleichstellung von Frauen in der Gesellschaft verhindern soll. Frauen sollen durch diese Art der Gewaltausübung systematisch geschwächt werden und es wird sich absichtlich über ihre körperliche und psychische Integrität hinweggesetzt (Mundlos, 2015, S 32).

Da die Geburt oftmals medizinischen Notwendigkeiten unterliegt, ist es für Betroffene schwieriger eine Form der Gewaltausübung zu erkennen und zu definieren. Die Bandbreite von Gewalt unter der Geburt reicht von „Beleidigungen über Bedrohungen, Entwertung und Angstmacherei über Ignorieren der Bedürfnisse bis zu Verleumdungen“. Die psychische Art der Gewalt kann zu einem späteren Zeitpunkt auch in physische Gewaltausübung übergehen, meist, so Mundlos, korrelieren beide Formen (Mundlos, 2015, S 33).

1.3 Erkennen von struktureller Gewalt in Systemen

Um Gewalt in den Strukturen einer Gesellschaft zu erkennen, Prävention zu leisten und den Kreislauf der Einschränkung von Individuen zu durchbrechen hat sich Johan Galtung mit der Beschreibung und der Analyse von Gewaltphänomenen befasst. Während direkte Gewalt von Personen ausgeübt wird, ist strukturelle Gewalt in einem sozialen Interaktionsprozess eingebettet. So kann strukturelle Gewalt durch den Austausch von einzelnen Akteur*innen nicht verändert werden. Die Formen der Einschränkung können demnach psychisch, wie physisch auftreten und führen zu einer Einschränkung der menschlichen Grundbedürfnisse. (Grant-Hayford & Scheyer, 2016, S 2).

Strukturelle Gewalt in der Hierarchie

Eine Hierarchie ist top-down aufgebaut, wobei konstruierte Vorgehensweisen in Form von Gesetzen, Regeln oder anderen Maßnahmen das System tragen. Die dominierenden Akteur*innen werden „top-dogs“ genannt, während die unterstellten Akteur*innen „under-dogs“ genannt werden. Die Hierarchie reagiert nicht auf Reformvorschläge von unten. Gewalt wird in diesem System dann erkannt, wenn der Wille zur Veränderung von den „under-dogs“ ausgehend, von den „top-dogs“ durch als „unveränderbare“ Regelungen verhindert wird. Herrschaft ist in diesem System legitimiert und die Gesellschaft ist in diesem System darum unfrei, weil die „Grundbedürfnisentfaltung“ eingeschränkt ist (Grant-Hayford & Scheyer, 2016, S 4).

Strukturelle Gewalt in der Anarchie

In der Anarchie ist keine Interaktion von Akteur*innen möglich, das bedeutet, dass diese auch keine Werte austauschen, keine Interessenskonflikte entstehen, Rechte und Pflichten nicht verhandelt werden müssen. Strukturelle Gewalt in diesem System meint, dass dem menschlichen Grundbedürfnis nach Austausch nicht entsprochen und die Veränderung des Zustandes auch verunmöglicht wird (Grant-Hayford & Scheyer, 2016, S 4).

Strukturelle Gewalt in der Equiarchie

Unabhängig von ihren Eigenschaften oder Attributen, werden alle Akteur*innen im sozialen Interaktionssystem gleich gemacht. Strukturelle Gewalt äußert sich dann so, dass diese Gleichstellung darum als ungerecht empfunden wird, weil sie eine Zuschreibung von außen ist, Gleiches und Ungleiches wird gleich oder ungleich behandelt (Grant-Hayford & Scheyer, 2016, S 4).

Strukturelle Gewalt in der Polyarchie

Polyarchie bezeichnet den sozialen Handlungsraum, in dem es viele Interaktionssysteme gleichzeitig gibt. Beispielsweise dazu wäre das gleichzeitige Auftreten von Individualismus und Kollektivismus. Das führt dazu, dass es in einer Polyarchie unterschiedliche Selbstverständnisse gibt, was sich in einer Überbelastung, im Sinne einer „Überforderung“ der Akteur*innen, auswirken kann. Strukturelle Gewalt kann sich hier so äußern, dass die überforderten Akteur*innen, die sich in verschiedenen Systemen gleichzeitig zurechtfinden müssen, und diese nicht verändern können, dadurch eine Einschränkung der Grundbedürfnisse erleben (Grant-Hayford & Scheyer, 2016, S 5).

Weitere Merkmale struktureller Gewalt sind Marginalisierung, Penetration, Segmentierung, Fragmentierung, Acts of commission/Unterlassene Hilfeleistung, Politische Unterdrückung, Wirtschaftliche Ausbeutung, Zwang räumlichen Zusammenlebens, Aufoktroierte räumliche Trennung (Grant-Hayford & Scheyer, 2016, S 5).

Intersektionalität: Intersektionalität dient zur Analyse gesellschaftlicher Vielfalt, und nimmt dabei eine kritische Perspektive auf soziale Ungleichheiten und Herrschafts- und Machtverhältnisse ein (Ganz & Hausotter, 2020, S 16). Um die intersektionale Analyse zu vollziehen, werden bestimmte Kategorien benötigt. Winker und Degele bestimmen vier Strukturkategorien Klasse, Geschlecht, „Rasse“ und Körper, denen die Herrschaftsverhältnisse Klassismen, Heteronormativismen, Rassismen und Bodyismen in der Mehrebenenanalyse zugeordnet werden können (Ganz & Hausotter, 2020, S 32). Die kapitalistische Ökonomie und die soziale Arbeitsteilung sind der Rahmen, in dem sich die Herrschaftsverhältnisse in Wechselwirkung zwischen sozialen Strukturen, symbolischen Repräsentationen und Identitätskonstruktionen beeinflusst von der

kapitalistischen Logik in dynamischen Prozessen stabilisieren und auch verändern (Ganz & Hausotter, 2020, S 31) . Nach Winker & Degele wird „Intersektionalität als kontextspezifische, gegenstandsbezogene und an sozialen Praxen ansetzende Wechselwirkungen ungleichheitsgenerierender sozialer Strukturen (d.h. von Herrschaftsverhältnissen), symbolischer Repräsentationen und Identitätskonstruktionen angesehen“ (Winker & Degele 2009 zitiert nach Ganz & Hausotter, 2020, S 29). Ganz & Hausotter verstehen Herrschaftsverhältnisse nicht nur auf Strukturebene, sondern auch als dem kapitalistischen Gesellschaftssystem innewohnend (Ganz & Hausotter, 2020, S 29 f).

Intersektionale Mehrebenenanalyse: „Die intersektionale Mehrebenenanalyse ist ein empirischer Ansatz, für eine macht- und herrschaftskritische Sozialforschung“ (Ganz & Hausotter, 2020, S 15). Das Ziel der intersektionalen Mehrebenenanalyse ist es, „zu erforschen, wie sich Menschen in Verhältnissen sozialer Ungleichheit positionieren“ (Ganz & Hausotter, 2020, S 47).

Im folgenden Kapitel werden anhand historischer Umbrüche, in der Begleitung von Frauen, gesellschaftliche Einflüsse herausgearbeitet, die grundlegend für die Veränderung in der Geburtskultur sein könnten.

2. Geschichtlicher Überblick zum Wandel in Geburtshilfe seit der Antike

Im folgenden Kapitel setzt sich diese Bachelorarbeit mit den historischen Gründen auseinander, die den Wechsel von frauenzentrierter Geburtsbegleitung, zur Gynäkologie und Geburtshilfe im heutigen Sinne, herbeigeführt haben. Die Autor*innen, die dabei zusammengeführt werden sind, Alfred Rockenschaub, dessen Rolle im Empowerment von Hebammen unbestritten ist, und die Philosophin Heide Göttner-Abendroth, die sich mit mutter-zentrierten Gesellschaften auseinandersetzt.

Die Mutter des Philosophen Sokrates war eine „Maia“, eine Hebamme. Seine Art der philosophischen Lehre nannte er „Maieutik“. Die Bedeutung von Maieutik wäre „gediegene Hebammenkunst“ und er verband damit die Bereiche Mathematik und Didaktik. Im alten Griechenland war die Beschützerin der Gebärenden Maia, eine Gespielin von Artemis, die ihren Vater Zeus bat, diese mit geburtshilflichem Wissen auszustatten. So kann gesagt werden, dass in der Antike eine freundliche Göttin über das Schicksal der Gebärenden wachte. In Rom wurden Hebammen, die Obstetrix, die Wortbedeutung kommt vom lateinischen „obstare“ = gegen etwas stehen oder schützen, oder Maia, von den „femininae medicinae“ (Ärztinnen) unterschieden. Ärztinnen konnten auch aus dem Sklavenstand kommen, während Hebammen freie Frauen waren. Der Berufstand der Hebammen war höchst angesehen. Bei den Germanen waren Hebammen

ebenfalls hoch angesehen und die freundliche Göttin Freya wachte über die Gebärenden (Rockenschaub, 2005, S 23 f).

Während Rockenschaub die Geringschätzung der Frau und den damit in Zusammenhang stehenden Wandel in der Geburtshilfe mit dem Erstarken des Christentums in Zusammenhang bringt (Rockenschaub, 2005, S 24), verweist die Philosophin und Matriachatsforscherin Göttner-Abendroth darauf, dass drei Säulen des Patriarchats bestehen, deren wichtigste Säule, die Herrschaft des Mannes über die Frau, Androzentrismus genannt wird. Im Androzentrismus gilt der Mann als „die Norm dessen, was Mensch ist“ (Göttner-Abendroth, 2011, S 24) und es wird somit das Machtgefälle, welches zwischen Mann und Frau entsteht und die damit verbundene Zerstörung von souveränen frauenspezifischen Bereichen, legitimiert (Göttner-Abendroth, 2011, S 24). Die Ungleichheit, die sich durch den Buchdruck ergab, ist die, dass vorwiegend Männer, die lesen und schreiben konnten, sich Wissen aneignen, und Wissen weitergeben konnten. Männliche Wunderärzte und Chirurgen übernahmen so stückchenweise, den bis dato weiblich geprägten Bereich der Geburtshilfe (Rockenschaub, 2005, S 24f).

Die Reaktion einiger Hebammen war die, dass sie sich mit den männlichen Vorgaben anpassten und ihr eigens Wissen verleugneten, indem sie die männliche Lehre in ihren Lehrbüchern bestätigten. Das führte soweit, dass sie sich dafür einsetzten, die Geburtsposition der Kinder, weg von der physiologischen Schädellage, durch äußere Einwirkung (Drehung) zur Fußlage zu verändern. Das Kind sollte somit mit den Füßen zuerst zur Welt kommen, damit es möglich war, das Kind aus der Mutter heraus zu ziehen. Hebammen und Hebammenkunst verloren Mitte des 18. Jahrhunderts an Prestige und der Wandel zur (männlich dominierten) Geburtsmedizin wurde induziert (Rockenschaub, 2005, S 25).

Göttner-Abendroth erläutert, dass die zweite Säule des Patriachats die Herrschaft des Menschen (= Mann) über die Natur ist. Dieser Gedanke legitimiert, dass sich der Mann aus der Natur herausnimmt und sich zur obersten Norm für alle Zusammenhänge erklärt. Der politische und geistige Imperialismus, die Herrschaft über andere Völker ist die dritte Säule des Patriachats. Herrschaft mit Druck von oben, erläutert Göttner-Abendroth, ergibt immer Gegendruck von unten und so sind patriarchale Gesellschaften im inneren sozialen Chaos ausgeliefert. Um davon abzulenken werden Feindbilder im außen geschaffen (Göttner-Abendroth, 2011, S 25).

Rockenschaub meint, dass die Hebammenkunst noch heute nicht anerkannt ist, da sie in einer patriarchalen Struktur, im Krankenhaus, angesiedelt ist. Hebammen leiten an und Geburtsmediziner setzen auf Kontrolle und Überwachung. Es wird sogar das „Verfügungsrecht der Mutter über ihre eigene Person“ in Frage gestellt (Rockenschaub, 2005, S 25).

Einen aktuellen Aspekt in dieser Debatte zeigt die voranschreitende Akademisierung des Berufs der Hebamme auf. Hebammenwissen wurde ebenso dokumentiert und weitergegeben wie andere Teilgebiete medizinischen Wissens. Dennoch hatten Frauen, durch die Exklusion von Bildung oft nur die Möglichkeit das Wissen anhand der Praxis weiterzugeben, d.h. über die Weitergabe an nachfolgende Hebammen. Könnte es sein, dass heute noch männliches medizinisches Expertenwissen weibliches „Laienwissen“ abwertet?

Im nächsten Kapitel wird gezeigt, dass mit dem Etablieren von Formen der technischer Überwachung in der Schwangerschaft (wie bspw. Ultraschall) und mit dem Knüpfen an gesellschaftliche Normen auf die Schwangeren* Zwänge einwirken können, so dass es ihnen schwerer fallen kann, autonome Entscheidungen zu treffen.

3 Von „Guter Hoffnung sein“ zu „das Kind ist zu 82% gesund“ – der Wandel der Einschätzung

Im vorigen Kapitel wurden Gründe erläutert, warum die Geburtshilfe sich von einem, von Frauen dominierten Bereich zu einer männlichen Domäne wandelte. Nun wird aufgezeigt, was für Auswirkungen diese Veränderung auf die Schwangere* hat. Auf der Suche nach den freundlichen, zugewandten Beschützerinnen der Gebärenden, die den hoffnungsvollen Zustand begleitet, wenden sich Frauen an die Gynäkolog*innen, die um Absicherung bemüht sind. Kritisch wird in diesem Kapitel die Pränataldiagnostik unter dem Aspekt diskutiert, dass sie als Hilfestellung für Entscheidungsgrundlagen, zu wenig aussagekräftig ist.

Historisch gesehen, war der Fötus im Körper der Frau unsichtbar. Und der Fötus musste sich auch nicht zeigen, um da zu sein, er gehörte jahrhundertlang in dieselbe Kategorie wie Engel, Naturgeister und Elementarwesen. Es gibt Zeichen, die sein „Da-sein“ ankündigen, doch bis es nicht zur Welt kommt, ist das Kind unsichtbar gewesen. Das Ausbleiben der Menstruation hat die Schwangerschaft angekündigt und ist kein Symptom einer Befruchtung gewesen. Unsere Welt hat sich allerdings weiterentwickelt, weg von der Hoffnung hin zu mehr Planbarkeit. (Duden, 1991, S 21 f).

Heute kann es schwerer fallen „guter Hoffnung zu sein“, denn sobald die erste Vorsorgeuntersuchung absolviert wird, werden Herzschlag, Fruchthülle und Gestationsalter per Ultraschall berechnet. Auch wenn die Frau weiß, wann der Eisprung stattfand, oder wann es zum Zeugungsakt kam, die Größe des unsichtbaren Kindes bestimmt den Geburtszeitpunkt, der genauso notiert und festgehalten wird. Dies kann schon eine erste Kränkung der Frau, in ihrer Rolle als Schwangere* darstellen und auch zu einer Reaktion führen, die Passivität erzeugt, wenn die Berechnungen von

Mediziner*in und Frau nicht übereinstimmen. Die Norm ist in der geburtlichen Vorsorge allgegenwärtig. In Österreich sind fünf Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft verpflichtend. Verpflichtend in dem Sinn, dass diese an die finanzielle Absicherungsmöglichkeit der zukünftigen Familie, in Form des Kinderbetreuungsgeldes gekoppelt sind (Gesundheit.gv.at., 2021, o. S.). Wenn bei Vorsorgeuntersuchungen Auffälligkeiten diagnostiziert werden, oder ein erhöhtes Risiko aufgrund des Alters der Mutter (über 35 Jahren) besteht, werden pränatal diagnostische Untersuchungen empfohlen. Zuerst werden Untersuchungstechniken angewandt, die weniger invasiv sind, zB Ultraschall (bei der Nackendichtemessung) und Blutabnahme bei der Mutter (Gesundheit.gv.at, 2021, o. S.). Bei diesem sogenannten „Combined Test“ können zwischen 11. und 14. Schwangerschaftswoche, Risiken für verschiedenen Trisomien oder Fehlbildungen abgeklärt werden. Eltern bekommen dann ein Wahrscheinlichkeitsergebnis mitgeteilt, dass entweder zu keiner weiteren Untersuchung oder zu einer invasiveren Untersuchung führen kann. Da allerdings die Wahrscheinlichkeit keine Sicherheit bietet, können Fehlbildungen nie ganz ausgeschlossen werden, ebenso wenig wie die Möglichkeit, dass ein Kind mit hoher Behinderungswahrscheinlichkeit trotzdem gesund zur Welt kommt (minimed.at, 2020, o. S.). Diese medizinischen Routineuntersuchungen bergen die Gefahr in sich, dass sie die werdenden Mütter/Eltern verunsichern. Denn auch wenn die Wahrscheinlichkeit einer Behinderung, zu beispielsweise 66 Prozent gegeben ist, so ist die Entscheidung aus diesem Grund einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen oder das Kind auszutragen und zu gebären, individuell, und keine Ärztin, kein Arzt kann und will diese Entscheidung für die Frau/Eltern treffen. Die Entscheidungsgrundlagen sind nicht aussagekräftig genug. Für die Ärzt*innen und das medizinische Personal, wie auch die Kliniken ergibt sich das Bild, dass die Frau über die Folgen der Austragung/des Abbruchs der Schwangerschaft aufgeklärt wurde, für die Frau bzw. die Eltern ist das „gute Hoffnung sein“, durch eine Diagnose beeinträchtigt. Gibt es eigentlich noch Hoffnung auf ein gesundes Kind, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Behinderung 66 Prozent beträgt?

Marion Scholl beschreibt den gesellschaftlichen Kontext von Pränataldiagnostik. Sie weist darauf hin, dass die meisten Frauen von einer diagnostischen Abklärung erwarten, dass ihnen mitgeteilt wird, dass das Kind gesund sei. Vielfach haben sich Schwangere auch zum Zeitpunkt der Diagnose noch gar nicht damit beschäftigt, welche Konsequenzen, mit einer Behinderung des Kindes einhergehen würden. Der Schwangerschaftsabbruch nach Eugenischer Indikation², wird in Österreich und anderen Ländern bis zur Geburt toleriert,

² Erläuterung: Der Paragraph 97 StGB, Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, Abs. 1 Ziffer 2, sagt aus, dass der Schwangerschaftsabbruch straffrei ist, wenn die seelische Gesundheit der Schwangeren in Gefahr ist, oder die Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde [...] und geht damit zeitlich über die Möglichkeit der „Fristenregelung“, d.h. dass der Abbruch in den ersten drei Monaten straffrei ist, hinaus.

setzt aber Schwangere* einem wachsenden gesellschaftlichen Druck aus, sich durch pränataldiagnostische Untersuchungen abzusichern. Ein Kind mit Behinderung kann durch pränatale Untersuchungen „verhindert“ werden, da bei Diagnose, ein Abbruch vollzogen werden kann. Ein Kind mit Behinderung unwissentlich auszutragen, kann aus rechtlicher Sicht sogar einen Schadenfall darstellen (Imabe.at, 2020, o. S.).

Die Beziehung und die Kommunikation zwischen Ärztin* und schwangerer Person ist in diesem Zusammenhang sicher von großer Bedeutung und kann auf die Mutter-Kind Beziehung einwirken, nicht außer Acht zu lassen sind auch die Wartezeiten, die sich bei der Auswertung von Testergebnissen ergeben. Da die Frau mit dem Gedanken konfrontiert ist, dass das Kind im Extremfall nicht überlebensfähig sein wird, versucht sie sich abzugrenzen und zu distanzieren (Bachinger, 2020, S 71). Ein Versuch, die intersektionale Mehrebenenanalyse anzuwenden, würde die Perspektive des Individuums, das immer die Möglichkeit hat, individuell zu reagieren, auf der Ebene einer gesellschaftlichen Generalisierung untersuchen (Ganz & Hausotter, 2020, S 101).

In diesem Zusammenhang könnte die Forschung Studien initiieren, welchen Einfluss die Technisierung auf das Individuum hat und dazu Technikfolgeabschätzungen anregen und die Ergebnisse aus gesellschaftlicher Sicht mit dem Fokus auf kapitalistische Einflüsse untersuchen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sich die Schwangere* in einem Zustand befindet, der einerseits staatlichen Kontrollmechanismen, die den Bezug von Geldleistungen an Vorsorgeuntersuchungen knüpfen, andererseits ärztlichen Einschätzungen ausgesetzt ist, die auf die pränatale Beziehung zwischen Mutter und Kind störend oder verunsichernd einwirken, aber auch bestärkend und förderlich sein könnten. Im folgenden Kapitel wird erläutert, warum der Einsatz von Technik nicht unbedingt zu einer Verbesserung der individuellen Schwangerschaftsvorsorge führen muss.

3.1 Grundsätze der Technikfolgenabschätzung – Technik und ihre Folgen auf die Selbstbestimmung

Dem Konzept der Technikfolgenabschätzung zufolge ist es Usus, technische Innovationen und Technologieanwendungen auf ihre Auswirkungen und Nutzer*innenfreundlichkeit systematisch zu überprüfen. Nicht nur Primärauswirkungen werden erforscht, sondern auch Sekundär- und Tertiäreffekte, die mit Verzögerungen eintreten, werden wissenschaftlich beschrieben und aufgearbeitet. Es sollen alle Bereiche und Personengruppen, die mit der innovativen Technologie in Berührung kommen werden, miteinbezogen, und die Auswirkungen der Anwendung auf diese eingeordnet und abgeschätzt werden. Technikfolgenabschätzungen sind nicht neutral oder objektiv, denn einerseits sind sie bedingt durch subjektive Wahrnehmung von Auftraggeber*in oder

Analytiker*in, andererseits sind sie aber wiederum verständlich und überprüfbar, und werden darum als „objektiviert“ charakterisiert (Paschen, Gresser, Conrad 1978, S 19 f.). Folgewirkungen müssten möglichst früh vorausgesagt werden können und es ist eine partizipative Grundhaltung erforderlich, denn der Wirkungsbereich einer Technologie betrifft meist verschiedene Gruppen (Baron, 1995, S 40 f).

Die drängende Frage, die sich im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik oder Dauer-CTG Überwachung unter der Geburt stellt, ist die der Auswirkungen der Anwendung auf die Schwangere* und ihr Kind und ob die Frau bzw. die Eltern partizipativ miteinbezogen werden und wurden in der Auswahl dieser Technologien. Die ethischen Konsequenzen, die sich aus der Anwendung verschiedenster Technologien ergeben müssten als Sekundär- oder Tertiärfolgewirkung bei der Auswirkung miteinbezogen werden und es müssten seitens der medizinischen Wissenschaft und Forschung bereits Reaktionen erfolgt sein, die auf die Komplexität der Anwendungen eingehen. Denn das CTG in seiner Daueranwendung hat wissenschaftlich keine Relevanz für die Sicherheit während der Geburt, beschränkt aber den Drang von Frauen sich unter der Geburt frei zu bewegen. Hier zeigt sich in besonderem Maß, dass den Ergebnissen von Wissenschaft folgend, der Lebensbereich schwangerer Frauen, der Beurteilung von Professionist*innen angepasst und unterworfen ist. Die Anwendung von technologischen Neuerungen, die Beurteilung derselben von Professionist*innen kann für das individuelle Befinden der Betroffenen aber neue Problematiken schaffen (Waldschmidt, Klein, Korte, 2009, S 13).

Als positives Beispiel für die Einbeziehung von verschiedenen Betroffenenengruppen, können die neuen „Leitlinien für die vaginale Geburt am Termin“ genannt werden, die von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft herausgegeben wurden und unter anderem unter der Mitwirkung von Elternverbänden und dem Verein Motherhood e.V. erstellt wurden. Auch das österreichische Hebammengremium war bei der Ausarbeitung miteinbezogen. Im Leitlinienreport, einer Begleitschrift, die über Zustandekommen und Mitwirkung unterrichtet, wird die Problematik, die besteht, herausgearbeitet. Über den Zweck der Leitlinie wird berichtet, dass die steigende Kaiserschnitttrate (in Deutschland wird bereits ein Drittel der Kinder per Sectio geboren) und die „Rate der Wehenmittelgabe mit maternaler und neonataler Morbidität korrelieren“ (AWMF, 2020, S 2). Das bedeutet, dass das Ziel so definiert wurde, dass es eine Abgrenzung zwischen physiologischem und pathologischem Geburtsverlauf bräuchte, um Interventionen, die einer Notwendigkeit entbehren, zu vermeiden und Schwangeren situationsangepasste, selbstbestimmte Geburten, mit Fokus auf den Geburtsprozess, zu ermöglichen (AWMF, 2020, S 2).

Die neuen Leitlinien, die unter partizipativer Mitwirkung verschiedener Akteur*innen rund um die Geburt entwickelt wurden und werden, markieren so gesehen einen Meilenstein in der Förderung von Selbstbestimmung unter der Geburt.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sich die Schwangere* in einem Zustand befindet, der einerseits staatlichen Kontrollmechanismen ausgesetzt ist, die den Bezug von Geldleistungen an Vorsorgeuntersuchungen knüpfen, andererseits ist sie ärztlichen Einschätzungen ausgesetzt, die auf dem Einsatz von Technik beruhen. Die Anwendung von Technik und die damit verbundene unklare Diagnostik können auf die pränatale Beziehung zwischen Mutter und Kind oder den Geburtsprozess störend oder verunsichernd einwirken. Mundlos erläutert einen weiteren Aspekt, nämlich, dass in Kliniken weniger Geburten am Wochenende stattfinden, weil einerseits geplante Kaiserschnitte unter der Woche gemacht werden, andererseits weist sie auf die erhöhte Geburtenrate an Freitagen hin. Die Vermutung, dass Geburten, die am Freitag beginnen auch am Freitag beendet werden sollen, notfalls mit Kaiserschnitt liegt nahe (Mundlos, 2015, S 43). Um Geburten zu beschleunigen werden Interventionen, wie Wehenmittelgabe oder Eipollösung eingesetzt.

An dieser Stelle kommt aus meiner Sicht wieder die Position von Alfred Rockenschaub zum Tragen, der bereits in seinem Standardwerk „Gebären ohne Aberglauben“ von 2001 darauf hinweist, dass sich der physiologische Geburtsverlauf aus dem Zusammenspiel körpereigener Hormone und der Wechselwirkung zwischen „Gestaltungskräften der Gebärmutter“ (Rockenschaub, 2005, S 344) sowie des Körpers des Fetus entwickelt. Er beschreibt einen Großteil der angewandten geburtsmedizinischen Mittel um Wehen herbeizuführen, als nicht zielführend, da damit verzögerte Geburtsverläufe herbeigeführt würden, die im schlechtesten Fall in Schnell- oder Schnittentbindungen endeten (Rockenschaub, 2005, S 343 f).

Es kann somit interpretiert werden, dass bei Geburten die zeitlich an Freitagen stattfinden, öfter interveniert wird und so versucht wird, den physiologische Geburtsverlauf zu beschleunigen. Hierzu wäre es spannend, wissenschaftliche Daten etwa über eine empirische Interviewstudie mit Schwangeren* und/oder Hebammen zu sammeln, um die Vermutung zu untermauern.

Was bedeutet das für die Autonomie einer Frau, die am Freitag mit Wehen in die Klinik kommt? Vorab kann interpretiert werden, dass die Autonomie von Patient*innen freitags eingeschränkt wird. Das nächste Kapitel widmet sich den Fragestellungen rund um Autonomie von Patient*innen anhand verschiedener Ärzt*innen – Patient*innen Beziehungen und sucht eine Erklärung für die erhöhte Geburtenrate an Freitagen.

3.2 Die Patientin* als Kundin*

In diesem Kapitel sind die verschiedenen Modelle von Ärzt*innen-Patient*innen Beziehungen beschrieben. Selbstbestimmung bzw. Autonomie und informierte Zustimmung in der Gesundheitsfürsorge sind partizipative Rechte und Pflichten von

Menschen. Bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts befanden sich Ärzt*innen und Patient*innen in einer „benevolenten paternalistischen“ Beziehung. Diese Beziehung billigte den Ärzt*innen zu, dass sich Patient*innen ihnen umfassend anvertrauten und sie ihr umfassendes Wissen, zum Wohle der Patient*innen einsetzen. Tegethoff, die sich auf Dierks u. a. bezieht, stellt fest, dass dieser Paternalismus heute noch stark verbreitet ist, obwohl er als überholt anzusehen ist. (Tegethoff, 2011, S 102). Ist dieses Modell geeignet, die Autonomie von Gebärenden an Freitagen zu unterstützen?

Dagmar Fenner beschreibt in ihrem Buch „Einführung in die Angewandte Ethik“ die verschiedenen Modelle von Ärzt*innen-Patient*innen Beziehungen, die Anwendung in der Medizinethik finden.

Das „Vertragsmodell“ („Informations-/ Kundenmodell“) löste das paternalistische Modell ab. Hier ist es so, dass den Patient*innen größtmögliche Autonomie zuzuschreiben ist, die Kund*innen bekommen Informationen zur Krankheit und Behandlungsmöglichkeit und sollen autonom über weitere Schritte entscheiden. Hier trifft der betroffene Mensch eine Wahl, die von persönlicher Wertvorstellung oder Lebensentwurf beeinflusst ist, die gesamte Verantwortlichkeit wird allein von ihm getragen. Kritik äußert Fenner insofern, als dass bei diesem Modell die vertrauensvolle Arzt-Patient*innen Beziehung fehlt, und sie wendet einerseits ein, dass es den Ärzt*innen einfach gemacht werde, die Verantwortung abzugeben, wenn die Patient*innen wünschen, die Behandlung auf eine bestimmte Art fortzusetzen, andererseits könnten die Wünsche von Patient*innen situationsbedingt unrealistisch sein (Fenner, 2010, S 64 f).

Kann dieses Modell die Autonomie von Gebärenden an Freitagen unterstützen?

Das „partnerschaftlich-deliberale Modell“ sieht Ärzt*innen gegenüber Patient*innen in einer partnerschaftlichen Rolle. Freundschaftlich sollen gemeinsam Ziele und Wertvorstellungen der medizinischen Behandlung argumentativ erläutert werden. Dadurch wird die Autonomie von Patient*innen gestärkt, weil sie auch der Fürsorge der Ärzt*innen gewiss sein können. Kann dieses Modell die Autonomie von Gebärenden an Freitagen unterstützen?

Zusätzlich zur ärztlichen Diagnostik und Therapie kommt durch die »informed choice« eine dritte Komponente zu tragen, nämlich die angemessene Aufklärung, die die Autonomie der Menschen stärken soll, damit diese über die Behandlung „(mit)entscheiden“ können. Hierbei wird von einer partnerschaftlichen Ebene der Beteiligten ausgegangen (Tegethoff, 2011, S 102). Fenner erläutert das Konzept von „Informed Consent“ („aufgeklärte Zustimmung“) so, dass, die Entscheidungsfindung durch zwei gleichwertige Partner*innen erfolgt, die sich gegenseitig anerkennen. Die Ansätze dieses Modells sind in der Diskursethik zu finden bzw. auf sie zurückzuführen. Argumente, um die Patient*innen von einer Behandlungsmethode zu überzeugen, dürfen von Seite der Ärzt*innen durchwegs vorgebracht werden, allerdings dürfen weder Druck

noch Beeinflussung ausgeübt werden (Fenner, 2010, S 65 f). Kann dieses Modell die Autonomie von Gebärenden an Freitagen unterstützen?

Alle vorgestellten Modelle würden im besten Fall die Autonomie von Patient*innen unterstützen, wenn sie im Sinne des zugrundeliegenden Prinzips umgesetzt werden. Im ersten paternalistischen Modell kommt Autonomie jedoch noch nicht wirklich zum Tragen, da sich die*der Patient*in dem ärztlichen Wissen überantwortete, aber das Wohlergehen der Person ist für dieses leitend.

Bezogen auf die Themenstellung dieser Bachelorarbeit lässt sich anhand der Diskussion dieser Modelle festhalten, dass Ärzt*innen und Hebammen in einem System arbeiten, das von hierarchischen Strukturen geprägt ist und auf Effizienz ausgelegt ist. Infolgedessen könnte die Ärzt*innen-Patient*innen Beziehung und die Lage und Wünsche der Schwangeren* an Freitagen eine untergeordnete Rolle spielen. Es könnte interpretiert werden, dass durch die Ressourcenschonung in Form von Einsparungen von Personal an Wochenenden, es zur Beschneidung von Patient*innenrechten kommen kann.

Wenn das Gesundheitssystem als Wirtschaftsbereich angesehen würde, so wäre das Verhältnis von Ärzt*innen und Patient*innen vollkommen umgekehrt. Ärzt*innen wären Dienstleister*innen und Patient*innen wären Kund*innen (Tegethoff, 2011, S 102).

Warum gilt diese Prämisse gerade für gebärende Frauen offensichtlich nicht?

Eine Antwortsuche wird im nächsten Kapitel unternommen.

3.3 Die Klinik als Dienstleistungsanbieter

Ein Krankenhaus, ist wie der Name schon sagt, ein Ort, an dem kranke Menschen anzutreffen sind.

Rockenschaub maß dem „Krankheitsbegriff“ eine zentrale Bedeutung im Gesundheitswesen in Österreich und der westlichen Welt zu. Alles drehe sich rund um die Krankheit, da mit der Gesundheit wenig Geschäft zu machen sei. Es geht im Gesundheitssystem, so Rockenschaub, um die Verwaltung von Krankheit (Rockenschaub, 2008, S 50 f).

Im 20. Jahrhundert hat die Medizin, ausgehend vom biomedizinischen Modell, viele Fortschritte erzielt. Dieses Modell orientiert sich an den Organen und Körperfunktionen, es stellt sich den Körper des Menschen als eine Maschine vor, „das Herz als Pumpe oder Motor“, das Gehirn als Datenspeicher, und ähnliches (Klemperer, 2015, S 47).

Dieses Modell, dass noch immer umgesetzt wird, ist deutlich erkennbar daran, dass es Spezialgebiete gibt, in Krankenhäusern ersichtlich an den verschiedenen Fachabteilungen (z.B.. Gynäkologie und Geburtshilfe, Dermatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Innere Medizin usw.). Dies steht im Widerspruch zu den Bedürfnissen des Menschen. Klemperer meint nämlich, dass die Bedürfnisse von Patient*innen im biomedizinischen

Modell nur dann erfüllt werden, wenn biomedizinische Probleme im Vordergrund stehen. Wenig zufrieden sei das System hingegen, wenn die gesundheitlichen Probleme auf psychosoziale Herausforderungen, oder gar auf kein bestimmtes ursächliches Problem zurückzuführen sind (Klemperer, 2015, S 48).

Biomedizinische Probleme sind auf Basis ihrer naturwissenschaftlichen Erklärungsmodelle behandelbar, in Verbindung mit psychosozialen Problemen erweist sich die Therapie als wesentlich komplexer. Hier stellt sich die Frage, inwieweit eine Geburt eine biomedizinische Problemlage darstellen könnte. Wenn dies der Fall wäre, dann würden alle Maßnahmen, die medizinisch, unter einem Sicherheitsdispositiv gesetzt würden gerechtfertigt sein. Darauf wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

In Österreich, (wie auch in Deutschland) ist die Finanzierung von Krankenhäusern solidarisch geregelt, einen Teil finanziert der Bund aus Steuerbeiträgen, einen Teil finanzieren die Sozialversicherungen, das Land zahlt ebenso für die Spitäler wie für Patient*innen, in Form einer Zuzahlung von Taggeld. Gesundheitsleistungen, die von der Krankenkasse übernommen werden, können leistungsorientiert abgerechnet werden (Gesundheit.gv.at, 2021, o. S.).

In Deutschland war erst vor kurzem der private Krankenhausbetreiber Fresenius in den Schlagzeilen, der die Helios Kliniken betreibt. Durch die Pandemie ging der erwartete Gewinn zurück und nun will Fresenius sein Angebot optimieren, den Ausbau zukunftssträchtiger Bereiche forcieren und Maßnahmen zur Kosteneinsparung umsetzen (Zeit.de, 2021, o. S.).

Wenn eine Einrichtung, die sich mit Gesundheit von Menschen auseinandersetzt, den Regeln der freien Marktwirtschaft folgt, so kann angenommen werden, dass es finanzielle Drittinteressen geben wird. Fremdinteressen können laut der Soziologin Mundlos, das Risiko für die Entstehung von Gewalt fördern. Sie argumentiert, dass Kliniken durch Interventionen versuchen, die Geburten voranzutreiben, damit die Ressourcen geschont werden (Mundlos, 2015, S 19 f).

Im nächsten Kapitel wird auf die Möglichkeiten, Geburt anhand von Interventionen zu optimieren, eingegangen.

4. Technisierung und Medikalisierung in der Geburtshilfe – Geburt erleichternd?

Alles ist stetigem Wandel unterworfen, so auch die Geburtskultur. Es wird versucht, den Geburtsvorgang so effizient wie möglich in den Ablauf des Krankenhausbetriebes zu integrieren. Davon zeugen Studien, die besagen, dass nur mehr sechs Prozent der Frauen Geburten ohne Interventionen (dazu zählen unter anderem Medikamente, mechanische Entbindungs“hilfen“ oder Operationen) erleben. Andererseits werden Schwangerschaften von Beginn an pathologisiert, und die Rate an als

Risikoschwangerschaften eingestuftem Frauen stieg von 34% im Jahr 1990, auf bereits 76,3 % im Jahr 2013. Diese Pathologisierung führt dazu, dass medizinische Notfalleingriffe heute auch bei normalen Geburten routinemäßig angewendet werden (Mundlos, 2015, S 39). Es ist somit immer normaler geworden, in den Geburtsvorgang zu intervenieren.

Was bedeuten diese Interventionssteigerungen konkret für die Zukunft der Geburtshilfe und die damit zusammenhängenden Fachgebiete, wie z.B. die Reproduktionsmedizin und die Gynäkologie? Und was bedeuten sie vor allem für schwangere Frauen und ihre Familien und damit für unserer zukünftige Gesellschaft? Lotte Rose und Ina Schmied-Knittel befinden, dass sich durch die Verfeinerung von pränatalen Diagnosetechniken und Reproduktionstechnologien die Medikalisierung der Geburt noch weiter ausbreitet (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 75). Schwangerschaft wird im Zuge dessen zu einem zu behandelnden Krankheitszustand.

Wenn die Geburt als soziales Erlebnis betrachtet wird, hat das Versterben von Müttern und/oder Kindern während der Geburt Auswirkungen auf die soziale Gruppe, denn diese war dadurch existentiell gefährdet. Natürlich versuchten die Gesellschaften immer wieder durch Interventionen in Form von Ritualen, magischen Beschwörungen oder ähnlichen helfenden Aktionen die Gefahr für Mutter und Kind zu minimieren. Durch die Verlagerung der Geburten vom Zuhause in die Klinik wurde versucht, das Risikomanagement zu verändern. Denn die Geburt an sich kann ein bedrohliches Erlebnis sein, nicht selten standen Mütter und Kinder zwischen Leben und Sterben (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 76 f).

Hier stellt sich die Frage, auf welche Art der Schwangeren* beim Gebären noch Hilfe zuteilwerden kann. Ist die Geburt ein medizinischer, sozialer oder individueller Vorgang, ein historischer Ablauf oder eine Situation die Körper und Geist auf biopsychosozialer Sicht umfasst? Die Hebamme Ina May Gaskin beschreibt im Buch „Die Selbstbestimmte Geburt“ zwei Situationen, die einen anderen Blick auf Verzögerungen beim Gebären werfen, bzw. aufzeigen, dass Körper und Geist aufeinander einwirken. Am Anfang ihrer Tätigkeit als Hausgeburtshebamme in den USA hatte sie bei zwei Geburten ähnliche Situationen erfahren. Der Muttermund blieb während des Geburtsprozesses ca. 7 cm weit geöffnet und veränderte sich dann innerhalb von Stunden nicht mehr. Durch den Besuch einer Freundin der Gebärenden, die darauf aufmerksam machte, dass die Gebärende adoptiert war und Angst hatte, dass ihre leibliche Mutter bei ihrer Geburt verstorben war (sie wusste aber nichts über ihre Mutter, die Gebärende hatte eine fiktive Angst), wurde diese internalisierte Angst ausgesprochen und der Muttermund entspannte sich. Er öffnete sich weiter, so dass die Gebärende zwei Stunden später ihr Kind gebären konnte. Bei der zweiten Gebärenden war Gaskin bereits darauf eingestellt, dass eine tiefsitzende Angst vor dem Sterben, die Geburt verzögern könne. In diesem Fall war es so, dass die

Gebärende sich darüber sorgte, dass sie und ihr Mann das Ehegelübde, dass sie sich einige Monate zuvor gegeben hatten, nicht zu einem lebenslangen Versprechen gemacht hatten. Unter der Geburt wiederholten sie das Ehegelübde mit dem Zusatz, „bis dass der Tod uns scheidet“ (Gaskin, 2010, S 126). Wiederum zwei Stunden später wurde das Kind geboren (Gaskin, 2010, S 126). An diesen Beispielen zeigt sich, dass störende Gedanken und dadurch entstehende Angespanntheit, auf den Geburtsvorgang erheblichen Einfluss nehmen und eine hemmende Auswirkung haben können.

Gaskin erläutert, dass die Geburtshilfe sich heute auf das drei P-Gesetz beruft, nämlich, der „Passant (das Baby)“, die „Passage (das Becken und die Vagina)“ sowie die „Power (die Kraft der Gebärmutterkontraktionen)“, wobei sie kritisiert, dass die Geburtshilfe, den Gebärenden oftmals die Verantwortung für ihre „dysfunktionale“ Wehen übergeben. Es ist sozusagen die „Schuld“ der Frau, wenn sie nach einer, von der Geburtshilfe definierten Zeit, ihr Kind noch nicht geboren hat. Es ist dann entweder die Gebärmutter zu schwach, das Kind zu groß oder das Becken zu eng. Darum müssen Wehenmittel und andere Interventionen eingesetzt werden. Eine Geburt wird dadurch auf eine medizinische Problemlage reduziert (Gaskin, 2010, S 167), obwohl die Beispiele, die Gaskin anführt deutlich zeigen, dass es sich bei der Geburt um ein komplexes Wechselspiel von Körper und Psyche handelt. Rockenschaub vertritt einen ähnlichen Ansatz, wenn er darauf verweist, dass Schock und negativer Stress Einfluss auf den Beginn und das Ende von Wehen haben können (Rockenschaub, 2005, S 343). Umgekehrt kann eine positive professionelle Begleitung, die die Psyche einbezieht, geburtsförderlich wirken.

Wenn die Ärzt*innen-Patient*innen Beziehung nun z.B. auf dem paternalistischen Modell beruht, so könnten sich Situationen ergeben, die Ärzt*innen, weil sie eben die Verantwortung für die Patient*innen übernehmen, entgegen der Autonomie von Frauen handeln lässt. Im Kapitel fünf wird anhand eines Beispiels näher auf diese Annahme eingegangen, allerdings könnte jedes Handeln, dass die gebärende Frau Erfahrungen der Ohnmacht, bzw. der Objektifizierung machen lässt, bzw. ihren Willen und ihrer Mündigkeit nicht miteinbezieht einem paternalistischen Ansatz entsprechen. Vor allem kommt dabei auch der Aspekt zum Tragen, dass nach dem Gesetz der drei P's mit einem defizitären und auf den Körper fixierten Blick auf die Gebärende geschaut wird. Hieraus können Gewalterfahrungen für Gebärende entstehen, weil Ärzt*innen die Definitionsmacht in Krankheitsfragen innehaben und sich auch noch am biomedizinischen Modell orientieren. Dieses Modell folgt teilweise problematischen Einschätzungen, demzufolge zb eine Behandlung immer besser wäre als eine Nicht Behandlung, Normabweichungen wären pathologisch und jedenfalls behandlungswürdig, oder dass die Beseitigung einer Störung bereits einen Wert an sich darstellt (Klemperer, 2015, S 49 f).

Die Methode, die Gaskin anbietet, und nach der sie arbeitet, nennt sie das „Gesetz der Schließmuskeln“, ein ganzes Kapitel ihres Buches ist diesem gewidmet. Die Geburt ist ein

Ausscheidungsvorgang. Ausscheidungsvorgänge funktionieren am effizientesten bei ruhiger Atmosphäre und in Privatheit. Schließmuskeln können willentlich nicht beeinflusst werden. Ein hoher Adrenalin Spiegel im Blut fördert das Öffnen von Schließmuskeln nicht, der Schließmuskel kann sich wieder schließen, obwohl er gerade geöffnet war, wenn sich die Gebärende unsicher, gedemütigt oder aufgereggt fühlt (Gaskin, 2010, S 169).

Rockenschaub und Gaskin sind also einer ähnlichen Ansicht, welche förderlichen Maßnahmen es gibt, um Gebärenden die Geburt zu erleichtern. Essenziell ist es, Stress zu meiden und eine Atmosphäre zu schaffen, die Aufgehoben sein und Ungestörtheit bietet.

Im nächsten Kapitel wird dargelegt, in welchem ethischen Spannungsfeld sich die Medizin aufgrund der Möglichkeiten von technischen Interventionen befindet.

4.1 Geburt und Sterben bei Frühgeborenen

Nun stellt sich allerdings die Frage, wer heute im Fokus des Wohlwollens von Ärzt*innen und medizinischem Fachpersonal steht. Ist es die Schwangere oder das Ungeborene oder sind es Klinikinteressen? Diese Frage stellt sich verschärft im Hinblick auf die Technisierung und Überwachungsmöglichkeiten während der Schwangerschaft und führt vielleicht auch zum Diskurs darüber, wo und wann Leben beginnt. Die Frage scheint auch darum an Brisanz zu gewinnen, wenn überlegt wird, was aufgrund der medizinisch-technischen Neuerungen möglich gemacht werden kann und wird. Als gegenteiliges Beispiel kann die Überlebenschance von Frühgeborenen dienen.

Die Überlebenschance von Frühgeborenen ist abhängig von Gestationsalter und Geburtsgewicht. Eine bessere Überlebensprognose haben weibliche Frühgeborene. Eine Behandlung mit Steroiden, die bereits vor der Geburt erfolgt sein muss, gilt als schützender Aspekt, ebenso wirkt sich die Geburt in einem Perinatalzentrum positiv aus.

Die Überlebenschancen von frühgeborenen Kindern, unter der 26.

Schwangerschaftswoche, haben sich in den letzten 25 Jahren in fast allen OECD Ländern nur geringfügig verbessert (AWMF, 2021, S 5).

Bei der Behandlung von Frühgeborenen ergibt sich die ethische Frage, ab welchem Alter/Gewicht kurative und wann palliative Maßnahmen gesetzt werden sollen.

Rockenschaub konstatiert, dass alle Methoden, die eine Frühgeburt aufhalten sollten, erfolglos sind. Um das Kind im Mutterleib zu halten, muss sich dem Organismus der Mutter zugewendet werden. Er gibt zu bedenken, dass es ebenso Frühgeburten gibt, die von der Geburtshilfe auf „Verdacht einer fetalen Gefährdung“ herbeigeführt werden. Die daraus resultierenden Schädigungen des Kindes, werden aber nicht auf die Einleitung der Geburt zurückgeführt, sondern auf die „fiktiven“ Risiken, vor dem das Kind mit der

Einleitung geschützt wird (Rockenschaub, 2005, S 263).

Die medizinische Forschung beschäftigt sich in diesem Zusammenhang damit, eine künstliche Fruchtblase zu entwickeln, die im Falle einer extremen Frühgeburt die Funktion einer Plazenta übernehmen kann. Die Forschung an per Kaiserschnitt entbundenen, zu früh geborenen Lämmern in Philadelphia hat gezeigt, dass sich einige der Tiere altersadäquat im „Biobag“ entwickelten. Es wurde aber nicht erforscht, wie sich die künstliche Umgebung, der externen Schwangerschaft auf die weitere Entwicklung der Lämmer auswirkt (Ärzteblatt.de, 2017, o. S.).

Derzeit werden in westlichen Neonatologien gewisse Techniken angewandt, die frühgeborenen Kindern die Anpassung ans Leben erleichtern soll. Die Känguru Methode („intermittend kangaroo mother care“ Methode) geht davon aus, dass früher Hautkontakt eine positive Auswirkung auf die Mutter-Kind-Bindung und -Interaktion hat. Die Effekte der Methode seien nach Aussagen einer Studie³ auch nach Jahren nachweisbar, die Entwicklung gegenüber Kindern, bei denen diese Methode nicht angewandt wurde, war günstiger. Das konnte anhand des Bereiches im Hirn nachgewiesen werden, wo das Lernen stattfand. Der Intelligenzquotient war höher als der jener Probanden, bei denen die Känguru Methode nicht angewandt worden war, sie waren emotional ausgeglichener und als Arbeitnehmer*innen verdienten sie mehr.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass trotz „besserer“ technischer Möglichkeiten die Überlebenschance frühgeborener Kinder in den letzten 25 Jahren, nicht signifikant erhöht werden konnte. Es gibt sogar Bedenken, dass durch die besseren Vorsorgemöglichkeiten, Schädigungen erkannt werden, die pathologisch sein können, aber nicht sein müssen, und durch das frühzeitige Eingreifen Schädigungen einer anderen Art eintreten können. Die Ansätze zur Versorgung Frühgeborener außerhalb des Leibes der Mutter haben Auswirkungen auf das gesamte Leben der Kinder, diese Auswirkungen können nicht ausreichend berücksichtigt werden, wenn sich die Forschungen allein auf die technischen Möglichkeiten konzentrieren.

Im nächsten Kapitel wird sich intensiver der Frage gewidmet, wessen Autonomie bei der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung im Fokus steht.

4.2 Ethische und philosophische Aspekte von Schwangerschaften

Um die Frage wieder aufzugreifen, die im vorigen Kapitel gestellt wurde, wer im Fokus des Interesses steht (die Schwangere, das Ungeborene oder die Klinikinteressen), wird nun auf ethische Fragen anhand der Reproduktionsmedizin eingegangen. Die Philosophin

³ Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 1.2017.

Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. Zugriff am 30.4.2021 unter DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2063>

Simone de Beauvoir beschreibt den Zustand der schwangeren Frau als „Bereicherung und Verstümmelung zugleich“ (Beauvoir, 2020, S 629). Während der Fötus Teil des Frauenkörpers ist, so ist er doch auch ein eigenständiger Körper. Dadurch, dass eine neue Existenz in Erscheinung tritt, wird die Existenz der Frau gerechtfertigt. Die Einzigartigkeit des Prozesses besteht nach De Beauvoir darin, dass der Körper der Frau aufhört, allein zu sein, aber sein Volumen vergrößert, und der Frau bewusst wird, dass sie über sich hinausgeht, aber dann doch durch Übelkeit oder Erbrechen wieder auf sich selbst zurückgeworfen wird. Der Mann wird in seinen Tätigkeiten, seien sie schöpferisch oder handlungsorientiert dagegen als Subjekt wahrgenommen. „Bei der werdenden Mutter hebt sich der Gegensatz zwischen Subjekt und Objekt auf. Sie bildet mit dem Kind, das ihren Leib anschwellen lässt, ein zweideutiges Paar, das vom Leben überflutet wird. Die Frau als menschliches Wesen wird zum -‘passiven Werkzeug des Lebens‘ (Beauvoir, 2020, S 630). Könnte es sein, dass die Medizin die Frau als passives Gefäß betrachtet, in dem neues Leben erwächst?

Der Gedanke, den de Beauvoir ausformt, dass die Frau als Gefäß für das neue Leben dient, würde die Frau passiv machen, es könnte erklären, warum der Frau Verfügungsrecht abgesprochen wird, oder warum sie unter der Geburt objektiviert wird. Mit der Frage, wie sich das Subjekt-Objekt-Verhältnis im Zuge der Schwangerschaft für die Frau verschiebt und wann das menschliche Leben beginnt, wird ein ethische Thema klar, mit dem sich die Schwangere*, ihre Familie und die sie betreuenden Professionist*innen mehr oder weniger bewusst oder unbewusst im Laufe der Schwangerschaft auseinandersetzen werden. Diese Fragen sind, je nach Gesellschaft, unterschiedlich geregelt. Damit ist gemeint, dass der Autonomie der Frau, nicht überall auf der Welt, z.B. die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch, zugestanden wird. Um auch die Sicht von Menschen einzubeziehen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, kann gesagt werden, dass diese Menschen auch die eigene Autonomie wahrnehmen können müssten, falls sie diesen Eingriff nicht vornehmen möchten. Es offenbart sich, dass die Frage, wann das menschliche Leben beginnt, eine moralische Frage ist (Bachinger, 2020, S 65). Vor allem unter dem Aspekt, dass für einige der Embryo ein Zellhaufen ist, was eine Abwertung impliziert, für andere beginnt das Leben hingegen dann doch mit der naturwissenschaftlichen Tatsache, dass ab dem Zeitpunkt der Vereinigung von Ei und Samenzelle Leben entstehen kann. Je nachdem welche Haltung eingenommen wird, werden die Embryonen oder die Zellanhäufungen entweder verdinglicht oder als schützenswert deklariert. Wenn Embryonen bei der Präimplantationsdiagnostik⁴ auf ihre Unversehrtheit überprüft werden können, ist der Grad zur Erfüllung des Wunsches der Eltern, nach einer bestimmten Haar- oder Augenfarbe,

⁴ Anmerkung: In diesem Fachgebiet geht es darum, künstlich gezeugte Embryonen genetischen Überprüfungen zu unterziehen (Bachinger, 2020, S 66).

nach Geschlecht und nach Immunität von einer derzeit unheilbaren Erkrankung, wie Aids, ein sehr schmaler.

Wenn der Standpunkt der Präimplantationsmedizin eingenommen wird, so ist die Frau das Gefäß, in dem der erwünschte, überprüfte Embryo heranwächst. Eine ähnliche Haltung kann in der Diskussion um die Leihmutterschaft gesehen werden. Auch hier wird der Körper der Frau objektiviert, ihr Körper bietet dem Kind anderer Eltern den Ort der Entwicklung. Anja Michaelsen hat den Film „Frozen Angel“ analysiert, der erzählt wie ein kinderloses Paar, durch eine Leihmutter, ein Kind erhält. Auffallend ist, dass die Verbindung in Form von Beziehung, die zwischen zukünftigen Eltern, Leihmutter und Kind existiert, in vielen Diskussionen rund um das Thema Leihmutterschaft nicht thematisiert wird. Der Embryo wird als autonom angesehen, und in Verbindung mit ihm werden nur die zukünftig potenziellen Beziehungen gesehen. Im Diskurs über Reproduktionsmedizin wird der weibliche Körper, zu dem das Kind in Beziehung steht, unsichtbar gemacht (Michaelsen, 2011, S 195). Um nochmal auf Barbara Duden rückzuführen: In der Diskussion rund um Reproduktionsmedizin erfährt der historische Narrativ von Schwangerschaft also eine Umdeutung, nun ist der Fötus sichtbar und die Frau unsichtbar.

Um die Integrität von Menschen während einer Erkrankung oder einer medizinischen Intervention zu schützen wurden Patient*innenrechte etabliert. Im nächsten Kapitel werden die Patient*innenrechte in Österreich näher dargestellt.

4.3 Patient*innenrechte

In Österreich sind die Patient*innenrechte in der sogenannten Patientencharte gesetzlich geregelt. Die Rechte von Patient*innen umfassen das Recht auf Behandlung und Pflege, die Achtung der Patientenwürde, Recht auf Selbstbestimmung, Recht auf Information und Dokumentation. Zur Sicherstellung, dass die Willensäußerung von Patient*innen in die medizinische Behandlung einbezogen wird, gibt es Absicherungsmöglichkeiten in Form von Patientenverfügung, den Widerspruch gegen die Organspende und die Vorsorgevollmacht. Um Patient*innenrechte zuzusichern, sind Patient*innenanwaltschaften in jedem Bundesland installiert. In manchen Krankenhäusern gibt es eigene Ombudsstellen. Falls eine Behandlung in einem öffentlichen, gemeinnützigen Spital zu einer Schädigung geführt hat, so übernimmt die Patienten-anwaltschaft das Verfahren (Österreich.gv.at, 2020, o. S.). Eine österreichweite Statistik ist nicht zu finden, dennoch veröffentlichen alle Patient*innenanwaltschaften jährliche Tätigkeitsberichte. Hierzu hat das Burgenland im Jahr 2018/2019 die Beschwerden über Krankenabteilungen im Krankenhaus eingeteilt und veranschaulicht. Insgesamt waren es 298 Beschwerden. Im Bereich der Gynäkologie/Geburt gab es in

diesem Zeitraum fünf Beschwerden. Genauere Details wurden nicht genannt. In der Anmerkung wird darauf hingewiesen, dass in den operativen Fächern die meisten Beschwerden anfallen (Burgenländische Gesundheits-, Patientinnen-, Patienten- und Behindertenanwaltschaft, 2018/19, S 8). Das Land Niederösterreich behandelte vergleichsweise im Jahr 2019 1802 Geschäftsfälle (Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft, 2019, S 6) Im gynäkologischen intramuralem Bereich wurden 41 Beschwerden behandelt (Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft, 2019, S 14).

Eine Statistik zu Beschwerden über Gewalt unter der Geburt in Österreich war nicht zu finden. In der Deutschen Hebammenzeitschrift wurde in der Ausgabe 9/2020 darauf hingewiesen, dass im Jahr 2017 Gewaltvorwürfe an 174 stationäre Geburtshilfeeinrichtungen vorlagen. Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 741 geburtshilfliche Stationen. Das bedeutet, dass 23,5% der Einrichtungen (rein rechnerisch) mit Gewaltvorwürfen konfrontiert waren. Es wird vermutet, dass die Dunkelziffer weitaus höher liegt (Deutsche Hebammen Zeitschrift, 2020, o.S.).

Was bedeutet so eine hohe Zahl an Gewaltvorwürfen, die in Deutschland registriert wurden, für Österreich? Müssten dann nicht auch enorm viele Beschwerden und Klagen gegen geburtshilfliche Einrichtungen in Österreich im Raum stehen? Haben Frauen, Eltern und Kinder aufgrund der Patient*innenrechte Ansprüche auf Schadenersatz? Im nächsten Kapitel wird erläutert, wie Akteur*innen rund um das Geburtsgeschehen von Gewalt betroffen sein können und welche Auswirkungen diese Gewalterfahrungen auf die individuellen Personen haben können.

5 Gewalt in der Geburtshilfe, ein Tabuthema

In den vorigen Kapiteln wurde ein Überblick gegeben, wie sich Schwangere* mit Ärzt*innen und Kliniken arrangieren, ebenso wurden ethische Aspekte miteinbezogen, um den Standpunkt der schwangeren Frau und des ungeborenen Kindes zu beleuchten. Im folgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, wie sich die Geburt in Kliniken unter dem Aspekt von Medizinisierung und Pathologisierung der Geburt auf die Beteiligten auswirken kann. Dem Fokus auf das Thema Gewalt, sollte eingangs nicht zu viel Bedeutung beigemessen werde, denn die Arbeit sollte sich mit dem Selbstbestimmungsaspekt und wie dieser zu fördern sei, beschäftigen. Im Laufe der Befassung mit dem Thema, wurden die verschiedenen Ebenen der Gewalt klarer und auch die Machtverhältnisse, die durch historische bestimmte Geschlechterverhältnisse und gesellschaftliche Strukturen gefestigt sind und sich institutionell und individuell auswirken. Für diese Arbeit bedeutet diese Erkenntnis, dass ein Empowerment unter dem Aspekt der Selbstbestimmung nicht durch bloße Information und Sichtbarmachen von Zusammenhängen funktionieren kann. Einem

umfassenden Selbstbestimmungsrecht muss gesellschaftlich entsprochen werden. Die Lebenswirklichkeiten von Frauen und Müttern wird aber in Realität nicht so entsprochen wie es nötig wäre. Auch sie sind, wie die Hebammen in der Klinik, der patriarchal geprägten Gesellschaft noch immer untergeordnet. Dem Thema Gewalt unter der Geburt wird sich nun weiter aus gesellschaftstheoretischer Sicht angenähert. Die Soziologin Christina Mundlos hat sich dem Thema gewidmet und ist der Frage nachgegangen, wie es zur Gewalt in der Geburtshilfe kommen kann. Das Risiko, Gewalt unter der Geburt zu erleben, ist in Kliniken signifikant höher als bei der Geburt im Geburtshaus oder bei einer Hausgeburt. Sie führt das steigende Risiko auf die Zunahme von Fremdinteressen und auf ein Machtgefälle zwischen der Frau und der Institution zurück. Studien, die veranschaulichen, dass Hausgeburten deutlich länger dauern als Geburten in Kliniken zeigen auf, dass Geburten in Spitälern häufiger durch Interventionen beschleunigt werden (Mundlos, 2015, S 19). Hier stellt sich die Frage, warum in den Geburtsablauf beschleunigend eingegriffen wird. Die Antwort liegt aus meiner Sicht auf der Hand, auch eine Klinik ist dem Konzept der Marktwirtschaft unterworfen. Die Arbeitsprozesse müssen möglichst effizient ausgestaltet werden. Die Prämisse „Zeit ist Geld“ wird auch im Klinikalltag gelebt.

Mundlos führt als Beispiel auch an, dass das Gesundheitssystem⁵ medizinische Interventionen finanziell besser vergütet (Mundlos, 2015, S 19). Sie verortet die Tatsache von Gewalterfahrungen unter anderem in den Unkenntnissen der Frauen in Bezug auf ihre Patient*innenrechte und Unwissenheit des Krankenhauspersonals über die Patient*innenrechte. Die politische Entwicklung, die dem Kapitalismus folgt und Einsparungen forciert, trägt ebenso etwas zur Gewaltbereitschaft bei, denn wenn Personal zu knapp vorhanden ist, wird Überforderung sichtbar und die Bedürfnisse der Frauen werden den Bedürfnissen der Klinik nachgereicht (Mundlos, 2015, S 18f).

In Österreich wurde Patient*innen vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz die Plattform „Kliniksuche“ zur Verfügung gestellt, wo sie sich über medizinische Angebote informieren können. Mit der Suchfunktion können anhand von Körperbereichen, Leistungen ausgesucht und österreichweit verglichen werden. Wenn der Bereich Frauenheilkunde/Geburt ausgewählt wird, wird die Anzahl der Geburten im jeweiligen Krankenhaus angezeigt, und es können die „Geburten auf natürlichen Weg“, Verweildauer im Krankenhaus und Tagesklinik statistisch verglichen werden. Bei den allgemeinen Kriterien werden unter anderem „Patientenorientierung“, „Beschwerde/Feedbackmanagement“, „Patientensicherheit/Risikomanagement“ oder „Entlassungsmanagement“ angezeigt (kliniksuche.at, 2021, o. S.). Das könnte sich positiv

⁵ Anmerkung: Hier meint die Autorin das deutsche Gesundheitssystem, allerdings kann davon ausgegangen werden, dass dies auch auf Österreich zutrifft.

auf die Entscheidungsfreiheit von Schwangeren auswirken, denn wenn klar ist, dass in einem Krankenhaus nur 50% der Geburten auf natürlichen Weg möglich sind, so kann in ein anderes Krankenhaus mit einer höheren Rate von 82,2% ausgewichen werden. Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass einige Krankenhäuser eine Neonatologische Station haben und dort Frauen vermehrt gebären, bei denen Auffälligkeiten in der Schwangerschaft festgestellt wurden.

Wie sich die politische Situation auf Hebammen auswirkt, kann am Beispiel von Deutschland verfolgt werden. In Deutschland kommt nämlich die Komponente zum Tragen, dass die Geburtsbegleitung durch sogenannte Beleghebammen und freie Hebammen, die schwangere Frauen bereits vor der Geburt kennen lernen und sie entweder in der Klinik oder außerklinisch bei der Geburt individuell begleiten, im großen Stil abgeschafft werden. Die Versicherungsprämien für Hebammen sind in den letzten Jahren enorm gestiegen und die Vergütung der Geburtsbegleitung ist von Seiten der Krankenkassen gering (Mundlos, 2015, S 54). Hier hat es den Anschein, dass die Ausübung des Berufs der freien Hebamme den Normen der Marktwirtschaft untergeordnet werden soll. Die Auswirkungen auf das sozialgesetzliche Grundrecht, die Wahl des Geburtsortes frei zu entscheiden⁶, sind allerdings fatal. Frauen finden stellenweise keine Hebammen mehr, die sie durch die einzigartige Zeit der Schwangerschaft und Geburt individuell betreuen können (Mundlos, 2015, S 45). Frauen müssen sich mit Hebammen arrangieren, die in einer Verbindung zu Kliniken stehen, also sich diesem System unterordnen. Was sind die eigentlichen Gründe für das Abschaffen von freiberuflichen Hebammen unter dem Aspekt, dass werdende Eltern und ungeborene Kinder hauptsächlich davon betroffen sind? Für einen Teil der Hebammen wird der Zugang zur Erwerbstätigkeit differenziert geregelt, durch die Erhöhung der Versicherungssumme. Das schafft Ungleichheit, zu Lasten von Frauen, die diese Betreuung brauchen. Obwohl das wohlfahrtsstaatliche Prinzip in Deutschland ebenso angewandt wird wie in Österreich wird weibliche Lebenswirklichkeit eingeschränkt. Mundlos argumentiert, dass die Gesundheitspolitik frauenfeindlich wäre, denn Geburtshilfe ist eine wenig gewinnbringende Abteilung eines Krankenhauses. Sie plädiert dafür, ein Kostenabrechnungssystem zu installieren, dass den weiblichen Bedürfnissen entgegenkommt. Eine Eins-zu-eins Betreuung durch Hebammen wäre gewünscht, daran orientieren sich auch die neuen Leitlinien „Die vaginale Geburt am Termin“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V (AWMF, 2020, S 27).

Das heißt zusammengefasst, für eine Klinik ist es finanziell lohnender, wenn die Geburt interventionsreich und schnell ist. Für einen Kaiserschnitt bekommt die Klinik mehr Geld

⁶ Anmerkung: Seit 2012 wurde in Deutschland die „Freie Wahl des Geburtsortes“, § 24f 5. Sozialgesetzbuch, gesetzlich verankert.

als für eine vaginale, interventionsarme Geburt. Der Kaiserschnitt ist besser planbar (außer es handelt sich um einen Notkaiserschnitt) das bedeutet, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen besser und effizienter eingeteilt werden können. Wenn eine Klinik dem System der Marktwirtschaft folgt, kann diese Absicherung der Klinik, durch finanzielle Rückvergütung von den Krankenkassen, auch eine Art von Fremdinteresse an der Geburt darstellen. Wie lässt sich diese Annahme mit den Patient*innenrechten vereinbaren? Ist die „informed choice“ das adäquate Mittel, um sich als Patient*in diesem System zu entziehen?

Ist die Geburt eines Menschen immer von Interessen geleitet? Hier fallen unterschiedliche Interessen ins Gewicht: Das Interesse der Gemeinschaft, die fortbestehen will, das Interesse der Eltern, die gesunde Kinder möchten, das Interesse der Klinik, die ressourcenschonend arbeiten will. Fängt die Wahlmöglichkeit der Eltern bei der Kliniksuche an, bei der Wahlfreiheit schwanger zu werden oder bei der Wahl des Geburtsortes? Beginnt ihre Wahlfreiheit dort, wo am wenigsten Fremdinteressen an der Geburt bzw. an neuem Leben gegeben sind? Alle Fragen hierzu können in dieser Arbeit nicht beantwortet werden, dennoch soll aufgezeigt werden, wie viele unterschiedliche Interessen sich um die Geburt eines Kindes drehen. Fremdinteressen implizieren ein Machtgefälle. Macht kann in die Ausübung von Gewalt münden. Um zu beschreiben, wie sich Gewalt unter der Geburt auswirken kann, werden im nächsten Kapitel Beispiele aus unterschiedlichen Perspektiven angeführt.

5.1 Beispiele für Gewalterfahrungen

Im Folgenden werden Gewaltdarstellungen beschrieben. Nach jeder Darstellung werden einzelne Aspekte der subjektiv geschilderten Gewalterfahrungen anhand der Begriffsdefinitionen aus Kapitel 1.2 bearbeitet. Hier soll dargestellt werden, dass die Gewaltausübung durchaus durch Personen erfolgt, diese aber im Zusammenhang mit der Institution nicht unabhängig zu betrachten sind. Durch diese institutionell legitimierte und ausgeübte Macht werden Gebärende in eine Abhängigkeit gebracht, die es ihnen nicht mehr so einfach möglich macht, sich anders zu positionieren.

Frauen, die Gewalt unter der Geburt ausgesetzt waren, berichten, dass nicht der Wehenschmerz sie traumatisiert hat, sondern der Umstand, dass das Geburtshilfepersonal nicht in adäquater Weise mit ihnen umgegangen wäre. Frauen hatten das Gefühl, nicht gesehen zu werden oder nicht in Entscheidungen miteinbezogen worden zu sein, die den eigenen Körper betreffen und sie beklagten mangelnde Kontrollmöglichkeiten. Frauen werden nicht mehr als Subjekt der Fürsorge wahrgenommen, sie werden zu Objekten gemacht. Die Objektifizierung von Gebärenden

wird in dem Bericht als zentraler Bestandteil von traumatischen Geburtserlebnissen genannt (Cohen Shabot, 2020, o. S.). Die Berichte sind so gewählt, dass Gewalt aus Sicht einer Hebamme, zweier Mütter und eines Vaters geschildert wird. Einleitend wird der Bericht einer Hebamme präsentiert, die Zeugin einer gewaltvollen Untersuchung wird. Dieser Bericht zeigt aus ihrer Perspektive die strukturelle Gewalt, die sich durch die Hierarchie einer Klinik und die Haltung der dortigen Professionist*innen ergeben kann. Danach werden zwei Geburtsberichte aus Sicht von Frauen angeführt, zum Schluss berichtet ein Vater von der Geburt seines Sohnes.

5.1.1. Sicht der Hebamme Tanja, Lehrerin für Hebammenwesen

(entnommen und gekürzt aus dem Buch: Gewalt unter der Geburt von Christina Mundlos):
Tanja ist in der Zeit des Vorfalles diensthabende Hebamme und hat eine Hebammenschülerin unter sich, die sie anleiten soll. Sie betreuen ab 5.50 Uhr eine erstgebärende Frau mit gutem Geburtsfortschritt. Gegen 7.00 Uhr war das CTG unauffällig (das bedeutet es waren normale Wehentätigkeiten verzeichnet), die vaginale Untersuchung zeigte einen geburtsreifen Befund. Bei der Dienstübergabe um 7.15 Uhr wurde dann von einer Assistenzärztin der Oberarzt gerufen, das CTG zeigte laut Hebamme „normale, dem Geburtsfortschritt entsprechende, Herztonabweichungen, während die Assistenzärztin bei „so einem CTG“ den Vorgesetzten holen musste (sie hatte das CTG von der Hebammenzentrale aus beurteilt, und war gar nicht zur Frau in den Kreißsaal gegangen). Als der Oberarzt eintraf, stellte die Hebamme, Oberarzt und Partner der Gebärenden, sowie sich selbst und die Hebammenschülerin vor, der Oberarzt schenkte ihnen keine Beachtung und betrat den Kreißsaal. Er stellte sich der Frau nicht vor, ordnete ihr aber an, sich von der Seitenposition auf den Rücken zu legen, um sie dann gewaltvoll und für die Gebärende so schmerzhaft, zu untersuchen, dass diese schrie. Die Hebamme war so perplex, dass sie nur kurz sagte: „Ich glaube sie tun der Frau weh“, worauf sie der Oberarzt des Kreißsaales verwies. Der Anweisung kam sie nicht nach, und begründete es so, dass sie die diensthabende Hebamme sei. Dann verlangte der Arzt das Vakuumgerät. Die Hebamme wandte ein, dass sich die Frau, in der linken Seitenposition sehr wohl gefühlt hat, worauf der Arzt bemerkte, dass es dem Kind schlecht gehe und es sofort geboren werden muss. Er verwies die Hebamme erneut des Kreißsaales. Sie widersetzte sich mit der gleichen Antwort, wie beim ersten Mal. Daraufhin verlangte der Oberarzt nach dem leitenden Oberarzt, der von der Assistenzärztin, die auch anwesend war, zügig gerufen wurde. Dieser bewertete das CTG als normal und unauffällig. Das Kind wurde kurz darauf mit guten Vitalparametern geboren, der Oberarzt verließ „wutentbrannt“ den Kreißsaal. Bereits eine Stunde nach der

Geburt wurde die Hebamme zum leitenden Oberarzt zur Sachverhaltsdarstellung gebeten. Am nächsten Tag kam es zu einem Gespräch mit Oberarzt und leitendem Oberarzt. Vier Wochen später erfolgte ein Gespräch mit Chefarzt, Oberarzt, Betriebsratsvorsitzendem und der Pflegedirektion. Das Thema der gewaltvollen Untersuchung wurde nicht mehr besprochen, sondern nur die Widerworte der Hebamme gegenüber dem Oberarzt, ihre Kündigung wurde verlangt.

Die Hebamme begründete ihr Eintreten für die Gebärende und das Kind damit, dass sie sich nicht abwenden will, wenn Frauen gewalttätig behandelt werden, und mit ihrer Vorbildfunktion der Hebammenschülerin gegenüber. Sie würde wieder so handeln. (Mundlos, 2015, S 148 f)

Erläuterung:

In diesem ersten Beispiel wird am deutlichsten die strukturelle Gewalt sichtbar, die sich aus der Hierarchie eines Krankenhauses ergibt. Ein Machtgefälle wird deutlich, dem sich die Hebamme widersetzt, was zur Folge hat, dass sie existenziell bedroht wurde. Die Ärzt*innen wiederum folgen dem unterscheidenden, vergleichendem Blick, von dem sie wie die Naturwissenschaften abhängig sind. Indem die Ärzt*innen von der Institution gestützt und legitimiert sind, können sie entscheiden und anordnen. Der Blick muss sich nicht mehr auf das unmittelbar Sichtbare beschränken, er ist gewohnt, die kleinsten Anomalien zu erkennen, in einer Metaebene, müssen bereits „Chancen und Risiken“ abgewogen werden (Foucault, 2016, S 103). In dieser Wechselbeziehung, in der sich die Ärzt*innen mit dem Krankenhaus befinden, stützen und legitimieren sie mit ihren Entscheidungen wieder das System Klinik, von dem sie Teil sind. Aus einer intersektionalen Interpretation könnte gesagt werden, dass die Hebamme auf einer individuellen, subjektiven Ebene, eine moralische Grundhaltung einnimmt, weil sie sich der Hebammenschülerin und der gebärenden Frau verpflichtet fühlt, der Hebammenschülerin in einer Vorbildfunktion, der gebärenden Frau in einer Schutzfunktion. Diese Werte könnten ebenso auf die symbolische Repräsentation angewandt werden, indem die Hebamme aus subjektiver Identität heraus, die Normen, die von den Ärzt*innen verkörpert werden, in Frage stellt. Somit ist die Hebamme der under-dog, der sich gegen das System wendet. Erfolglos für den Moment, aber auch erfolgreich, weil sie eine Vorbildfunktion für die auszubildende Hebamme einnimmt. Wichtig ist auch die unterschiedliche Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Frau und Kind. Während die Medizin pathologische Abweichungen von der Norm die Herztöne des Kindes betreffend feststellt, so dass daraus diverse Interventionen folgen müssten, liegen diese nach Einschätzung der Hebamme im Normbereich.

Anzumerken ist, dass sowohl Ärzt*innen, als auch Hebammen⁷ einem Ethikkodex unterliegen.

5.1.2 Sicht einer betroffenen anonymen Gebärenden

(entnommen der Facebookseite Roses Revolution Österreich, Bericht vom 26.11.2019):

Eine erstgebärende Frau fuhr, während der Schwangerschaft, mit stechenden Schmerzen im Vaginalbereich, ins Krankenhaus, unter Begleitung ihres Mannes. Die vaginale Untersuchung verursachte der Frau solche Schmerzen, dass die zu weinen anfing, worauf sie von der untersuchenden Ärztin gemäßregelt wurde mit den Worten, sie solle sich nicht so anstellen, schließlich hätte sie ja auch Geschlechtsverkehr und das Geschlechtsteil ihres Mannes, wäre doch größer, als die zwei untersuchenden Finger der Ärztin.

Bei Geburtsbeginn wurde die Gebärende gut in Empfang genommen. Obligatorisch waren ein Einlauf und eine Dusche. Während der Wehen bekam die Frau ein Mittel gegen die Schmerzen über einen Venflon, der in der Armbeuge gesetzt wurde. Die Hebamme meinte, sie solle den Arm ausgestreckt lassen, das konnte die Gebärende unter den Wehen nicht, da bemerkte die Hebamme zum Mann der Gebärenden, dass seine Frau das nicht „behirnen“ würde. Während der Presswehen kippte die Stimmung, im Kreißsaal wurde es hektisch und voll. Eine weitere Hebamme, ein Kinderarzt und ein Gynäkologe waren anwesend. Dem Mann wurde auf Nachfrage mitgeteilt, dass sein Kind bradykard sei, er könne den Kreißsaal verlassen, wenn er nervös sei.

Währenddessen saß eine Hebamme am Kopfende des Bettes und übte (mit den Händen) Druck von oben auf den Bauch aus. Als die Gebärende zu Schreien anfing, hielt ihr die Hebamme den Mund zu und meinte, sie solle lieber ihre Kraft in das Pressen investieren. Ein Arzt kam, setzte sich zwischen ihre Beine und holte das Kind mit einer Saugglocke, ohne sich vorzustellen, ohne ein Wort zu sagen. Die Gebärende beschrieb die Situation, als ob sie weggetreten wäre, als ob sie die Situation selbst von außen betrachtete. Das Kind durfte kurz gehalten werden, dann wurde es weggebracht und in einem Inkubator versorgt. Die Frau wurde unterdessen genährt, und fragte nach örtlicher Betäubung, die Hebamme erklärte ihr, dass sie bereits zuvor Betäubungsmittel erhalten hatte, woraufhin die Frau überrascht reagierte, denn es war ihr weder mitgeteilt worden, noch hatte sie es wahrgenommen. Die Wochenbettbetreuung gestaltete sich so, dass die Frau aufgrund der Verletzungen (Damm- und Vaginalriss) nicht gut sitzen konnte, was ihr die Essenaufnahme im Gemeinschaftsraum erschwerte. Nur Klassepatient*innen bekamen das Essen ins Zimmer geliefert. Dem Kind wurde ein Schnuller angewöhnt, es gab keine

⁷ Ethik-Kodex der Hebammen, Zugriff am 25.4.2021 unter <https://www.hebammen.at/gremium/ethik-kodex/>

richtige Stillberatung. Etwa zwei Wochen nach der Entbindung bekam die Frau eine Mastitis und wurde aufgrund von hohem Fieber ins Krankenhaus eingeliefert. Die Frau musste stationär aufgenommen werden, und es wurde ihr gesagt, dass sie aufgrund des Fiebers, nicht mehr stillen dürfe. Auch das Kind durfte nicht bei ihr bleiben, obwohl es nicht an Flaschennahrung gewöhnt war. Sie bekam ein Sechsbettzimmer auf der gynäkologischen Abteilung und sollte alle drei Stunden abpumpen. Auf eigene Initiative und wegen fehlender Beratung, wie sie das Abklingen der Entzündung unterstützen könne, holte sie sich Infos auf der Kinderstation. Die Empfehlungen konnte die Frau nur mit Unterstützung ihres Mannes im Krankenhaus umsetzen, auch wurden wiederholt die Sichtschutzhänge, die sie während des Abpumpens zugezogen hatte, abrupt aufgerissen, letztendlich konnte sie ihr Kind nicht mehr stillen. Sie empfand die Versorgung im Nachhinein, als sie Vergleichsmöglichkeiten hatte, als nicht stillfreundlich und sie wunderte sich darüber, dass das Stillen auch nicht wichtig genommen wurde. (Facebook Roses Revolution, 2019, o. S.)

Erläuterung:

Die schwangere Frau, die mit Schmerzen in der Klinik um Hilfe sucht, wird durch sexuell übergriffige Bemerkungen gemaßregelt. Als sie bereits in einer vulnerablen Untersuchungssituation ist, wird ihr Schmerz nicht anerkannt. Schmerzen können sich bei Männern und bei Frauen unterschiedlich auswirken⁸ und Schmerzen von Frauen werden laut Studien zufolge nicht so ernst genommen wie Schmerzen von Männern. Das hat lange Tradition, bereits Platon hat Frauen für hysterisch erklärt (Criado-Perez, 2020, S 301 f). Die Situation, in der die Hebamme, der wehenden Frau rät, ihren Arm ausgestreckt zu lassen, obwohl diese das unter Einfluss der Geburtswehen nicht konnte, und die verbale Herabwürdigung der Frau, ist ebenso als Gewalt einzustufen. Das Zuhalten des Mundes ist körperliche Gewalt. Der Arzt, der sich der Gebärenden nicht vorstellt und das Kind ohne Erläuterung mit Saugglocke zur Welt holt, verstößt gegen die Aufklärungspflicht. Die Beschreibung der Frau, dass sie sich selbst von außen betrachtete, könnte für eine Traumatisierung sprechen. Auch dass die Frau nicht zuvor über die Gabe von Betäubungsmittel aufgeklärt wurde entspricht nicht der Aufklärungspflicht. Weiters wird ökonomische Gewalt sichtbar, bzw. entspricht es nicht dem medizinethischen Prinzip der Gerechtigkeit, wenn nur Kassenpatient*innen am Zimmer essen dürfen, während andere Frauen, mitunter mit größeren medizinischen Eingriffen und unter Schmerzen einen längeren Weg zum Speisesaal zurücklegen müssen. Falschinformationen wurden der Frau gegeben, als ihr das Stillen aufgrund einer

⁸ Ärzteblatt.de. 11.2005. Schmerzen bei Männern und Frauen: Der große Unterschied. Zugriff am 27.5.2021 unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/49111/Schmerzen-bei-Maennern-und-Frauen-Der-grosse-Unterschied>

Mastitis „untersagt“ wurde. Diese Aufforderung entspricht nicht den Empfehlungen von Stillberater*innen von z.B. La Leche Liga ⁹.

5.1.3 Sicht der Frau Tabea, Geburt des Sohnes Fabian

(entnommen und gekürzt aus dem Buch: Gewalt unter der Geburt von Christina Mundlos):
Nach einer unauffälligen Schwangerschaft und Routinekontrolle am errechneten Geburtstermin, empfahl die Gynäkologin eine Einleitung drei Tage nach dem Stichtag. Diese Empfehlung wurde in der später von Tabea angeforderten Krankenakte vermerkt mit: „Patientin wünscht Einleitung“.

Tabea wurde am Morgen mit einer Tablette eingeleitet, die tagsüber aber keine effektiven Wehen auslösten. Am nächsten Tag wurde wieder versucht mit einer Tablette einzuleiten. Als das nicht funktionierte, wurde versucht mit einem Gel die Wehen anzuregen. Der zweite Tag verging und wieder wurden keine Wehen produziert, weshalb die Hebamme abends einen Einlauf und Wehentropf vorbereitete und Tabea von einer Gynäkologin untersucht werden sollte. Diese holte den Muttermund der Frau gewaltsam hervor¹⁰ und versuchte ihn zu öffnen¹¹. Tabea wurde von der Frauenärztin zurechtgewiesen, sich nicht so anzustellen, ob ihres Unwohlseins. Im selben Moment öffnete die Ärztin die Fruchtblase¹². Weder wurde Tabea gefragt, ob sie das wolle, noch wurde sie informiert was die Ärztin vorhat oder wozu diese Intervention dienen soll. Dennoch verhielt sie sich „compliant“, passte sich der Situation an. Die Frauenärztin, wollte bis 22.00 Uhr abwarten, ob sich etwas am Zustand des 4 cm geweiteten Muttermundes änderte, danach wolle sie weitere Entscheidungen treffen, was Tabea unter Zeitdruck setzte, wenn es keine Veränderung gab. Die Frauenärztin stellte die Diagnosen Geburtsstillstand und Missverhältnis zum Becken, welche von Tabea bis heute angezweifelt werden, da ihre Interpretation der Situation, die war, dass der Ärztin die Geburt nicht schnell genug voranging. Ein Kaiserschnitt wurde empfohlen, Tabea unterschrieb die Einverständniserklärung. Der Vater durfte erst dann mit in den Kreißsaal, als Tabea damit drohte, nicht mitzumachen (non-compliant), dafür wolle die Ärztin keine Verantwortung übernehmen, falls der Vater während der Operation umkippen würde.

Tabea fühlte den ersten Schnitt und flehte mehrmals die Betäubung höher zu dosieren. Die Ärzt*innen unterhielten sich über private Dinge und ignorierten die Patientin, während sie doch an ihrem Körper „arbeiteten“. Tabea hat sich objektiviert gefühlt und nicht wie

⁹ La Leche Liga. 2014. Infoblatt Milchstau und Brustentzündung. Zugriff am 11.4.2021 unter https://www.lalecheliga.at/fileadmin/downloads/Infoblaetter/LLLAT_StauEntz_2014_8_web.pdf

¹⁰ Anmerkung: der Muttermund liegt bei geburtsunreifem Befund weit hinten in der Vagina

¹¹ Anmerkung: es könnte der Versuch einer Eipollösung gewesen sein

¹² Anmerkung: das könnte auch unbeabsichtigt passiert sein

eine Frau, die gerade ein Kind bekommt. Ihre Würde als Frau, Mensch, Mutter wurde weder respektiert noch sich darum bemüht, diese zu erhalten. Auch durfte sie nur einen kurzen Blick auf den Sohn werfen, dann wurde er gebadet, vermessen und angezogen, während Tabea genäht wurde. Der wertvolle Moment des Kennenlernens und Begrüßens des Neugeborenen wurde ihr genommen.¹³ (Mundlos, 2015, S 118 f)

Erläuterung:

Die falsche Dokumentation eines Patient*innenwunsches könnte mitunter sogar strafrechtliche Konsequenzen haben. Fehlende Aufklärung bei medizinischen Eingriffen verstößt gegen Patient*innenrechte und ist als Beschränkung der Autonomie, also als Gewalt, einzustufen. Fenner beschreibt, dass wenn die Autonomie eines Menschen durch mangelnde Aufklärung, psychischen Druck und physischen Zwang eingeschränkt wird, das Recht auf Autonomie verletzt wird (Fenner, 2010, S 57). Die Diagnose der Ärztin, die von der Patientin in Frage gestellt wird, könnte sehr wohl korrekt gewesen sein und auch der Lösungsansatz einen Kaiserschnitt anzubieten, adäquat, wenn ein protrahierten Geburtsverlauf¹⁴ festgestellt wurde. Die Zweifel, die bei der Patientin entstanden sind, könnten darauf zurückzuführen sein, dass sie eine Objektivierung erfahren hat oder dass die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung dem paternalistischen Modell entsprach. Das Neugeborene der Mutter vorzuenthalten ist für Mutter und Kind gewaltvoll, die Bondingphase ist bereits wissenschaftlich fundiert worden und wird auch bei Kaiserschnittgeburten empfohlen.¹⁵

5.1.4 Sicht des Vaters Simon

(entnommen und gekürzt aus dem Buch: Gewalt unter der Geburt von Christina Mundlos)
Die Schwangerschaft seiner Frau war für beide belastend, denn einerseits ging es Simons Frau nicht gut, andererseits wurde das Baby venös mit zu wenig Blut versorgt, so dass die Frau Blutverdünnungsmittel nehmen musste. Als seine Frau morgens Wehen bekam, machten sie sich auf den Weg ins Krankenhaus. Das Paar wurde durch die Untersuchungsergebnisse verunsichert, weil die Ärztin in der Klinik das Gewicht des Kindes um fast ein Kilo weniger berechnete als die Frauenärztin bei der Kontrolle zwei Wochen zuvor. Auf eigenen Wunsch verließen sie, zum Missfallen der Ärztin das

¹³ Anmerkung: Bonding

¹⁴ Protrahiertes Geburtsverlauf, Zugriff am 26.4.2021 unter <https://www.msmanuals.com/de/profi/gyn%C3%A4kologie-und-geburtshilfe/anomalien-und-komplikationen-unter-der-geburt/protrahiertes-geburtsverlauf>

¹⁵ Bonding, Zugriff am 26.4.2021 unter <https://www.schwanger.at/artikel/bonding-nach-der-geburt.html>

Krankenhaus wieder. Am Abend, als die Wehen wieder einsetzten fuhr das Paar wieder in die Klinik. Da die Wehen bei der Ankunft in der Klinik wieder weg waren, ging das Paar spazieren. Unterwegs fanden sie ein vierblättriges Kleeblatt. Mit neuer Hoffnung und Vertrauen begaben sie sich in die Klinik. Die dortige Hebamme machte ihnen Vorwürfe, warum sie morgens wieder heimgefahren waren, dennoch empfanden sie die Begleitung der Hebamme als gut und bestärkend. Als die Hebamme sich bei Schichtwechsel gegen 21.00 Uhr verabschiedete, war das für das Paar sehr schlimm, denn sie hatten sich auf die Begleitung durch diese Person eingelassen. Danach kam eine andere Hebamme, die aus dem Urlaub geholt worden war. Ohne sich vorzustellen, fragte sie, warum Simons Frau schreie, wo es doch gar nicht so schlimm sei. Simon beschreibt das, was danach kam, als Beginn eines Alptraumes. Ständig wiegelte die Hebamme den Schmerz seiner Frau ab. Als seine Frau schwer atmete, bekam sie zwei Spritzen von der Hebamme. Bis heute wissen sie nicht, was die Spritzen enthalten haben. Auf seine Nachfrage bekam er keine Antwort. Später erklärte die Hebamme, es sei ein schmerzstillendes Mittel gewesen. Die Hebamme „verlangte“, dass Simons Frau verschiedene Geburtspositionen ausprobieren solle. Die ständigen Untersuchungen taten der Frau weh. Danach „weitete“ die Hebamme ohne Aufklärung den Muttermund. Plötzlich setzte bei seiner Frau eine Schnappatmung ein und die Herztöne des Kindes verschlechterten sich. Simon hatte Angst, dass beide sterben müssten. Die Hebamme forderte Simon auf, seine Frau an das Beatmungsgerät anzuschließen und rief ihn zur Eile auf, da die Töne schlechter werden würden. Danach holte die Hebamme eine Ärztin, Simon interpretierte, dass die Hebamme nicht wusste, wie sie weiter vorgehen solle. Die Ärztin war besorgt. Während der weiteren vaginalen Untersuchung öffnete die Hebamme ohne Ankündigung mit der Hand die Fruchtblase und sagte, dass das Kind jetzt zur Welt kommen muss, da die Herztöne immer schlechter werden. Als seine Frau Presswehen bekam, schien es als wären diese der Hebamme zu wenig intensiv, sie holte die Stationsschwester, die mit dem Kristeller Handgriff das Baby bei jeder Wehe mit nach unten schob. Als das Kind geboren war und sich nicht bewegte und nicht schrie, was Simon beunruhigte, sagte die Hebamme, dass das normal wäre. Das Kind durfte kurz von der Mutter gehalten werden, dann wurde es vermessen, gebadet und angezogen. Die Ärztin gab der Frau eine halbe Stunde Zeit, in dieser musste die Plazenta geboren werden, wenn das nicht geschah, müsste die Plazenta operativ entfernt werden. Simon bekam die Anweisung im Kreissaal kurz zu warten, während seine Frau in den Operationssaal gefahren wurde. Er bemerkt Blut auf dem Kreissaalboden. Er wurde allein gelassen und saß, nachdem das Licht ausging mit seinem Sohn im Dunklen. Er wollte das Kind nicht wecken, also rief er nicht, er wollte nicht aufstehen, da er sich fürchtete, auf dem Blut auszurutschen. Nach langer Zeit öffnete die Reinigungsfrau die Tür und fragte, ob es ihm gut ginge und ob er Hilfe brauche. Simon empfand die Nachfrage wohlthuend. Der Hebamme war es

augenscheinlich peinlich, dass er vergessen wurde und sie brachte ihn auf das Zimmer, wo er auf seine Frau warten sollte. Als seine Frau nach der gut verlaufenen Operation völlig erschöpft war, wollten sie das Elternzimmer, das angeboten war, in Bezug nehmen. Doch dieses war nicht verfügbar, also musste Simon allein nach Hause fahren. Der weitere Aufenthalt im Krankenhaus gestaltete sich anstrengend. Simon beschrieb, dass zu wenig Personal für die Betreuung da war, dass niemand seiner Frau half, den Sohn aus dem Bett zu nehmen, sie selbst konnte es nicht, darum musste die Zimmerkollegin aushelfen. Die Stillberatung war eine einmalige kurze Einschulung. Die Nachfolgen der Geburt waren Hämatome am Bauch seiner Frau. Sein Sohn hatte eine schiefe Kopfhaltung und die kommenden zwölf Wochen waren sehr schwer für die Familie, da das Kind immer wieder vor Schmerzen schrie. Ein Arzt diagnostizierte das KISS Syndrom¹⁶, und nach dem Besuch bei der Osteopathin konnte dem Sohn geholfen werden. Mit der Nachsorgehebamme wurde das Geburtserlebnis bearbeitet. Die Familie hat Verlustgefühle, weil sie den Beginn des Lebens als Familie nicht zusammen verbringen konnten. „Dieser Moment wurde uns einfach genommen – ohne uns zu fragen und ohne auch nur ein bisschen Mitgefühl.“ (Mundlos, 2015, S 166). (Mundlos, 2015, S 161 f)

Erläuterung:

Die Geburt hat für die Familie eine einzigartige Bedeutung. Das gewünschte Kind wird geboren. Hoffnungsvoll lässt sich die Familie auf die Geburt ein, gestärkt durch das vierblättrige Kleeblatt, als Symbol für Glück. Im Klinikalltag müssen sie sich als Minisystem einem größeren System unterordnen, deren Abläufe für sie nicht verständlich sind und ihnen auch nicht ausreichend erläutert werden. Das Erlebte könnte strukturelle Gewalt in einer Polyarchie darstellen, denn der überforderte Vater (bzw. die Familie als System), der sich in verschiedenen Systemen gleichzeitig zurechtfinden muss, aber nicht weiß, wie er diese verändern kann, erlebt Einschränkungen der Grundbedürfnisse.

5.2 Weitere Ursachen – zu wenige Daten

Caroline Criado Perez beschreibt in ihrem Buch „Unsichtbare Frauen“, das fehlende geschlechterspezifische Gesundheitsdaten sich negativ auf Frauen auswirken. Sie beschreibt, dass das Medikament Oxytocin, das bei Beginn der Geburt den physiologischen Geburtsprozess in Gang setzt, bei fast 50% der Frauen nicht wirkt, wenn sie mit der synthetischen Form behandelt werden. Die Forscherin und Direktorin des

¹⁶ Anmerkung: Das Kiss Syndrom (kopfgelenkinduzierten Symmetriestörung), ist eine strittige Diagnose, die auf Geburtstraumen rückgeführt wird. Das Syndrom ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht.

„Centre of Better Birth“ in Liverpool, Susan Wray, entdeckte, dass bei Frauen, die schwache Kontraktionen hatten, der Säuregehalt im myometrialen Blut höher war, und genau bei diesen Frauen wirkte das synthetische Oxytocin weniger gut. Sie führte eine randomisierte, kontrollierte Studie mit einer Kollegin durch, bei der Frauen, vor Oxytocingabe mit doppeltkohlesauerm Natron behandelt wurden. Das Ergebnis war beeindruckend. 67% der Frauen, die Oxytocin erhalten hatten, konnten vaginal gebären, während die Rate der Frauen auf 84% anstieg, wenn sie zuvor Natron und danach Oxytocin erhalten hatten. Als Wray um eine Forschungsfinanzierung ansuchte, wurde der Antrag abgelehnt, mit der Begründung, dass es dafür keine „ausreichende Priorität“ gibt (Criado-Perez, 2020, S 312 f).

Obwohl die WHO in ihrer Stellungnahme zu Gewalterfahrungen unter der Geburt von 2014¹⁷, in Punkt vier darauf hinweist, dass Datenerhebungen zu wertschätzenden Versorgungsmöglichkeiten und Gesundheitsvorsorge für Frauen zu entwickeln sind, hat eine Studie zur erhöhten Wahrscheinlichkeit einer vaginalen Geburt, dennoch keine Finanzierungspriorität.

Im nächsten Kapitel wird anhand eines Beispiels auf die Zwänge eingegangen, die auf die Frau während der Geburt einwirken.

5.3 Zeitgenössischer Diskurs zur Geburtskultur

Erst im Dezember 2021 wurde die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) geändert. Erstmals werden als zentrale Faktoren bei der Geburt, das Wohlbefinden der Frau und der respektvolle Umgang mit der Gebärenden anerkannt. Eins zu Eins Betreuung¹⁸ wird empfohlen. Die dauerhafte Anwendung vom Wehenschreiber (CTG) wird als keinen Vorteil bringend abgelehnt und durch intermittierende Überwachung durch Hörrohr oder Dopton ersetzt. Leitlinien sind immer nur Empfehlungen, das heißt nicht, dass die Umsetzung rechtlich bindend ist (Motherhood, 2021, o. S.).

Die Wehenüberwachung mittels (Dauer-)CTG zählt zu den Maßnahmen, die in Kliniken besonders verbreitet ist und jahrzehntelang als sinnvolle Maßnahme anerkannt wurde, obwohl es keinen evidenzbasierten Nutzen dafür gibt (Mundlos, 2015, S 40).

Wie „Die Techniker“, eine der größeren Krankenversicherungen in Deutschlands, auf ihrer Homepage beschreibt, wird die CTG-Überwachung „routinemäßig“ bei Aufnahme zur Geburt und dann alle zwei Stunden während der Geburt wiederholt. „Dazwischen kann

¹⁷ WHO, 2014, Zugriff am 25.4.2020 unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?sequence=22

¹⁸ Anmerkung: Bei einer Eins-zu-Eins-Betreuung betreut eine Hebamme eine Frau unter der Geburt

die Schwangere umhergehen und die für sie bequemste Lage zur Verarbeitung der Wehen einnehmen“ (Die Techniker, 2020, o. S.).

Wenn auf die Aussage näher eingegangen wird, könnte interpretiert werden, dass die Zeit, die Frauen unter der Geburt am CTG angeschlossen sind, nicht bequem ist. Da es sich um eine Informationsseite für Versicherungsnehmer*innen handelt, kann davon ausgegangen werden, dass diese angesprochen werden sollen. Die Versicherung erklärt Frauen, die sich informieren, dass die Zeit, die sie am CTG zur Überwachung der kindlichen Herztöne verbringen, unbequem sei.

Bei der Austreibungsphase¹⁹ wird das CTG dauerhaft angeschlossen, auch wenn die Aufzeichnungen bis dahin keine Auffälligkeiten aufzeigten (Die Techniker, 2020, o. S.). Das heißt, dass die Schwangere genau in der letzten Geburtsphase einer „unbequemen“ technischen Überwachung unterliegt.

Von vielen Müttern/Eltern wird das Dauer-CTG als Einschränkung empfunden und als Störung im Ablauf einer physiologischen Geburt (Geburtsallianz Österreich, o. J., o. S.). Durch die Neue Leitlinie sollen Frauen abgesichert werden, dass nur wissenschaftlich basierte Methoden der Begleitung während der Geburt angewandt werden. Den Frauen sollen bessere Informationen rund um die Geburt zur Verfügung gestellt werden, damit sie informierte Entscheidungen zu medizinischen Interventionen treffen können. Somit ist der erwartete Effekt, Frauen bei einer selbstbestimmten Geburt zu unterstützen. Das Dauer-CTG zur Überwachung der Herztöne des Kindes bringt keine Vorteile für Mutter und Kind (Motherhood, 2021, o. S.).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Medizin durch Überwachung und Kontrolle versucht, Schwangere und Ungeborene zu schützen. Die Kontrolle fußt auf dem Anspruch die Gesellschaft zu erhalten. Die Daueranwendung eines CTG könnte unter dem Aspekt eine Art von Ritual sein, dass die Gefahr für Mutter und Kind minimieren soll, stellt aber keine wissenschaftlich fundierte Methode dar, obwohl das Gerät einen sehr wissenschaftlichen Eindruck macht.

6 Geburt als Thema der Genderforschung

Dem theoretischen Ansatz von „Doing Gender“ zufolge, der besagt, dass die (binäre) Unterscheidung von Geschlecht durch soziale Praktiken entsteht, Geschlecht eine Zuschreibung der Gesellschaft ist, stehen die Differenztheorien gegenüber, die gegensätzlich erklären, dass Geschlecht sich durch geschlechtsspezifische Eigenschaften erklärt und biologische festgelegt ist. Das „Doing Gender“- Theorem ist im Bereich der Geschlechterforschung weit verbreitet und brachte wichtige Impulse in Bezug auf

¹⁹ Anmerkung: Austreibungsphase bezeichnet den letzten Abschnitt einer Geburt

Forschungsansätze. Tatsächlich wurde die Denkfigur auch in der Populärwissenschaft bekannt, wurde aber als eine Art „Entschuldigung“ gesehen, Geschlechtsstereotypen anzuerkennen, und diesen Folge zu leisten, indem Stereotype kritiklos übernommen werden (Gildemeister, 2019, S 410).

Was meint nun das „Doing“ von „Doing Gender“? Dieses „Tun“ kommt in den gesellschaftlichen Interaktionen zu tragen, es ist nicht mit Absicht herbeigeführt, es ist ein verselbstständigtes Agieren, das unbewusst vollzogen wird. Immer wenn Menschen aufeinander treffen, vollzieht sich ein wechselseitiger Prozess des Wahrnehmens und aufeinander Reagierens. Dieser Prozess ist nicht passiv, aber er beinhaltet eine Art von vorgeschriebener Ordnung, denen die Akteure nicht ausweichen können. Auch das Geschlecht spielt in diesem Prozess, der von Harold Garfinkel „Hervorbringung von sozialer Wirklichkeit“ oder „ongoing accomplishment“ benannt wurde, eine nicht zu unterschätzende Rolle (Bergmann 2008, zit. n. Gildemeister, 2019, S 411).

Diese Beschreibung der Konstruktion von sozialer Wirklichkeit ist in jeder Lebenssituation anwendbar, so auch für die Akteur*innen rund um das Geburtsgeschehen. Die Frage, die sich hier stellt, ist die, wenn Frauen* Kinder gebären, zeigen sie dann ihr (binäres) Geschlecht in einem sozial konstruierten Rahmen oder in einer biologischen Klassifikation, oder doch ganz anders, und was bedeutet die Unterscheidung dieser Kategorien bezogen auf die Selbstbestimmung unter der Geburt? Und wie steht es mit dem Kind, das ja eigentlich unsichtbar im Bauch der Frau verborgen ist, wie kann es sein Geschlecht konstruieren oder anzeigen? Ist diese Fragestellung in Bezug auf Selbstbestimmung unter der Geburt von Bedeutung? Und in welcher Weise tradieren sich in der Institution Krankenhaus die Geschlechter aller Akteur*innen als sozial hervorgebrachte Wirklichkeiten? Im folgenden Kapitel werden die Vorstellungen rund um die Geburt unter einer soziologischen Perspektive erläutert.

6.1 Konstruktion von Geburt – drei theoretische Ansätze

Diese Fragestellungen geht Joachim Fischer in seinem Beitrag „Gesellschaftskonstruktion durch Geburt – Gesellschaftskonstruktion der Geburt“ nach. Einleitend erklärt er, dass Geburt, das Geboren-Werden sowie das Gebären und auch die Schwangerschaft immer schon in einem historisch-sozialen Kontext angesiedelt sind und durch die Gesellschaft konstruiert sind. Die Geburt ist somit ein beobachtbares Element der Transition von Natur zur Kultur. Er gibt zu bedenken, dass, die Hauptabsicht der Ansätze, die sich im Poststrukturalismus geformt haben, die ist, nachzuweisen, dass es Machteffekte gibt und dass es eine Art von Kontingenz gibt, und somit „alles auch anders konstruiert werden könnte“ (Fischer, 2011, S 23).

Das Doing Gender-Theorem wirkt in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt bzw. des

Geborenwerdens nicht ganz passend. Der alternative Ansatz, die evolutionsbiologische Theorie würde versuchen, das Phänomen der Geburt als einen der Natur innewohnenden Bereich der menschlichen Lebenswelt zu erklären. Diese Passivität, die meines Erachtens, dem „geboren werden“ auch sprachlich innewohnt, würde dadurch eine passende Beschreibung zuteilwerden (Fischer, 2011, S 24).

Evolutionsforscher*innen sehen, vor allem bei Primaten, dass sich Reproduktion, in einem sozialen Netzwerk abspielt und, dass mit der Lebendgeburt überhaupt erst ein konstanter sozialer Raum ausgebildet wird. Auch der Saugreflex, der bei Säugetieren beobachtbar ist, stellt in diesem Zusammenhang eine zu Grunde liegende „Vitalkommunikation“ dar (Fischer, 2011, S 26). Fischer hält fest, dass beide theoretischen Ansätze zur menschlichen Geburt relevant und zugleich beschränkt sind. Er führt weiter aus, dass die philosophische Anthropologie, auf die Geburt bezogen, ein Alternativansatz sein könnte. Im 20. Jahrhundert entwickelte sich diese Richtung z.B. in Frankreich um Henri Bergson, in Deutschland sind die Vertreter Max Scheler, Helmuth Plessner oder Arnold Gehlen sowie weitere zu nennen (Fischer, 2011, S 27).

Der evolutionsbiologische Ansatz, der besagt, dass durch die Geburt ein konstanter sozialer Raum ausgebildet wird, entspricht nicht der menschlichen Wirklichkeit unter dem Aspekt, dass Menschen sich durchwegs in sozialen Gruppen befinden, in denen sie interagieren, zwischen denen sie wechseln können, deren Kulturkapital sie übernehmen können, deren Kommunikation sie erlernen und denen sie sich anpassen können. Auch der andere Denkansatz, dass alles konstruiert ist und auch anders konstruiert werden kann, ist auf die Geburt bezogen insofern schwer anwendbar, als dass die Geburt ein Ablauf ist, wie der Sterbeprozess, gekennzeichnet durch ein sich wiederholbares, beschreibendes Geschehen, auf das z.B. das Ungeborene kaum oder nicht ersichtlichen Einfluss nehmen kann.

Hier soll nun, unter Bezug auf die Ausführungen von Fischer, näher erläutert werden, warum dieser anthropologische Denkansatz eine wichtige Ergänzung für die Erklärbarkeit der Ereignisse rund um die Geburt sein könnte. Um die Stellung des Menschen zu beschreiben, nutzt Plessner den Begriff „exzentrische Positionalität“. Positionalität kennzeichnet lebendige Dinge, Leben ist in eine Grenze gesetzt, die es durchhalten und gestalten muss (Fischer, 2011, S 28)

Diese Aussage ist als ein Zugeständnis an die Darwin'sche Evolutionstheorie zu sehen. Plessner formuliert aber weiter, nämlich dass es „innerhalb der Theorie des Lebens »offene« und »geschlossene« Formen der Positionalität gibt“. So wären Pflanzen und Tiere hierunter einzuordnen, Menschenaffen wären eine Lebensform von »konzentrischer« Positionalität, während der Mensch dann als »exzentrische« Positionalität charakterisiert wird. Durch das Lebensgeschehen ist der Mensch in einer statischen Position (er ist sozusagen positional; ausgesetzt) und im gleichen Atemzug

dazu versetzt, „exzentrisch in einer Distanz zur Position versetzt“, die Positionalität kann er nicht verlassen, aber diese Spannung, kann durch „eigene Setzungen, Konstruktionen“ ins Gleichgewicht gebracht, stabilisiert oder zum Ausdruck gebracht werden. Dieser Dauerspannung zwischen gegengesetzten Polen sind Menschen ausgesetzt, dieser Doppelaspekt des menschlichen Seins kann sich auch in den Phänomenen der Lebenswelt der Menschen widerspiegeln, die Dauerspannung zwischen Abstraktem und Konkretem oder auch Lachen und Weinen, Technik und von Hand gemachte Dinge (Fischer, 2011, S 28 f).

Auf die Geburt und Schwangerschaft bezogen würde das „Gesetztsein“ in exzentrischer Positionalität das weibliche „Schwanger sein“ beinhalten, eine Möglichkeit im Leben in „andere Umstände versetzt zu werden“, somit kann die Passivität des Geschehens (der Menschwerdung) erklärbar gemacht werden. Diese Verselbständigung des Geschehens, wenn Frauen Wehen bekommen, sich der Uterus zusammenzieht, das Abwechseln von Angst und Hoffnung, ist vergleichbar mit Lachen und Weinen, als Reaktion auf eine geistige Erschütterung. Unpassend in diesem Zusammenhang scheinen die soziologischen Begriffe „Handeln“ oder „doing“. Die Geburtsarbeit und die Arbeit an einem Werkstück scheinen unvergleichbar zu sein, denn die Geburt ist ein „Zulassen“, so wie auch das Wochenbett ein „abzuwartendes Geschehen“ ist (Fischer, 2011, S 29 f).

In welchem Verhältnis dazu kann Selbstbestimmung ausgeübt werden, denn wenn sich die Frau in einem passiven Geschehensprozess befindet, wer bestimmt dann? Sie selbst oder ist sie dem Geschehen passiv ausgeliefert? Wäre dieser theoretische Ansatz auch eine Erklärung dafür, warum Frauen unter der Geburt das „Verfügungsrecht der Mutter über ihre eigene Person“ in Frage gestellt wird (Rockenschaub, 2005, S 25)?

Den Zuschreibungen, der Differenztheorien folgend, würde die Frau der Natur näherstehen, während der Mann der Ratio folgen würde. Durch die Möglichkeit der Positionierung wäre es wiederum möglich, die geschlechtsspezifische Zuschreibung aufzulösen und den Handlungsspielraum zu erweitern, was wieder Selbstbestimmung ausdrücken würde und das Konzept von „Doing Gender“ würde ebenfalls besser passend wirken.

6.2 Individuelle und gesellschaftliche Bedeutung von Schwangerschaft und Geburt

Für die Frau kann die Schwangerschaft und Geburt eine Lebensveränderungskrise darstellen. Nach dem Modell der fünf Säulen der Identität von Hilarion Petzold, bestehen fünf Lebensbereiche, die die Identität eines Menschen tragen. Das Konzept ist im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt darum besonders interessant, weil es in seiner Konstruktion, die inneren (intrapersonellen) und die äußeren (gesellschaftlichen) Zuschreibungen bei der Ausbildung und (Weiter-)Entwicklung der Identität berücksichtigt.

Die Lebensbereiche, die auf die Identität Einfluss nehmen, wären die Leiblichkeit (der Körper), die Säule des sozialen Umfeldes (Familie, Freunde Nachbarschaft...), die Säule der Arbeit, Leistung und Freizeit, die Säule der materiellen Sicherheit sowie die Säule der Werte (Religion, Freundschaft, Liebe,...) (Scheichenberger & Scharb, 2018, S 76 f).

Durch eine Schwangerschaft sind alle Lebensbereiche betroffen. Die Veränderungen, die damit einhergehen, betreffen nicht nur den Körper der Frau, sondern auch das soziale Umfeld. Die Frau wechselt vom Bereich der Erwerbsarbeit, der ihr eine soziale und materielle Sicherheit geboten hat, in den Bereich der Care- und Sorgearbeit, der gesellschaftlich monetär kaum honoriert wird. Im österreichischen Versicherungssystem gelten besondere Mutterschutzbestimmungen für alle Frauen, die in unselbstständiger Beschäftigung stehen, für selbständig erwerbstätige Frauen gilt das Mutterschutzgesetz nicht (Österreich.gv.at, 2020, o. S.). Um finanziell abgesichert zu sein, müssen Frauen fünf erforderliche Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen absolvieren. Die Absicherung durch das sogenannte Kinderbetreuungsgeld steht beiden Elternteilen zu, allerdings beziehen laut Statistik Austria überwiegend Frauen das Kinderbetreuungsgeld. Im Jahr 2017 bezogen beispielsweise 119.476 Frauen und 4.773 Männer eine Variante des Kinderbetreuungsgeldes (Statistik Austria, 2020, o. S.). Der Rechnungshof beurteilte die Familienleistung des Kinderbetreuungsgeldes als nicht geeignet, um Gleichstellung und Aufteilung von Betreuungspflichten zu erreichen (Rechnungshof Österreich, 2020, o. S.). Strukturell gesehen, bedeutet diese Tatsache für Frauen mit Betreuungspflichten, dass sie sich in die Abhängigkeit von Partner*in und Staat begeben müssen. Die Studie „Child Penalties Across Countries: Evidence and Explanations“ beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Familiengründung auf die Einkommen von Frauen und Männern. Sie sagt unter anderem aus, dass das Einkommen von Frauen und Männer bis zur Geburt des ersten Kindes, gleichmäßig und ident ansteigen. „Women experience a large, immediate and persistent drop in earnings after the birth of their first child, while men are essentially unaffected. Ten years after child birth, women have not recovered and at this point the series have plateaued.“ (Kleven, Landais, Posch, Steinhauer & Zweimüller 2019, S 2 f). Diese Transition von Unabhängigkeit zu Abhängigkeit könnte sich einerseits auf Frauen so auswirken, dass sie vermeiden Kinder zu bekommen, sie könnten zur traditionellen Rollenaufteilung zurückkehren oder neue Wege finden, um ihre Autonomie abzusichern. Im nächsten Kapitel wird erläutert, welche Auswirkungen der Wunsch nach einer natürlichen Geburt haben kann.

6.3. Schwangerschaft und Geburt aus subjektiver Sicht

Einen anderen Aspekt, der sich durch die Wünsche von werdenden Müttern ergibt, ist der nach einer bestimmten Form der Geburt. Wobei einerseits der Wunsch nach einer natürlichen Geburt sehr häufig ist, andererseits wird Sicherheit, die durch Ärzt*innen und Hebammen vermittelt werden, ebenfalls gewünscht. Das bedeutet, dass die ideale Geburt, natürlicherweise in einer Klinik stattfindet. Was wiederum zu der Feststellung führt, dass die Geburt als riskantes Ereignis, auch von den Schwangeren* selbst so gesehen wird, und dass sie annehmen, dass die Geburt in der Klinik dabei hilft, Risiken zu minimieren. Die Maßnahmen, die in der Klinik gesetzt werden, werden somit kaum angezweifelt, da diese unter einem gesellschaftlichen Sicherheitsdispositiv legitimiert sind (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 83 f). Was wiederum eine Erklärung dafür sein könnte, warum Frauen, die Gewalt unter der Geburt erlebt haben, diese schwer in Worte fassen können. Denn der oft gehörte Spruch „Hauptsache dem Kind geht es gut,“ könnte einerseits die gesellschaftliche Bestätigung dafür darstellen, dass die Klinik richtig reagiert hat und andererseits, könnte dadurch bekräftigt werden, dass eine Geburt risikoreich ist. Das impliziert, dass die Gesellschaft um die Gefahren weiß, die Frauen durch die Geburt erfahren können. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Frauen, sobald sie schwanger werden und auch nach der Geburt ihres Kindes staatlicher Fürsorge unterliegen. Der Staat Österreich hat es allerdings nicht ermöglicht, dass durch staatliche Familienleistungen die individuelle Absicherung und Gleichstellung von Frauen in ihrer Mutterrolle vorangetrieben werden kann. Für diese Arbeit ist diese Erkenntnis insofern von Bedeutung, als dass ein weiterer Aspekt von Gewalt sichtbar wird. Die kulturelle und strukturelle Gewalt durch gesellschaftliche Vorgaben.

Das nächste Kapitel widmet sich den Bewegungen rund um die Geburtskultur seit den 1970er Jahren.

7 Empowerment und Bewegungen rund um die Geburtskultur

Die Autor*innen Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und Barbara Thiessen weisen darauf hin, dass Frauen (und Männer) ein großes Sicherheitsbedürfnis haben, wenn es um die Geburt ihres Kindes geht. Die Forderung nach Selbstbestimmung und körperlicher Selbstermächtigung ist eines der feministischen Grundverständnisse. Auch der Wechsel von Patient*in zur Klient*in hat in diesem Sinne etwas Empowerndes (Villa & Moebius & Thiessen 2011, S 13 f).

Bereits in den 1970er Jahren begannen Protestbewegungen gegen die Medikalisierung der Geburt. Schon damals wurde Kritik daran laut, dass die Geburt pathologisiert und

damit einhergehend der Körper von Schwangeren defizitär beurteilt wird. Die Unterdrückung der Weiblichkeit wird durch das Demontieren der „exklusiven weiblichen Macht“ vorangetrieben, bzw. werden Frauenkörper von der männlich geprägten Medizin zu „Risikokörpern“ gemacht. Ebenso wurde Kritik an der Entwertung der Hebammenkunst laut. Denn die Hebamme galt als positiv bewertete „Beschützerin“ der Frauen, die durch ihre Beziehung zur Gebärenden ein geburtserleichternder Faktor sein kann, was durch die männlich geprägte, klinische Expertise missachtet wurde (Rose, 2010, S 208).

Die Fragestellung zur Abwertung von Hebammenwissen kann somit beantwortet werden. Augenscheinlich dient die Abwertung des Berufsstandes in Kliniken der Machterhaltung eines medizinischen „Leistungs- oder Herrschaftswissens“ (Honer, 2017, S 60). Durch die „Sanfte Geburt“ bzw. die „Natürliche Geburt“ Bewegung, die durch Frédéric Leboyer und andere, in den 1980er Jahren eingeleitet wurde, war es Frauen und Familien, Ärzt*innen und Hebammen möglich sich neu zu positionieren. Leboyer kritisierte in seinem Buch „Geburt ohne Gewalt“ den klinischen Umgang mit Mutter und Kind und plädierte, der Geburt alles „Gewaltförmige“ zu nehmen, weder Mutter noch Kind sollten durch die Geburtskrise traumatisiert werden. (Rose, 2010, S 210).

Die Hebamme Ina May Gaskin ist eine Pionierin auf dem Weg, die Geburtskultur wieder frauenfreundlicher zu gestalten. Das Gaskin-Manöver ist der einzige geburtshilfliche Eingriff, der nach einer Hebamme benannt wurde. Sie hat über 40 Jahre Erfahrung in der Geburtshilfe, ist mit dem Alternativen Nobelpreis ausgezeichnet und hat Ehrendoktorate verschiedener Universitäten erhalten. Sie unterrichtet Hebammen und Ärzt*innen überall auf der Welt, hält Seminare und kümmert sich vor allem darum, dass das Wissen zur vaginalen Entbindung von Beckenendlagegeburten, bei denen zurzeit meist ein Kaiserschnitt empfohlen wird, nicht verloren geht (inamay, 2021, o. S.).

Trotz dieser bereits in den 70er Jahren eingeläuteten Protestbewegungen wurden Gewalterfahrungen unter der Geburt erst wieder 2014 von der WHO thematisiert. Eine grundlegende Veränderung im Umgang mit Gebärenden im klinischen Alltag, kann augenscheinlich nicht auf die „Sanfte Geburt“ Bewegung rückgeführt werden. Vielleicht ist eine Erklärung dafür, die in dieser Arbeit aufgezeigte, strukturelle Gewalt in der Hierarchie, die es den „under-dogs“ unmöglich macht, Reformen durchzusetzen. Wie die WHO richtig konstatiert müssten Reformen von den verantwortlichen Regierungen und Entwicklungspartner*innen initiiert werden. Für diese ist es jedoch schwer, die Selbstbestimmung unter der Geburt an die erste Stelle zu stellen, wo es doch so viele, vorrangig wirtschaftliche Interessen gibt, denen nachzukommen ist. Es stellt sich die Frage ob es überhaupt erwünscht ist, das bestehende ungleiche System in Ausgewogenheit zu bringen, wenn unsere Gesellschaften nach patriarchaler Ordnung in kapitalistischen Systemen aufgebaut sind.

Das folgende Kapitel erläutert neuere Strömungen in der Geburtskultur, die Hand in Hand

gehen mit der von der WHO 2014 entfachten Debatte um Gewalt unter der Geburt. Auch wenn es keine oder noch keine wissenschaftlichen Belege für die Entwicklung dieser Strömungen aufgrund der Debatte über Gewalt gibt, so zeigt sich doch eine gewisse zeitliche Nähe in ihrer Entstehung.

7.1 Natürliche Geburt und Rituale

Es sind Beobachtungen zu machen, die eventuell, dazu müsste mehr geforscht werden, neuzeitliche Rituale und rituelle Zeremonien rund um die Geburt angestoßen haben. Alternative Praktiken, wie die Wassergeburt, Gebärhocker, oder Geburtsseile finden in gut ausgestatteten Kreißsälen Verwendung, es gibt großes Interesse an Geburtsvorbereitung mittels Hypnobirthing Methode, Akkupunktur oder Homöopathie. Das Interesse an diesen alternativen Behandlungsformen ist groß und steht im Widerspruch zu Medikalisierung und Technisierung (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 79).

Rituale rund um die Plazenta, wie z.B. Lotusgeburt gewinnen an Bedeutung. Hierbei wird nach der Geburt die Nabelschnur nicht durchtrennt und Plazenta und Kind bleiben so lange eine Einheit, bis die Trennung durch Abtrocknung selbständig erfolgt. Dies erfolgt meist zwischen dritten und sechsten Tag, nach der Geburt, kann aber auch bis zu zehn Tage dauern. Diese Art der Abnabelung ist wissenschaftlich noch weitgehendst unerforscht, es werden aber Vorteile unter anderem in der langen Dauer der Abnabelung gesehen, als dass diese der neugeborenen Familie hilft einen achtsamen Umgang miteinander zu entwickeln (Moser, 2019, S 80 f).

Während Geburten einerseits einem biologischen, physiologischen Ablauf folgen, werden sie andererseits gleichzeitig durch andere Menschen begleitet. Diese Menschen haben die Aufgabe, durch ritualisierte Handlungen Stabilität zu geben. Diese Rituale machen die Geburt zu einem gesellschaftlichen Ereignis (Nadig, 2011, S 39 f).

Die Reaktivierung von Ritualen rund um die Plazenta ist insofern bemerkenswert, als dass das trotz der Medikalisierung und Technisierung der Geburt, gewisse okkulte Praktiken Fortbestand haben (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 83). Die Verarbeitung der Plazenta zu homöopathischen Globuli, Essenzen, Pulver oder Salben oder das Kochen einer stärkenden Suppe für die Wöchnerin sind Praktiken, die auch heute angewendet werden. Wissenschaftlich wurden keine über den Placeboeffekt hinausgehende Wirksamkeitsmechanismen nachgewiesen. Dennoch sind ursprüngliche Rituale in der Geburtskultur präsent und bilden in ihr eine Art geheime, oder magisch orientierte, „klandestine Subkultur“ (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 82 f). Allerdings ist der Trend zur Natürlichkeit im Geburtsablauf und die Kritik an Medikalisierung der Geburt auch eine neue Betonung weiblicher Lebenswirklichkeit. Das bedeutet, dass Frauen wieder enger an den Mutterstatus gebunden werden und sie werden exkludiert oder exkludieren sich,

aufgrund der Fähigkeit Kinder zu gebären. Das konnte im Kontext der Stillbeziehung, der Väter ausschließt und Mütter nachhaltig an die Mutterschaft bindet, in Studien nachgewiesen werden. Die WHO empfiehlt das Neugeborenen mindestens sechs Monate ausschließlich zu stillen und häufiges Stillen bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes (Still-Lexikon.de, 2021, o. S.).

Hier offenbart sich ein Paradoxon der weiblichen Individualisierung: die Idealvorstellung einer egalitären geteilten Elternschaft erfährt durch die Exklusivität weiblicher Biologie eine Re-Traditionalisierung der Geschlechterrollen (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 94). Dennoch zeigt sich ein weiterer Ansatzpunkt um Veränderungen anzuregen. Nach Göttner-Abendroths matriarchalen Prinzipien würde sich die Gesellschaft grundsätzlich an den Bedürfnissen von Müttern und Kindern orientieren. Es wäre keine Exklusion, der Mütter vorhanden, sondern die Gesellschaft würde sich rund um die Mütter und ihre Bedürfnisse aufbauen (Göttner-Abendroth, 2011, S 172 f).

Seit einiger Zeit ist in Deutschland die Tendenz zu Alleingeburten zu beobachten. Dazu gibt es auch eine eigene Social Media Seite, wo diese versucht werden, statistisch zu erfassen. Die Seite „Alleingeburt“ wird von Jobina Schenk verwaltet, die den Geburtsratgeber „Meisterin der Geburt“ geschrieben hat. Ihr erklärtes Ziel ist es herauszufinden, ob es einen Trend zur Alleingeburt gibt und ob diese Gebärform sicher ist. Alleingeburten werden hier definiert als Abwesenheit von Fachpersonen, das heißt die Geburten müssen nicht zwangsläufig ganz allein von statten gehen, es kann sehr wohl so sein, dass die Frau im Kreis der Familie oder unter Beisein einer Doula gebiert (meisterin-der-geburt.de, o. J., o. S.). Diese Art der Geburtsbegleitung kann als Laienbegleitung gesehen werden, auch wenn eine Doula bereits viele Jahre Erfahrung in der Begleitung von Geburten hat.

Aber auch die schwangere Frau selbst kann im Zustand der Schwangerschaft und unter der Geburt als Laiin bezeichnet werden, sie verfügt einerseits nicht über so viel Sonderwissen über den Geburtsablauf, wie Hebammen und Ärzt*innen, andererseits ist ihr der Ablauf im institutionellen Rahmen einer Klinik unbekannt. Die Theorie, dass die Abstände zwischen Laien und Experte*innen größer werden, weil der soziale Wissensvorrat immer unübersichtlicher wird und die Unübersichtlichkeit ungleich verteilt ist, führt zu verschiedenen Anhäufungen von Wissen, Halbwissen und Nichtwissen. Laien werden somit immer abhängiger von Spezialist*innen bei der Lösung von Alltagsproblemen. Wenn nun der Bereich von gemeinsamem Wissen und gemeinsamer Relevanz schrumpfen und unter ein kritisches Niveau fallen, so ist innergesellschaftliche Kommunikation kaum mehr möglich. Es bilden sich Subgesellschaften heraus, andere Arten von Wissen sind für die unterschiedlichen Gruppierungen relevant und die Entstehung dieser, hat Folgen für die Sozialraumorientierung, die Fremd- und Eigeneinschätzung (Honer, 2017, S 60 f). Diese Theorie könnte gewisse Strömungen in

der Geburtskultur, z.B. die Tendenz zur Alleingeburten, abseits des Mangels an Hebammen erklären. Es könnte interpretiert werden, dass für Frauen, denen Selbstbestimmung wichtig ist, die Erkenntnis, dass sie während der Geburt Strukturen ausgesetzt sind, die sie in ihrer Autonomie einschränken, zu gewissen Vermeidungshaltungen und -Handlungen führen könnten. Die Vernetzung von Laiinnen in Social Media Gruppen, die eine Plattform zur Diskussion und Information über Geburten abseits der Kliniken bieten, könnte so eine Subkultur darstellen. Ebenso könnte die Erfassung von außerklinischen Alleingeburten, eine Anhäufung von Wissen darstellen, die zwar im Moment für die Gesellschaft kaum Relevanz hat, aber der das Potential innewohnt, großen Einfluss auf die Gesellschaft zu nehmen, da wieder Diskussionen über Sicherheit oder Selbstbestimmung bei der Geburt angestoßen werden könnten. Andererseits gibt es die These, dass die Schwangere* die Expertin* ist und Hebammen die Expertinnen der Geburtshilfe und das beide einem Wissensgefälle unterliegen. Durch das Eingehen einer Beziehung die auf Austausch und Bewusstheit basiert, werden die sozialen Aspekte der Begleitung bei der Geburt vorangestellt, so kann die Autonomie der Gebärenden durch Beziehungsarbeit und Empowerment unterstützt werden (Tegethoff, 2011, S 107).

Sarah Schmid, die das Buch „Alleingeburt - Schwangerschaft und Geburt in Eigenregie“ geschrieben hat, erklärt anhand von Beispielen, warum sie selbst am Liebsten alleine gebären möchte. Sie versteht ihr Buch als eine Art Ratgeber für andere Frauen, die sie auf ihrem Weg zu mehr Selbstbestimmung unterstützen möchte. Sie schreibt, dass die Medizin dann in Anspruch genommen werden soll, wenn sie gebraucht oder erwünscht ist, und dass die Geburtshilfe sich wandeln muss, von der Bevormundung hin zum Dienen. (Schmid, 2014, S 17). Sie selbst war als angehende Ärztin auch in der Geburtshilfe tätig, und sie wurde durch einige Erlebnisse positiv und negativ beeinflusst. Sie erinnert sich, dass sie eine einzige Geburt mitverfolgen durfte, wo die Frau in aufrechter Position blieb. Die Hebamme, die diese Frau begleitete, musste den Muttermund nicht kontrollieren, um zu erfassen, dass die Frau vor der Austreibungsphase stand. Diese Erfahrung und vor allem die Fähigkeit der Hebamme, den Geburtsverlauf ohne technische Überwachung richtig zu erfassen, imponierte ihr (Schmid, 2014, S 11). Diese ideale Form der Hebammenkunst erlebt heute eine Renaissance, vor allem die Vorstellungen um weibliches „Geheimwissen“ rund um Geburt und Wochenbett wirken anhand der medizinisch-technischen Überwachungsmöglichkeiten wie ein Märchen. Die Vorstellung, das Geburt von Frauen begleitet wird, die selbst geburtserfahren sind, wird durch den „neuen“ Berufsstand der Doulas Rechnung getragen (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 79 f). Im nächsten Kapitel wird erklärt, warum die Doulabegleitung für die Selbstbestimmung unter der Geburt von Vorteil sein kann.

7.2 Helfer*innen von Gebärenden – die Doulas

Das Wort Doula kommt aus dem altgriechischen und bedeutet „Dienerin der Frau“. Mit dem Konzept der Doulas, nämlich, dass Frauen, die geburtserfahren sind, anderen Frauen, durch den Geburtsprozess helfen, findet eine Rückbesinnung auf einen frauenzentrierten Geburtsweg statt. (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S 80).

Die „Doulas in Austria“, ist ein gemeinnütziger Verein, der Doulas in Österreich ausbildet. Dieser Verein bietet neben Zertifizierung von Absolvent*innen der Doulausbildung, unter anderem eine Gruppenhaftpflichtversicherung für Doulas, die Vernetzung mit dem europäischen Doulanetzwerk und regelmäßige Fortbildungen und Arbeitskreise. Die Ziele des Vereins sind die unabhängige Begleitung durch die Schwangerschaft und Geburt, Errichtung einer „freudvollen Frauen-, Geburts- und Mütterkultur“, Förderung einer elternfreundlichen Gesellschaft und Einwirkung auf gesellschaftliches Bewusstsein rund um Geburt und Elternschaft (doula.at, o. J., o. S.). „Mothering the mother“ ist die Aufgabe von Doulas, das bedeutet, dass sich Doulas darauf spezialisiert haben, werdende Mütter zu unterstützen, indem sie als Vertrauensperson kontinuierliche Begleitung bieten. Sie kümmern sich darum, dass „ihre“ Frau unter der Geburt gut versorgt wird, sie bieten Ein- zu-Eins Betreuung an und sorgen für eine angenehme Geburtsatmosphäre. Studien haben die Vorteile der Begleitung von Doulas bereits wissenschaftlich begründet, so wurde unter anderem nachgewiesen, dass Frauen die Geburt positiver erleben, Schmerzmittel seltener gefordert und verabreicht oder die Geburtsdauer verkürzt wurde. Da in Österreich in manchen Krankenhäusern nur eine Begleitperson bei der Geburt zugelassen wird, ist es relevant, zusätzliche Begleitpersonen vorzeitig anzukündigen oder gegebenenfalls einen anderen Geburtsort zu wählen (schwanger.at, 2021, o. S.). Es scheint so, als ob die Doulabewegung eine Antwort auf die Bedürfnisse von Frauen unter der Geburt sein könnte. Einerseits wären es unabhängige Begleiterinnen, die nicht in der hierarchischen Struktur eines Krankenhauses involviert sind, andererseits, könnte die Begleitung durch Doulas Frauen insofern in ihrer Selbstbestimmung bestärken, als dass die Doula eine Zeugin ist, die die Integrität von Gebärenden vor Übergriffen schützen kann. Die Fähigkeit die Bedürfnisse von Menschen in die Problemlösung zu integrieren benennt Göttner-Abendroth als einen Grund für natürliche Autorität (Göttner-Abendroth, 2011, S 177). Natürliche Autorität wäre dann eine andere Art von Macht, als die, die sich sonst am hierarchischen Gefüge einer Institution ableiten lässt. Göttner-Abendroth beschreibt als ein matriarchales Prinzip die gegenseitige Fürsorge, die sich an den Bedürfnissen von Müttern und Kindern orientiert. Sie plädiert für eine neue Gesellschaftsform, die sich abseits von Werten wie Größe oder Macht entwickeln solle. Das Eingehen von symbolischen Clans, die verbindlicher sind, weil sie andere Ziele haben als Interessensvertretungen, benennt sie als ein weiteres Prinzip in einer

matriarchalen Gesellschaft (Göttner-Abendroth, 2011, S 172 f). Vielleicht könnten sich solche Wahlverwandtschaften durch die Geburtsbegleitung durch Doulas entwickeln. Im nächsten Kapitel wird auf die Entstehung des Roses Revolution Day eingegangen.

7.3 Der Roses Revolution Day

Am 25. November 2020 wurde zum achten Mal der „Roses Revolution Day“ begangen, der Tag, der ein Zeichen gegen Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe setzt. Die Geburtsaktivistin Jesusa Ricoy hatte diese Idee 2011 ins Leben gerufen. Im Jahr 2013 wurde die Idee bei der 3. Human Rights in Childbirth Konferenz in Belgien unter Aktivist*innen weiterverbreitet und so wurde der Aktionstag in verschiedenen Ländern, darunter Frankreich, Deutschland, Mexiko, Brasilien, Tschechien und andere, erstmals organisiert (Gerechte-Geburt.de, 2020, o. S.).

In Deutschland wurde die Vernetzungsarbeit von Katharina Hartmann im Jahr 2013 aufgenommen, die eine Untergruppe der „Human Rights in Childbirth“ Organisation gründete und bereits im November 2013 in Deutschland dazu aufrief, am Roses Revolution Day teilzunehmen. Durch die sozialen Netzwerke wurde der Tag bekannt und tausende Frauen, haben sich zusammengefunden, um über diese Tabuthema zu sprechen (Mundlos, 2015, S 23).

Auch in Österreich wird das Thema Gewalt in der Geburtshilfe diskutiert, das österreichische Hebammengremium verweist auf seiner Homepage auf die österreichische Facebookseite „Roses Revolution“, sowie auf die Homepage von „Gerechte Geburt“ Deutschland (Hebammen.at, o. J., o. S.).

Die neuen Strömungen innerhalb der Geburtskultur, vor allem der Roses Revolution Tag, die Tendenz zu Alleingeburten und die Doulas als zusätzliche Geburtsbegleiter*innen können den Fokus der Öffentlichkeit auf ein tabuisiertes Thema lenken und es kann vermutet werden, dass weitere Diskurse auch zukünftig geführt werden müssen, vor allem unter dem Aspekt, wie der weibliche Körper von außen betrachtet wird. Das nächste Kapitel fasst die Erkenntnisse dieser Arbeit zusammen.

8 Resümee

Die Fragestellung dieser Arbeit war die, warum Frauen Gewalterfahrungen unter der Geburt machen müssen. Diese Frage wurde unter verschiedenen Aspekten beleuchtet. Einerseits wurde der gesellschaftsstrukturelle Aspekt herausgearbeitet, der auch die Medizin und ihre Institutionen durchzieht und Rollenbilder, die Frauen zu Objekten degradieren, tradiert. Dieser Objektstatus verstärkt die Dynamik der Gewalt, gerade in der

vulnerablen Situation der Geburt. Über diese strukturelle Analyse konnten Ursachen herausgearbeitet werden, warum gegenüber Frauen Gewalt ausgeübt wird. Besonders die vier ausgewählten Fallbeispiele lassen die Gewalterfahrungen, die Frauen, Männer und Kinder unter der Geburt machen müssen, sehr anschaulich werden. Andererseits kann dennoch keine abschließende Antwort gegeben werden wie individuelle Gewalterfahrungen zukünftig vermieden werden können. Abschließend wird diesem Kapitel noch einmal erläutert, welche gesellschaftlichen und institutionellen Gründe für Gewalterfahrungen ausschlaggebend sein können. Die Schwangerschaft und die Geburt stellen auf gesellschaftlicher Ebene einen Übergang von Selbstbestimmung zur Abhängigkeit von medizinischen Strukturen dar. Im Kontext der Institutionen können sich Machstrukturen, die durch kulturelle Gewalt legitimiert werden, durchsetzen und haben Einfluss auf die individuelle Geburtserfahrung von Frauen und Familien. Auf individueller Ebene befinden sich Frauen durch Schwangerschaft und Geburt im Fokus von staatlicher Aufsicht und Kontrolle. Warum die Menschenrechte und die daraus entstandenen Werkzeuge, wie Patient*innenrechte, medizinethische Herangehensweisen, wie das Ärzt*innen-Patient*innen Verhältnis bei der Geburt nicht in dem Ausmaß berücksichtigt werden, dass die Würde und Autonomie der Frauen, Kinder und Familien gewahrt werden können, dürfte einerseits mit historischen Entwicklungen in der Geburtshilfe zusammen hängen, nämlich dem Wechsel von hebammenunterstützter, hin zur medizinischen Begleitung der Schwangerschaft und Geburt, andererseits der kulturellen patriarchalen Gesellschaft und der daraus resultierenden strukturellen Gewalt geschuldet sein. Aus einer intersektionalen Perspektive wurde klar, dass Frauen als Mütter, in einer Abhängigkeit vom Gesellschaftssystem stehen, dass es ihnen nicht so einfach möglich macht sich selbstbestimmt zu positionieren.

Dennoch sind Frauen nicht nur passiv den institutionellen Strukturen ausgeliefert. Es gibt einige Möglichkeiten, um ein Mehr an Selbstbestimmung unter der Geburt zu erreichen. Für das Individuum ist sicher das Wissen über die Patient*innenrechte von Vorteil, aber auch die Vorbereitung anhand der Informationen über Kliniken und den Statistiken zu Kaiserschnittentbindungen können die Entscheidung bei der Kliniksuche erleichtern. Die Möglichkeit die Geburt durch Doulas begleiten zu lassen kann sich ebenfalls auf die Autonomie der Frau auswirken. In Kliniken gäbe es Möglichkeiten Frauen ein größeres Maß an Selbstbestimmung zukommen zu lassen, aber da diese hierarchisch aufgebaut sind, bedürfte es eines Umdenkens an der Spitze oder staatliche Umstrukturierungen bei den finanziellen Vergaben. Wissenschaftliche Lösungsansätze würden in die Technik und ihre Folgeabschätzungen, Betroffenenengruppen partizipativ miteinbeziehen und genderspezifische Daten erheben. Augenmerk würden die Disability and Diversity Studies auf das Entstehen von Subkulturen rund um Geburt und Wochenbett legen, da in diesen, großes Potential für Veränderungen liegen kann.

Literaturangabe

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). 01.05.2020. Langfassung der Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“. Zugriff am 6.2.2021 unter [024-019I_S2k_Fruehgeburt_Grenze_Lebensfaehigkeit_2020-06.pdf \(awmf.org\)](#)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). 22.12.2020. Leitlinien-Detailansicht. „Die Vaginale Geburt am Termin“. Leitlinienreport der S3-Leitlinie. Zugriff am 11.4.2021 unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083m_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). 22.12.2020. Leitlinien-Detailansicht. „Die Vaginale Geburt am Termin“. Langfassung der Leitlinie. Zugriff am 1.5.2021 unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html>

Ärzteblatt.de. 24.4.2017. Fetogenese: Früh geborene Lämmer reifen in künstlicher Fruchtblase heran. Zugriff am 28.4.2021 unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74312/Fetogenese-Frueh-geborene-Laemmer-reifen-in-kuenstlicher-Fruchtblase-heran>

Bachinger, Eva Maria. 2020. Genetische Optimierung: Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin – Wahlkind durch PID. S 65-87. In Brigitte Kepplinger, Florian Schwanninger (Hrsg.). Optimierung des Menschen. Beiträge der 5. Internationalen Hartheim Konferenz. Studienverlag Innsbruck.

Baron, Waldemar. 1995. Technikfolgenabschätzung. Ansätze zur Institutionalisierung und Chancen der Partizipation. Westdeutscher Verlag GmbH. Opladen.

Burgenländische Gesundheits-, Patientinnen-, Patienten- und Behindertenanwaltschaft. 2018/2019. Tätigkeitsbericht. Zugriff am 1.5.2021 unter https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Buerger_und_Service/Patientenanwalt/01_Taetigkeitsbericht_2020_-_ENDFASSUNG.pdf

Cohen Shabot, Sara. 2020. We birth with others. Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. Zugriff am 5.5.2021 unter <https://doi.org/10.1177%2F1350506820919474>

Criado-Perez, Caroline. 2020. Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert. Btb Verlag. München.

De Beauvoir, Simone. 2020. Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. Rowohl Verlag. Reinbek bei Hamburg.

Deutsche Hebammen Zeitschrift. 9/2020. Gewalt unter der Geburt. Macht und Ohnmacht. Zugriff am 5.5.2021 unter https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-leseprobe/artikel/macht-und-ohnmacht/

Die Techniker. Geburtsmedizinische Überwachung. 18.11.2020. Zugriff am 26.1.2021 unter <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/schwangerschaft-und-geburt/geburtsmedizinische-ueberwachung-2009578>

Doulas in Austria. o.J.. Verein DiA. Zugriff am 23.5.2021 unter <http://doula.at/verein-dia>

Fischer, Joachim. 2011. Gesellschaftskonstruktion durch Geburt – Gesellschaftskonstruktion der Geburt. In Paula-Irene Villa & Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.). Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. 2011. S. 22 - 37. Campus Verlag. Frankfurt.

Gamm, Gerhard. 2013. In Hubig, Christoph & Richter, Philipp (Hrsg.). Darmstädter Didaktik Reader. Leitfaden für das Lehramtstudium Philosophie/Ethik. 2013. S. 100-107. Handreichung des Instituts für Philosophie der TU Darmstadt. unveröffentlicht.

Ganz, Kathrin. Hausotter, Jette. 2020. Intersektionale Sozialforschung. Transcript Verlag. Bielefeld.

Gaskin, Ina May. 2010. Die Selbstbestimmte Geburt. Handbuch für werdende Eltern. Mit Erfahrungsberichten. Kösel Verlag. München.

Geburtsallianz Österreich. o. J.. CTG-Wehenschreiber. Zugriff am 26.1.2021 unter <https://www.geburtsallianz.at/ctg-wehenschreiber/>

Gerechte-Geburt.de. 9.12.2020. Roses Revolution – am 25. November 2020. Zugriff am 12.4.2021 unter <https://www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution/>

Gesundheit.gv.at. 2021. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. Mutter-Kind Pass Untersuchungen für Schwangere. Zugriff am 21.2.2021 unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/mutter-kind-pass/untersuchungen-schwangerschaft>

Gesundheit.gv.at. 2021. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. Pränataldiagnostik. Zugriff am 28.2.2021 unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/untersuchungen/pranataldiagnostik>

Gildemeister, Regine. 2019. Doing Gender: eine mikrotheoretische Annäherung an die Kategorie Geschlecht. In: Kortendiek, Beate, Riegraf, Birgit, Sabisch, Katja (Hrsg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Springer VS, Wiesbaden. S. 409-417.

Göttner-Abendroth, Heide. 2011. Am Anfang die Mütter. Matriachale Gesellschaft und Politik als Alternative. W. Kohlhammer Stuttgart

Grant-Hayford, Naakow & Scheyer, Victoria. 2016. Strukturelle Gewalt verstehen. Eine Anleitung zur Operationalisierung. Galtung -Institut. Working Papers. Zugriff am 30.4.2021 unter <https://www.galtung-institut.de/papers/G-I-WP-2016-06-SG.pdf>

Honer, Anne. 2017. Bausteine zu einer lebensweltorientierten Wissenssoziologie. S 51-67. In Hitzler, Ronald. Schroer, Norbert. Jo Reichertz (Hrsg.). Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation. Halem Verlag. Köln.

Ina May Gaskin. 2021. Biography. Zugriff am 5.1.2021 unter <https://inamay.com/biography/>

Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik. 1.2020 Scholl, Marion. Pränatale Diagnostik. Zugriff am 14.3.2020 unter <https://www.imabe.org/imabeinfos/praeinatale-diagnostik>

Klemperer, David. 2015. Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3. Überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlagsgruppe. Göttingen ua.

Kleven, Hendrik. Landais, Camille. Posch, Johanna. Steinhauer, Andreas. Zweimüller, Josef. Child Penalties Across Countries: Evidence and Explanations*. March 2019. Zugriff am 20.5.2021 unter https://www.henrikkleven.com/uploads/3/7/3/1/37310663/klevenetal_aea-pp_2019.pdf

Kliniksuche.at.. 2021. Zugriff am 30.4.2021 unter <https://kliniksuche.at/suche/behandlungen/geburt>

Meisterin der Geburt. o.J.. Alleingeburten Erfassung. Zugriff am 3.5.2021 unter <https://meisterin-der-geburt.de/alleingeburten-erfassung/frageboegen/>

Michaelsen, Anja. 2011. „I helped to bring them into this world“: Geburt, Leihmutterchaft und Reproduktionsmedizin in Frozen Angel (2005). In Paula-Irene Villa & Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. 2011. S. 183 - 205. Campus Verlag. Frankfurt.

Minimed. 13.8.2020. Combined Test (Ersttrimesterscreening). Zugriff am 28.2.2021 unter <https://www.minimed.at/medizinische-themen/gesundes-kind/combined-test/>

Moser, Doris Alhlea. Wurzeln des Lebens. Die menschliche Plazenta vor und nach der Geburt. myMorawa Verlag. Wien.

Motherhood. 8.1.2021. Erste medizinische Leitlinie für vaginale Geburten entstand mit Beteiligung von Eltern. Zugriff am 21.5.2021 unter <https://www.mother->

[hood.de/aktuelles/erste-medizinische-leitlinie-fuer-vaginale-geburten-entstand-mit-beteiligung-von-eltern/](https://www.hood.de/aktuelles/erste-medizinische-leitlinie-fuer-vaginale-geburten-entstand-mit-beteiligung-von-eltern/)

Mundlos, Christina. 2015. Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal. Tectum Verlag Marburg.

Nadig, Maya. 2011. Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual: Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In Paula-Irene Villa & Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. 2011. S. 39 - 73. Campus Verlag. Frankfurt.

Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft. 2019. Tätigkeitsbericht 2019. Zugriff am 2.5.2021 unter

https://www.patientenanwalt.com/download/Taetigkeitsberichte_PPA/Taetigkeitsbericht_NOe_PPA_2019.pdf

Österreich.gv.at. 10.2.2020. Vor der Geburt eines Kindes. Zugriff am 20.5.2021 unter <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/143/Seite.1430101.html>

Österreich.gv.at. 25.2.2020. Allgemeines zu Patientenrechten. Zugriff am 21.4.2021 unter https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/patientenrechte/Seite.3700200.html

Österreichisches Hebammengremium. o. J.. Gegen Gewalt in der Geburtshilfe – Roses Revolution. Zugriff am 20.2.2021 unter <https://www.hebammen.at/gegen-gewalt-der-geburtshilfe-roses-revolution/>

Paschen, Herbert. Gresser, Klaus. Conrad, Felix. 1978. Technology Assessment: Technologiefolgenabschätzung. Ziele, methodische und organisatorische Probleme, Anwendungen. Campus Verlag. Frankfurt/Main.

Rechnungshof Österreich. 21.8.2020. Kinderbetreuungsgeld: 4,5 Prozent der Anspruchstage entfallen auf Väter. Zugriff am 20.5.2021 unter https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/news/news/news/Kinderbetreuungsgeld_4_5_Prozent_der_Anpruchstage_entfal.html

Rockenschaub, Alfred. 2005. Gebären ohne Aberglauben. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst. Facultas Universitätsverlag Wien.

Rose, Lotte. 2010. ‚Natürliche‘ und ‚sanfte Geburt‘: Paradoxien der modernen Entbindungsreformen, in: Freiburger Geschlechter Studien, Jg. 24 (2010) Nr. 1, 207-222. Zugriff am 20.5.2021 unter

https://www.genderopen.de/bitstream/handle/25595/90/Rose_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rose, Lotte & Knittel-Schmied, Ina. Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischen Event und kritischen Ereignis. In Paula-Irene Villa & Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. 2011. S. 75 - 100. Campus Verlag. Frankfurt.

Roses Revolution Österreich. 26.11.2019. Facebook. Geburtsbericht anonym. Zugriff am 11.4.2021 unter

<https://www.facebook.com/rosesrevolutionoesterreich/posts/2547660085312369>

Scheichenberger, Sonja. Scharb, Brigitte. 2018. *Spezielle validierende Pflege. Emotion vor Kognition*. Springer-Verlag GmbH. Berlin.

Schneider, Werner. 2011. Das andere Leben im »toten« Körper – Symbolische Grenzprobleme und Paradoxien von Leben und Tod am Beispiel »hirntoter« Schwangerer. In Paula-Irene Villa & Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. 2011. S. 155 - 182. Campus Verlag. Frankfurt.

Schwanger.at. Die Doula. 2021. Zugriff am 23.5.2021 unter

<https://www.schwanger.at/artikel/die-doula.html>

Statistik Austria. 17.9.2020. Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen und -bezieher nach Geschlecht 2008 bis 2019. Zugriff am 20.5.2021 unter

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/familienleistungen/058447.html

Still-Lexikon.de. 2021. Zugriff am 30.5.2021 unter <https://www.still-lexikon.de/empfehlungen-der-who-fuer-die-ernaehrung-gestillter-kinder/>

Tegethoff, Dorothea. 2011. Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In Paula-Irene Villa & Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. 2011. S. 101 - 128. Campus Verlag. Frankfurt.

The Lancet. 13.10.2018. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Zugriff am 7.2.2021 unter [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)

United Nations. 2021. Human Rights. Universal Declaration of Human Rights. Zugriff am 29.4.2021 unter <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>

Vila, Paula-Irene, Moebius Stephan, Thiessen, Barbara. *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Einführung*. In Paula-Irene Villa & Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. 2011. S. 7 -21. Campus Verlag. Frankfurt.

Waldschmidt, Anne. Klein, Anne. Korte, Miguel Tamayo. 2009. Das Wissen der Leute. Bioethik, Alltag und Macht im Internet. Theorie und Praxis der Diskursforschung. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Weber, Max. 1922. Wirtschaft und Gesellschaft. Zugriff am 6.5.2021 unter

https://pdfdokument.com/wirtschaft-und-gesellschaft-unilibrary_59e453d01723ddc7f52ebf5b.html

Wegweiser Bürgergesellschaft. o.J..Gewaltdefinition Galtungs. Zugriff am 30.4.2021 unter

<https://www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/konfliktloesung/hintergrundtexte/gewaltdefinition-galtungs>

Zeit.de. 23.2.2021. Fresenius will Kosten drücken – Gewinn in der Pandemie gesunken.

Zugriff am 28.4.2021 unter <https://www.zeit.de/news/2021-02/23/fresenius-will-kosten-druecken-gewinn-in-pandemie-gesunken>