

Selbstbestimmung kontrovers?! Patient*innenautonomie in der Geburtshilfe

Eckardt, Sarah

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Eckardt, S. (2020). Selbstbestimmung kontrovers?! Patient*innenautonomie in der Geburtshilfe. *Femina Politica - Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 29(2), 63-75. <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v29i2.06>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Selbstbestimmung kontrovers?! Patient*innenautonomie in der Geburtshilfe

SARAH ECKARDT

Was sich antipodisch gegenüber steht, ist ein weibliches Selbstbewusstsein am Ende des 20. Jahrhunderts, das sich Aufklärung, Mitbestimmung, Bürgerrecht, Autonomie und materielle Unabhängigkeit zu eigen gemacht hat und die animalische Wirklichkeit des Gebärens, die das Individuum negiert, ausschaltet. Für die Zeit des Gebärens entsteht eine Kluft, die an der Grundlage weiblicher Identität rührt. Gebären passt nicht in unsere Zeit. (Azoulay 1998, 57)

Geburt versteht Isabelle Azoulay als eine „Naturkatastrophe“ (ebd., 49). Diese Deutung von Geburt sei mit den Vorstellungen und dem Streben nach Selbstbestimmung nicht vereinbar. Allein eine gute medizinische Schmerzbehandlung könne hier Abhilfe schaffen. Mit ihrer Aussage stützt sich Azoulay auf die „dichotome Konstruktion von Kultur- und Naturseiten“ (Jung 2016, 215). Freiheit und Selbstbestimmung sind der Kultur zugeordnete Größen, die „Unabhängigkeit und Ungebundenheit, die Befreiung von naturbedingten Notwendigkeiten ebenso wie die Bedeutung des (freien) Willens und der (Er-)Kenntnis von alternativen Möglichkeiten“ (ebd., 213) betonen. Tina Jung schlussfolgert, dass die „Konstruktion von Freiheit an traditionell männlich konnotierte Kategorien“ (ebd., 215) gekoppelt ist. Da Schwangerschaft und Geburt der Naturseite und damit Privatheit, Unfreiheit, Notwendigkeit und Passivität zugeordnet seien, komme es zu einem Ausschluss dieser Prozesse vom politischen Freiheitsdenken. Dennoch zeichnet Jung „frauenzentrierte Diskurslinien“ (ebd., 229) nach, die Schwangerschaft und Geburt als Fragen der Freiheit besprechen. Hier würde eine neue, weibliche Selbstbestimmung diskutiert, die „im Einklang mit der Natur, im Vertrauen auf die eignen körperlichen Fähigkeiten“ (ebd., 221) stünde.

Im Folgenden ordne ich den Begriff der Selbstbestimmung als zentrale diskursive Formation im Diskurs rund um Geburt ein und diskutiere mit Hilfe empirischer Befunde aus einer qualitativen Studie die Frage¹, inwiefern Selbstbestimmung von gebärenden Frauen im Gespräch über Geburt thematisiert wird. Im ersten Abschnitt wird der Begriff geklärt und geprüft, in welchen Feldern er relevant ist. Es folgt ein Einblick in die Forschungslandschaft zu Selbstbestimmung in der Geburtshilfe. Im dritten Abschnitt steht die Darstellung eigener empirischer Befunde zu den Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung aus Perspektive gebärender Frauen im Zentrum. Im vierten Abschnitt werden die Ergebnisse diskutiert und mit anderen Studien kontrastiert, die Praktiken des Widerstandes und des Empowerments während der Geburt fokussieren. Dadurch gelingt eine theoretische Erweiterung der dargestellten Analysen. Ein Fazit zu den Herausforderungen der praktischen Geburtshilfe schließt den Artikel ab.

Diskurs zur Selbstbestimmung von Frauen während der Geburt

Elternverbände wie Mother Hood setzen sich für „eine sichere und selbstbestimmte Geburt mit der freien Wahl des Geburtsortes“ (Mother Hood e.V. 2019) ein. Auch im Selbstverständnis der Hebammen ist die Förderung der Selbstbestimmung zentral. pro familia veröffentlicht ein Sonderheft „Selbstbestimmung rund um die Geburt“ (2019). Selbstbestimmung, so lässt sich konstatieren, wird von vielen Akteur*innen gefordert, gefördert und ist ein zentraler Bestandteil des Diskurses über Geburtshilfe. Insgesamt geht es bei der Thematik vor allem um die Zuweisung von Einfluss auf den Prozess der Geburt, der dem ärztlichen Fachpersonal, der Hebamme oder der gebärenden Frau zugesprochen werden kann. Zu beachten ist dabei, wer die Entscheidungen bezüglich der Behandlungspraktiken trifft, wer einen umfassenden Zugang zu Informationen und Wissen über den (konkreten) Geburtsverlauf und potenzielle Handlungsmöglichkeiten hat, wer die Verantwortung für eine gelingende Geburt trägt, und wer definiert, was eine gute Geburt ist. Dabei ist das Verhältnis zwischen ärztlichem Fachpersonal und Patientinnen während der Geburt komplex, da hier besonders viele Akteur*innen beteiligt sind: Die gebärenden Frauen haben als aktiver Teil des Geburtsgeschehens ein Recht auf Selbstbestimmung, das Kind ist als eigenständiges Subjekt konstituiert und hat ein Recht auf Fürsorge, das ärztliche Fachpersonal und die Hebammen besitzen professionelle Expertise und haben eine Fürsorgepflicht gegenüber dem Kind und der Gebärenden und müssen zudem die Selbstbestimmung beider zulassen und ermöglichen.

Selbstbestimmung begreife ich als diskursive Formation und damit als ein Phänomen, das auf eine spezifisch historische Art und Weise hervorgebracht wird. Autonomie und Selbstbestimmung² sind vom Geist der Aufklärung geprägt und damit nicht nur an Freiheit gekoppelt, sondern auch an „Autonomievermögen“ (Waldschmidt 2012: 23), dessen Maßstab Vernunft, „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ (ebd., 25) ist. Der Selbstbestimmungsbegriff ganz allgemein trägt heute, so Anne Waldschmidt (ebd., 51), „höchst verschiedene Inhalte in sich“.

Historisch verdichtet sich der Anspruch nach Selbstbestimmung der Frau im gesamten reproduktiven Bereich in der zweiten Frauenbewegung, die mit der Frauengesundheitsbewegung einherging (Stolzenberg 2000). Diese Forderung findet ihre Ursache unter anderem in den Reaktionen auf die sogenannte ‚programmierte Geburt‘³ und die negativen Geburtserfahrungen der Frauen (ebd., 227). Neben den betroffenen Frauen entwerfen populäre Geburtshelfer*innen wie Michel Odent (1986) oder Ina May Gaskin (2004) ein alternatives Verständnis von Geburt. Die Kritik formiert sich gegen Medikalisierung, Pathologisierung, Professionalisierung, Normierung, Technisierung und Ökonomisierung der Geburtshilfe, wobei sich diese Prozesse seit Beginn der Frauengesundheitsbewegung bis zur Gegenwart verstärkt haben. Das medizinische Sicherheits- und Risikodispositiv (Rose/Schmied-Knittel 2011) ist als hegemonial anzusehen. Das inhärente bio-medizinische Wissen ist jedoch nicht als objektiv, sondern als historisch hervorgebrachtes Wissen zu begreifen, in das spezi-

fische Vorstellungen von Frauenkörpern und Reproduktion eingelassen sind, denn „ärztliches Handeln knüpft an Bilder von Weiblichkeit, an Geschlechtsstereotype, an gesellschaftliche Regeln des Umgangs mit Risiken und an Vorstellungen über körperliche Entwicklungen an“ (Kolip 2000, 27). Hinzu kämen eine „jahrhundertelange(...) Abwertung von Frauen und Weiblichkeit“ (ebd., 12) als schwach, krank und abweichend sowie „patriarchale Denkmuster über Mangelhaftigkeit weiblicher Körper ebenso wie die männlich-medizinische Vormachtstellung über Körper von Frauen“ (Jung 2016, 220).⁴ Dieses Argument manifestiert sich am stärksten in der Zuschreibung von Aktivität und Passivität während der Geburt. So zeigt Simone Hoffmann-Kuhn (2013), dass in Lehrbüchern für Ärzt*innen und Hebammen passive Darstellungen der Frau überwiegen. Ein weiterer Punkt ist die Ausübung von Gewalt und Missachtung gegen Frauen während der Geburt, deren Prävalenz heute vermehrt diskutiert wird (Rost/Arnold/Clercq 2020).

Geburt wird vor allem gedeutet als ein problematisches und potenziell riskantes Ereignis, das durch Überwachung, Kontrolle und Interventionen gelenkt und geleitet werden soll. Die daran geknüpften Praktiken suggerieren Sicherheit und generieren gleichzeitig Unsicherheit, wodurch Frauen „in eine regelrechte Angst-Kontroll-Spirale“ (Brockmann/Reichard 2000, 71) geraten können. So ist die „technologievermittelte Fremdbeobachtung“ (ebd., 60) der Selbstbeobachtung durch die Schwangere und Gebärende vorrangig, professionelle Geburtshelfer*innen gelten als die „kompetenten Entscheidungsträger“ (ebd.).

Für die Gestaltung der Beziehungen zwischen Ärzt*innen, Hebammen und Gebärenden ist mittlerweile – auch als Folge der Frauenbewegung – die Patient*innenautonomie das zentrale Paradigma. Sie ist rechtlich stark verankert und neben der Vermeidung von Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit ein zentrales Prinzip der Gesundheitsversorgung (Tegethoff 2011). Dabei ist ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen: von einem benevolenten Paternalismus hin zu einem Modell des ‚informed choice/consent‘. Die umfassende Information der Patient*innen und deren Einwilligung in Behandlungspraktiken ist hier entscheidend. Silja Samerski (2008) spricht kritisch von einer ‚entmündigenden Selbstbestimmung‘, da medizinisches Wissen, Wahrscheinlichkeiten, Befunde und Berechnungen einen höheren Stellenwert als die subjektive Wahrnehmung der Patient*innen eingenommen haben. Denn im derzeitigen Gesundheitssystem bedeutet Selbstbestimmung „nicht, sich seines eigenen Verstandes zu bedienen, sondern die Entscheidungsvorgaben und Rationalitätsvorstellungen einer bestimmten Statusgruppe zu erfüllen“ (Samerski 2015, 566). Adressiert wird damit ein ökonomisches Entscheider-Subjekt, das sich selbst und seinen Körper innerhalb des medizinischen Wissens versteht und sich in einer angemessenen Fachsprache ausdrückt, Alternativen rational abwägt und sich optimal zum Wohl seiner Gesundheit entscheidet.

Anschließend ist zu fragen, inwiefern das Paradigma der Selbstbestimmung in der gegenwärtigen Praxis handlungsleitend ist oder ob es eine Lücke zwischen dem hohen Anspruch der Autonomie und deren praktischer Umsetzung gibt. Zu dieser

Frage untersuchten Claudia Hellmers, Astrid Krahl und Beate Schücking (2010) Entscheidungsprozesse von ärztlichen Geburtshelfer*innen. Interessant ist dabei, dass vor allem bezüglich Geburtseinleitungen und Kaiserschnitte die mütterlichen Wünsche berücksichtigt wurden, für andere Praktiken wie Diagnosepraktiken der CTG-Untersuchungen⁵ oder Dammschnitte (ebd., 557) wurde deren Bedeutung hinsichtlich der Selbstbestimmung nicht reflektiert. Die Autorinnen resümieren, dass „(p)artizipative Entscheidungskonzepte wie eine gezielte Hinführung zur informierten Entscheidung (...) in der Praxis leider noch keinen konsequenten Einsatz zu finden“ (ebd., 559) scheinen.

Dorothea Tegethoff (2011) arbeitet heraus, dass Selbstbestimmung zwar ein zentrales Prinzip der Gesundheitsversorgung ist, diese aber auch in der praktischen professionellen Geburtshilfe sehr kontrovers erörtert wird. Herausforderungen entstehen dabei u.a. durch ein Wissensgefälle der Kenntnisse professioneller Geburtshelfer*innen und Patient*innen, durch schwierige Arbeitsbedingungen oder den Zweifel an der Bereitschaft und Fähigkeit der Gebärenden zur Selbstbestimmung (ebd., 123). Damit ist für eine Ermöglichung und Durchsetzung der Selbstbestimmung der Gebärenden die Haltung der professionellen Geburtshelfer*innen zentral.

Selbstbestimmung ist folglich keine Selbstverständlichkeit, sondern nach wie vor ein stark diskutiertes und umkämpftes Konzept. Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Frage, wie der kontroverse Diskurs rund um Theorie und Praxis der Patient*innenautonomie in der Geburtshilfe von gebärenden Frauen aufgenommen, verhandelt und bewertet wird.

Methodisches Vorgehen

In meinem Forschungsprojekt befasste ich mich mit Subjektivierungsweisen gebärender Frauen. Im Mittelpunkt stand die Frage, inwiefern Diskurse und Dispositive ihre Wirkmächtigkeit auf konkrete Subjekte entfalten. Als Forschungsperspektive wählte ich die Dispositivanalyse (Bührmann/Schneider 2008), denn im „Dispositivbegriff verschränken sich (...) verschiedene Dimensionen von Foucaults Machtkonzept als strukturierte und strukturierende Wirkung auf Wirklichkeitskonstruktionen (Wissen), institutionelle Handlungsfelder (Praxis) und individuelle Handlungspräferenzen (Subjektivitäten)“ (ebd., 68). Ich stellte die gebärenden Frauen in das Zentrum meiner Untersuchung, da ihre Perspektive lange Zeit kaum berücksichtigt wurde (Makowsky/Schücking 2013): Wie nehmen sie Diskurse auf, reproduzieren, modifizieren sie oder stellen sich gegen sie? Welche Wirklichkeitseffekte des dispositiven Feldes der Geburt zeigen sich empirisch bei den Subjektivierungsweisen Gebärender? Wie positionieren sie sich angesichts der skizzierten Wissens-Macht-Regime rund um die Geburt?

Um diesen Fragen nachzugehen, führte ich 18 Interviews mit neun Frauen kurz vor und nach der Geburt in Deutschland. Die Interviewpartnerinnen unterschieden sich bezüglich des ländlichen oder urbanen Wohnraums, ihrer Herkunft aus den alten

oder neuen Bundesländern, des Bildungsstands und inwiefern sie Erst- und Mehrgelübende waren. Außerdem strebten die Frauen unterschiedliche Geburtssettings an; so haben fünf Frauen des Samples ihre Kinder im Krankenhaus zur Welt gebracht, zwei Frauen haben eine Entbindung im Geburtshaus geplant und zwei Frauen eine Alleingeburt ohne professionelle Unterstützung gewählt. Die Interviews wertete ich anhand einer Verschränkung von Grounded Theory und Dispositivanalyse aus.

Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung

Trotz der Prägnanz und der kontroversen Verhandlung des Selbstbestimmungsparadigmas im Diskurs ist das Thema der Selbstbestimmung in den Interviews kaum relevant. Auf konkrete Nachfragen, welche Rolle Selbstbestimmung während der Geburt für die Frauen spielt, antwortet die Interviewpartnerin Lenka: „Wenn ich jetzt so selber so drüber nachdenken würde, würde mir das Wort Selbstbestimmung nicht einfallen“ (Lenka II, 556 f.)⁶. Vor allem Frauen, die Geburten als traumatisierend oder dramatische Erlebnisse wahrgenommen haben, nutzen den Begriff der Selbstbestimmung als negativen Kontrasthorizont, indem sie ihre Geburten im Krankenhaus als „alles andere als selbstbestimmt“ (Freya I, 263) beschreiben. Insgesamt scheint der Begriff der Selbstbestimmung mit der Gestaltung und dem Erleben der Geburt nicht in Einklang zu bringen zu sein. Konkrete Momente der Selbstbestimmung fanden sich im Material in der selbstbestimmten, aktiven Abgabe von Verantwortung und der Delegation der Handlungsorientierung an professionelle Geburtshelfer*innen oder Partner, in kognitiven Entscheidungssituationen wie bei der Wahl zwischen (selten erwähnten) dargebotenen Handlungsalternativen sowie im intuitiven Umgang mit dem Prozess der Geburt oder in radikaler Übernahme der vollen Verantwortung durch die Alleingelübenden.

Möglichkeiten und Potenziale der Selbstbestimmung blieben bei der Analyse unscharf und konnten nicht zu Kategorien verdichtet werden. Allerdings konnte ich fünf Grenzen der Selbstbestimmung während der Geburt rekonstruieren, die ich im Folgenden darstelle. Mit ihrer Hilfe kann erklärt werden, warum der Begriff den Interviewpartnerinnen als unpassend erscheint und inwiefern Geburt kein frei plan- und gestaltbarer Prozess ist. Dadurch verweigern sie sich auch der Adressierung als rationales Entscheider-Subjekt.

Treten *Notsituationen oder Komplikationen während der Geburt* auf, erscheint die Thematik der Selbstbestimmung untergeordnet. Im Zentrum steht hier vor allem die Erhaltung des Kindeswohls. Das geborene Kind wird als eigenständiges Subjekt konstruiert, dessen Gesundheit und Möglichkeit zur optimalen Entwicklung die Bedürfnisse und Gestaltungswünsche der Gelübenden übersteigen. Dies wird besonders deutlich, wenn in einer Notsituation alle Handlungen der Geburtshelfer*innen, auch wenn es sich um Grenzüberschreitungen handelt, für die Gelübende als legitim erscheinen. So sagt die Interviewpartnerin Michaela, die während ihrer Geburt Gewalt erlebt und vermutlich einen Steißbeinbruch durch ein Kristeller-Manöver⁷

erlitten hat: „Das wär‘ in Ordnung, wenn’s irgendwie ‘ne medizinische, also ‘ne zwingende medizinische Indikation gegeben hätte. Dass das eben diese ganzen Handlungen erforderlich gemacht hätten“ (Michaela II, 844ff.). Die Gefährdungslagen von Kind und Mutter lassen aus Michaelas Perspektive sogar herablassende und beängstigende Äußerungen des ärztlichen Fachpersonals und die falsche Anwendung des Kristeller-Handgriffs als ertragbar erscheinen. Die Durchsetzung oder das Fragen nach den Bedürfnissen, Wünschen oder Empfindungen der Gebärenden werden dem Kindeswohl nachgeordnet. Das Erlebte ist für Michaela akzeptabel, wenn das Vorgehen medizinisch indiziert gewesen ist und zur Erhaltung des Kindeswohls beigetragen hat. Damit erscheinen grenzüberschreitendes Verhalten und die fehlende Fokussierung auf die Gebärende als Person als legitim, wenn es die Situation erfordert.

Das *Messen an standardisierten Werten* stellt eine weitere Grenze dar. Das medizinische Feld der Geburt mit seinem hegemonialen bio-medizinischen Geburtsverständnis zeichnet sich durch eine starke Normalisierung aus und ist durch die damit einhergehenden Konzepte der Risikoschwangerschaft und -geburt geprägt. Die Orientierung an normalisierenden Durchschnittswerten ist besonders stark ausgeprägt. Abweichungen von der normalen Geburt und Schwangerschaft, wie zu hohes oder niedriges Geburtsgewicht des Embryos oder eine Beckenendlage, führen zu Einschränkungen der Wünsche und Wahlmöglichkeiten der Gebärenden für die Gestaltung der Geburt. So sieht die Interviewpartnerin Stefanie ihren Wunsch nach einer Geburt ohne Einleitung in Gefahr, da ihr Kind als zu schwer eingeschätzt wird und sie mit der Möglichkeit einer früheren Geburtseinleitung konfrontiert wird, die sie aus der Erfahrung ihrer ersten Geburt unbedingt vermeiden will (Stefanie I, 16ff.). Nadine wiederum möchte nach der ersten Geburt im Krankenhaus die Geburt ihres zweiten Kindes im Geburtshaus erleben. Sie sieht die Möglichkeit, im Geburtshaus entbinden zu können, jedoch durch die Beckenendlage des Kindes in Gefahr, da sich das Kind trotz des Versuchs einer äußeren Wendung nicht dreht. Mit der Beckenendlage erscheinen verschiedene Praktiken der Geburt unvermeidlich: Die Geburt im Krankenhaus, der Vierfüßler-Stand als geeignete Gebärposition, das Legen eines venösen Zugangs bei Wehenbeginn sowie die Anwesenheit mehrerer professioneller Geburtshelfer*innen. Nadine hält fest: „(W)eil das Kind halt nicht richtig rum liegt halt, so, darf man halt nicht mehr wählen“ (Nadine I, 724f.) und so scheint es für sie keinen Ausweg aus dieser Situation zu geben.

In einigen Geburtserzählungen finden sich spezifische *Selbstzuschreibungen des Bewusstseinszustands*. Die Frauen beschreiben, sie hätten sich während der Geburt in einem Zustand der Willenlosigkeit, Unzurechnungsfähigkeit oder in einer Art Delirium befunden. Aus dieser Selbstzuschreibung ergibt sich die Begründung, dass sie selbst keine Entscheidungen treffen konnten oder wollten. Wenn Frauen bei der Geburt nicht selbst entscheiden und agieren können oder wollen, werden sie zu Objekten, an denen die Geburt vollzogen wird. Es erscheint legitim, dass an ihnen und ihrem Körper etwas getan wird und sie behandelt werden. Jelena berichtet von

ihrem Problem, während der Geburt Entscheidungen zu treffen: „Aber ich war ja auch nicht die Gesprächigste, von daher war schon alles richtig, da nicht groß zu fragen: ‚Was willst du denn jetzt?‘ Weil das waren echt die schlimmsten Fragen. Ich wusste nicht, ich wollte nur Anweisungen haben“ (Jelena II: 393ff.). Gleichzeitig finden sich in ihrer Geburtserzählung nur am Anfang der Geburt Situationen, in denen ihr Handlungsalternativen eröffnet wurden. Am Beispiel der andauernden CTG-Untersuchung während der Geburt kann gezeigt werden, wie Möglichkeitsräume sogar geschlossen werden: Ohne Rücksprache oder eine medizinische Notwendigkeit durch Komplikationen und Interventionen erhält Jelena wie selbstverständlich ein Dauer-CTG während der gesamten Geburt im Kreißaal. Durch die Technik kann sie sich nicht (frei) bewegen oder eine aufrechte Position einnehmen, zudem schnüren die Bänder unangenehm den Bauch ein. Diese Kontrollpraktik erscheint ihr dennoch nicht als verhandelbar, obwohl sie dadurch die Geburt weniger aktiv als gewünscht bewältigt. Anstatt also Varianten und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen, werden diese durch Routinen reduziert oder gar nicht erst vorgeschlagen. Zu betonen ist, dass Jelena die erlebte Geburt keinesfalls als negativ bewertet. Aufgrund der permanenten Begleitung durch eine Hebamme und der impliziten Handlungsanleitungen durch die institutionellen Routinen erfährt sie Sicherheit und Unterstützung. Das Fehlen von Optionen bewertet sie ebenfalls nicht als negativ, da sie sich selbst einen Bewusstseinszustand zuschreibt, der das Treffen von Entscheidungen erschwert. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die (diskursive) Funktion solcher (Selbst-)Zuschreibungen im legitimen Umgang mit Frauen während der Geburt liegt, der ihre ausdrückliche Zustimmung zu medizinischen Praktiken, die Eröffnung von Wahlmöglichkeiten oder die eigeninitiative Gestaltung der Geburt durch die Gebärende nicht konsequent ermöglicht oder unterstützt.

Die vierte Grenze des Konzepts der Selbstbestimmung besteht in der Deutung der *Geburt als unverfügbares Ereignis*. Geburt, so die interviewten Frauen, gehe mit einer Vielzahl unbekannter Faktoren einher, weder sei klar, wann und wie die Geburt beginnt, wie lange sie dauert oder ob es zu Komplikationen kommt. Demnach erscheint auch eine exakte Planung des Geschehens als unmöglich. Lenka formuliert es so: „Ich denke, dass ich da gar nicht so viel mitzureden habe oder haben sollte. Weil das glaub ich auch ganz schön viel versperrt“ (Lenka I, 42ff.). Eine zu detaillierte Planung der Geburt wird mit negativen Folgen assoziiert. Damit einher geht auch die Deutung von Geburt als immer unberechenbar und potenziell lebensgefährlich für Mutter und Kind, selbst wenn die Mortalitätsraten von beiden in Deutschland sehr gering sind.

Die letzte Grenze besteht in der *Verletzungsoffenheit* der Gebärenden während der Zeit rund um die Geburt. Die Gebärenden befinden sich in einer vulnerablen Situation, da sie die Wehen verarbeiten, was Konzentration und Kraft erfordert, wenig bekleidet oder nackt sind, vaginal regelmäßig untersucht und begutachtet werden und in stärkerem Maße auf andere Personen angewiesen sind. Im Material zeigt sich, dass Gebärende weniger durchsetzungsstark sind als gewöhnlich und von Praktiken

und Äußerungen nahezu überrumpelt werden. Dadurch kann es zu einer Dissonanz zwischen dem normalen Verhalten, der Eigeneinschätzung und der erlebten Situation kommen. Beispielhaft sei hier die Interviewpartnerin Sabina aufgeführt, die durch ihre Entscheidung für eine Alleingeburt die klare Formulierung ihrer Wünsche und das strategische Agieren im medizinischen Raum im ersten Interview vor der Geburt ausführlich erzählt. Kurz nach der Geburt beschreibt sie jedoch eine situative Unfähigkeit, ihre Bedürfnisse und Wünsche klar kommunizieren zu können:

Also ich hatte nicht so 'ne Schutzschicht um mich rum in den Stunden nach der Geburt. Und dann kam halt in dem Moment dann so das rein und konnte halt nicht abrallen an irgendeiner Stelle. Und da war ich nicht so drauf eingestellt, dass diese Schicht da nicht ist. (Sabina II, 212ff.)

Durch die Geburt fühlt sie sich offen, sie ist verletzlich und kann sich nicht wehren gegen die routinierten Nachsorgepraktiken durch eine Hebamme, die ein paar Stunden nach der Geburt hinzukommt. Durch die besondere Situation der Geburt scheint die Durchsetzungskraft gegenüber eigenen Wünschen, die Artikulation von Bedürfnissen und teilweise auch das Treffen von Entscheidungen erschwert zu sein. In meiner Analyse zeigt sich zusammenfassend, dass es nur wenigen Frauen während und unmittelbar nach der Geburt gelingt, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse klar zu formulieren oder diese zu verhandeln. Die Wirkung institutionalisierter Routinepraktiken und Einschätzungen der professionellen Geburtshelfer*innen ist so machtvoll und stark, dass Gebärende sich vor allem in der Situation der Geburt kaum nach ihrer eigenen Wahrnehmung und ihren Bedürfnissen richten. Daraus können einerseits Dissonanzen zu den Wünschen und Bedürfnissen der Gebärenden entstehen, die sich negativ auf das Geburtserleben auswirken können, andererseits kann die starke Anleitung zu (Handlungs-)Sicherheit angesichts einer unbekanntem Geburt führen. Es zeigt sich, dass Selbstbestimmung insgesamt limitiert und ambivalent gedeutet wird und als Konzept nicht zu dem Prozess der Geburt zu passen scheint.

Diese Überlegungen führen zu Herausforderungen im Bereich der praktischen Geburtshilfe, der Forderung von Frauengesundheitsbewegungen und der Forschung zur Relevanz von Selbstbestimmung für Gebärende. Vor allem die Grenzen der Selbstbestimmung zeigen in ihrer Gesamtheit, warum das Konzept der Selbstbestimmung mit der kulturellen Deutung von Geburt unvereinbar scheint. Jung (2017, 43) fordert dazu auf, Selbstbestimmung neu zu deuten und diese

nicht mehr vorrangig als rationalistische Verfügungshoheit über Informationen, Vorbereitungstechniken und ‚richtige‘ Entscheidungsfindung zu denken, sondern stärker in Verbindung mit Erfahrungswissen und dem Umgang mit eigensinniger Körperlichkeit, Schmerz, Angst, Kraft, Lust und Formen des Angewiesenseins in einer existenziellen Situation zu setzen.

Widerstand und Empowerment durch strategisches und taktisches Handeln

Die rekonstruierten Grenzen der Selbstbestimmung und die Momente der Eigengestaltung deuten darauf hin, dass Selbstbestimmung auch im Diskurs begrenzt konstruiert ist. Es zeigt sich, dass das Geburtshilfesystem in seinen Praktiken und Deutungen der Geburt sehr machtvoll ist: Obwohl Selbstbestimmung ein zentrales Paradigma darstellt, scheint sie praktisch für Gebärende nicht im selben Maß relevant zu sein.

Wenn die Geburt so stark von „Kontrolle und Unterwerfung“ (Martin 1989, 170) geprägt ist, stellt sich die Frage, ob sich auch Praktiken des Widerstandes finden lassen. Emily Martin (1989) identifiziert diese unter anderem in dem Versuch, sich selbstständig zu machen und das Kind zu Hause zur Welt zu bringen. Martin betont die verzweifelte Situation der Frauen durch die sich ausweitenden Normen für regelrechte Schwangerschafts- und Geburtsverläufe sowie „die Unterordnung ihrer Rechte unter die Rechte des Ungeborenen“ (ebd., 177). Die Frauen und ihre reproduktive Fähigkeit stünden unter einer starken Kontrolle und es sei „zu fragen, worum es geht: um wessen Leben, wessen Geburt, wessen Zeiteinteilung; und wer die Macht hat, Entscheidungen zu treffen“ (ebd., 180). Diese Formen des Widerstandes ließen sich in Teilen auch in meinem Material finden, wenn sich beispielsweise Alleingebärende oder Frauen, die sich für ein Geburtshaus entschieden, zu unterschiedlichen Graden unabhängiger von der Geburtsmedizin im Krankenhaus machen. Dennoch bilden die Formen des Widerstandes in meinem Material die Ausnahme. Die Formen des Widerstands aus den 1980er-Jahren scheinen in der Gegenwart die Praktiken zur Erlangung von Selbstbestimmung und die Bedürfnisse mancher Interviewpartnerinnen nach Sicherheit und Orientierung nicht zu fassen.

In ihrer Studie zu gebärenden Frauen, die sich durch die Wahl des Geburtsortes und der Gestaltung des Geburtssettings durch die Emanzipation von medizinischer Fremdbestimmung auszeichnen, fokussiert Alina Rörig (2019) Empowerment-Prozesse rund um die Geburt.⁸ Dafür erachtet sie die Überlegungen von Michel de Certeau (1988, 103) als anschlussfähig, der betont, dass das taktische und strategische Handeln „die Kunst der Schwachen“ sei, die nicht mit Macht und Autonomie ausgestattet seien. Während Strategien mit Strukturen assoziiert sind, finden sich taktische Handlungen im Alltagsgeschehen, wenn sich innerhalb der Strukturen situative Möglichkeiten bieten, um machtvollen Strukturen zu unterlaufen. Dieses Handeln sei nach Rörig (2019, 37) als Empowerment zu verstehen und ein Versuch „handlungsmächtig in einer disempowernden Umgebung zu sein“. Empowerment meint dabei den Prozess der Selbstermächtigung und die professionelle Unterstützung zur Aktivierung und Selbstbestimmung. Mit Hilfe dieses Konzeptes gelingt es Rörig, Mikrohandlungen in den Blick zu nehmen, in denen Frauen situativ eigenmächtig handeln.

Unscheinbares Agieren gerät durch diese theoretische Perspektive wie durch eine Lupe in das Zentrum meiner Analyse, die zeigt, wie Frauen sich um Selbstermächtigung bemühen.

tigung bemühen. So plant die Interviewpartnerin Sabina beim ersten Interview ihre dritte Alleingeburt und erzählt von ihrer Schwangerenvorsorge. Um spezifische Ultraschalluntersuchungen zu erhalten, muss sie sich ärztliche Unterstützung suchen, andere Vorsorgeuntersuchungen erachtet sie als unwichtig. Nebensächlich und anekdotisch berichtet sie von ihren unregelmäßigen Besuchen in gynäkologischen Praxen und ihrer Interaktion mit den Arzthelferinnen, die gerne komplette Vorsorgeuntersuchungen bei ihr durchführen würden. Erst spät im Interview wird deutlich, dass Sabina sich immer andere Praxen für die Untersuchungen sucht und sich vorher erkundigt, ob diese hausgeburtsfreundlich sind. Sie agiert dabei sehr strategisch und sucht nach einem bewussten Umgang mit dem Vorsorgesystem. Außerdem scheint sie ein ausgeklügeltes Informationsmanagement zu haben, bei dem sie viele Informationen nicht selbstverständlich preisgibt und die Normalitätserwartung der Ärztinnen, dass sie eine Geburt mit Hebamme plant, nicht infrage stellt. Gleichzeitig reflektiert sie nicht, strategisch vorzugehen, um sich den umfassenden Vorsorgeuntersuchungen weitestgehend konfliktfrei zu entziehen. Es entsteht vielmehr ein Bild, das Sabina deeskalierend, unaufgeregt, gelassen zeigt. Sie vermeidet Konfliktsituationen, verdeckt ihr Vorhaben einer Alleingeburt und ihre konkrete Vorsorgepraxis und damit auch weitere Untersuchungen.

Ähnliche Beispiele lassen sich mit dieser analytischen Brille auf Mikrohandlungen finden, bilden jedoch im untersuchten Material die Ausnahme. Das bio-medizinische Geburtsmodell mit der begrenzten Deutung von Selbstbestimmung ist als hegemonial anzusehen. Es findet den Ausgang seiner Deutungen im Risikomodell und bietet gleichzeitig durch umfangreiche Kontroll-, Überwachungs- und Interventionspraktiken die Lösung für mögliche Probleme und Komplikationen. Das zeigt sich auch darin, dass 96,73 % der Geburten im Krankenhaus stattfinden (IQTIG 2017, 78) und ein Großteil der Frauen mehr als die vorgegebenen Vorsorgeuntersuchungen annimmt und einfordert. Wenn Frauen die Verantwortung und Handlungsleitung abgeben, kommt es auch zu einer Entlastung von der Verantwortung für eine gelingende, positive Geburt und vor allem ein gesundes Kind. So entkommen sie den hohen Anforderungen des ‚informed choice‘. Für diese Gruppe von Frauen spielt Selbstbestimmung ausdrücklich weniger eine Rolle. Gleichwohl werden in der Betrachtung von Mikrohandlungen Praktiken der Selbstermächtigung sichtbar. Sie weisen auch darauf hin, wie machtvoll das gegenwärtige hegemoniale bio-medizinische Geburtsdispositiv ist und wie wenig Handlungsspielraum oft bleibt. Gleichzeitig zeigen sie, wie Frauen ihre Handlungsräume strategisch oder taktisch zu nutzen wissen.

Dennoch wollen auch Patient*innen mit eingeschränkten Möglichkeiten, Fähigkeiten und Wünschen zur Äußerung von Selbstbestimmung nicht als Behandlungsobjekte, sondern als Subjekte wahr- und ernstgenommen und mit Respekt und Würde behandelt werden (Geisler 2004, 454). Daher gibt es auch Bestrebungen, die Paradigmen der Fürsorge und Patient*innenautonomie stärker aneinander zu koppeln. Die Frage dreht sich nach Geisler folglich darum, wie autonom Patient*innen dabei überhaupt

sein wollen. Die Beachtung der „grundsätzlichen menschlichen Eingebundenheit in Beziehungen“ (ebd.) erfordert alternative Modelle der Patient*innenautonomie⁹, bei denen die „notwendigen interaktiven Prozesse“ (ebd.) zwischen Ärzt*in und Patient*in einbezogen werden.

Fazit

Der oft zitierte medizinische Paradigmenwechsel für das Verhältnis zwischen ärztlichem Fachpersonal, Hebammen und Gebärenden, in dem die Patient*innenautonomie an Wert gewinnt und das Prinzip der Fürsorge nachgeordnet ist, erfasst die Situation der medizinischen Praxis und die Bedürfnisse der Gebärenden nicht ausreichend. Vielmehr sollte der Blick geöffnet werden für die „Koexistenz mehrerer Modelle, für Mischformen oder differenzierte Anwendungen“ (Reiter-Theil/Hiddemann 2000, 192). In den Interviewanalysen hat sich gezeigt, dass Frauen ihre Möglichkeit zur Selbstbestimmung als begrenzt deuten und in der Realität auf deutlich einschränkende Bestimmungen treffen. Dies verdeutlichen auch die jüngsten Ereignisse durch Covid-19: Egal wie sehr sich die Gebärenden beispielsweise die Unterstützung durch die*den Partner*in wünschen, sie hatten kaum eine Handlungsalternative als sich den Gegebenheiten anzupassen, d.h. aus Gründen des Infektionsschutzes das Kind ohne die*den Partner*in zur Welt zu bringen, auch wenn sie diese Situation beängstigte und verunsicherte.

Das Konzept der Autonomie scheint im Bereich der Geburt nicht zu passen. Und auch Hebammen und ärztliches Fachpersonal diskutieren die Thematik sehr kontrovers zwischen der Verantwortung für Mutter und Kind, dem eigenen professionellen Selbstverständnis und dem Selbstbestimmungsrecht der Gebärenden (Tegethoff 2011). Gleichzeitig ist das medizinische Feld der Geburt als sehr machtvoll zu beschreiben: Pathologisierung, Normierungen, die Zentrierung und Priorisierung des Kindeswohls und die routinierten und institutionalisierten Praktiken entfalten eine starke Wirkung, die Abweichungen sanktioniert und die Eigenwahrnehmung der Frauen kaum einbezieht. Deshalb ist es wichtig, nach Widerstand und Empowerment zu fragen. Es wurde deutlich, dass der Widerstand der Gebärenden im Sample der vorliegenden Studie eher marginal ist. Dennoch ist es von großer Bedeutung, eben jene Mikrohandlungen genauer zu erforschen und gleichzeitig im Blick zu behalten, wie begrenzt Selbstbestimmung diskursiv im Kontext der Geburtshilfe konstruiert und von Gebärenden gedeutet wird. Um eine praktische Verbesserung der Geburtshilfe leisten zu können, muss eine stärkere Kopplung der Prinzipien von Selbstbestimmung und Fürsorge erfolgen. Dabei sind der Aspekt der Beziehung zwischen ärztlichem Fachpersonal, Hebammen und Gebärenden deutlicher zu betonen, das Verständnis und die Bedeutung der Gebärenden stärker zu fokussieren und die Gestaltungen der Geburt und das Treffen von Entscheidungen als eine gemeinsame Aufgabe zu verstehen.

Anmerkungen

- 1 In meiner Dissertation habe ich mich mit Subjektivierungsweisen gebärender Frauen befasst. Dieser Artikel basiert auf Teilergebnissen der Studie, die voraussichtlich 2020 erscheint.
- 2 Selbstbestimmung und Autonomie verwende ich synonym, vor allem, da im medizinischen Fachdiskurs von Patient*innenautonomie gesprochen wird.
- 3 Das Konzept der ‚programmierten Geburt‘ entstand in der Mitte des 20. Jahrhunderts. Beginn, Dauer und Verlauf der Geburt wurden durch professionelle Geburtshelfer*innen stark reguliert und normiert.
- 4 „Neben dieser professionellen Hierarchie lässt sich eine Geschlechterhierarchie ausmachen“ (Kolip 2000, 22). Trotz eines hohen Anteils von Gynäkologinnen und Geburtshelferinnen gilt nach wie vor: „je höher die berufliche Position, desto geringer der Frauenanteil“ (ebd., 23).
- 5 Ein CTG-Gerät ist ein technisches Instrument, das die Herztöne des Ungeborenen während der Geburt und die Wehentätigkeit der Mutter messen und visualisieren kann.
- 6 Die römischen Ziffern zeigen an, ob es sich um das erste oder zweite Interview handeln, die Zeilennummern verweisen auf die genaue Stelle im Transkript. Die Namen der Interviewpartnerinnen wurden anonymisiert.
- 7 Das Kristeller-Manöver ist ein Handgriff, bei dem durch die Hände oder den Unterarm während der Wehe Druck auf den Oberbauch der Gebärenden ausgeübt wird, um das Kind in der Austreibungsphase herauszuschieben. Bei einer unsachgemäßen und zu starken Krafteinwirkung besteht die Gefahr einer starken Verletzung für die Gebärende und das Kind.
- 8 Ich danke Alina Rörig für die inspirierende Diskussion im Rahmen Abschlusstagung der Nachwuchsforscher*innengruppe PRiNa – Politiken der Reproduktion.
- 9 Geisler nennt hier die Modelle shared decision making, enhanced autonomy oder gestützte Autonomie.

Literatur

Azoulay, Isabelle, 1998: Die Gewalt des Gebärens. Streitschrift wider den Mythos der glücklichen Geburt. München.

Brockmann, Antje/**Reichard**, Daria, 2000: Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin. In: Kolip, Petra (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim, 58-87.

Bührmann, Andrea D./**Schneider**, Werner, 2008: Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse. Bielefeld.

Certeau, Michel de, 1988: Kunst des Handelns. Berlin.

Gaskin, Ina May, 2004: Die selbstbestimmte Geburt. Handbuch für werdende Eltern mit Erfahrungsberichten. München.

Geisler, Linus S., 2004: Patient Autonomy – a Critical Analysis. In: DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift. 129 (9), 453-456.

Hellmers, Claudia/**Krahl**, Astrid/**Schücking**, Beate, 2010: Ärztliches Handeln in der Geburtshilfe. Kriterien zur Entscheidungsfindung bei Interventionen. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 70 (7), 553-560.

Hoffmann-Kuhnt, Simone, 2013: Aktivität und Passivität während der Geburt. Akzente in der Leitbild gebenden Fachliteratur. Dissertation. Hamburg. Internet: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2013/6535/pdf/Dissertation.pdf> (17.12.2018).

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung), 2017: Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017. Internet: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf (5.9.2018).

Jung, Tina, 2016: (K)Eine Frage der Freiheit? Selbstbestimmung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt. In: Grubner, Barbara/Birkle, Carmen/Henninger, Annette (Hg.): Feminismus und Freiheit. Geschlechterkritische Neuaneignungen eines umkämpften Begriffs. Sulzbach/Taunus, 213-233.

Jung, Tina, 2017: Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. In: Gender. 9 (2), 30-45.

Makowsky, Katja/Schücking, Beate (Hg.), 2013: Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim, Basel.

Mother Hood e.V., 2019: Über uns: Für eine gesunde Schwangerschaft und eine selbstbestimmte Geburt. Internet: <https://www.mother-hood.de/ueber-uns/der-verein.html> (17.6.2020).

Odent, Michel, 1986: Die sanfte Geburt. Die Leboyer-Methode in der Praxis. München.

pro familia, 2019: Selbstbestimmung rund um die Geburt. In: pro-familia-magazin (pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.). 47 (3).

Reiter-Theil, Stella/Hiddemann, Wolfgang, 2000: Patientenautonomie statt Paternalismus. Ein Paradigmenwechsel in der klinischen Ethik? In: Der Onkologe. 6 (3), 190-197.

Rörig, Alina, 2019: Regie führen, statt mitspielen? Weibliches Empowerment in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Unveröffentlichte Masterarbeit. Marburg.

Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina, 2011: Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischen Event und kritischem Ereignis. In: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt/M., 75-100.

Rost, Michael/Arnold, Louisa/Clercq, Eva de, 2020: „Boiling up the Problem of Violence“ in Childbirth? —an Ethical Viewpoint on Medical Professional Responses to Women’s Reports of Mistreatment in Childbirth. In: Ethik in der Medizin. 32 (2), 189-193.

Stolzenberg, Regina, 2000: Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser. Von Autonomie und Abgrenzung zu Einfluss und Kooperation. In: Kolip, Petra (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim, Basel, 215-235.

Tegethoff, Dorothea, 2011: Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt/M., 101-128.

Waldschmidt, Anne, 2012: Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer. Wiesbaden.