

### Zur Professionalität einer postnatalen Sozialisationshilfe für Mutter und Kind in prekären Lebenslagen: Eine Betrachtung des Einsatzes von Hebammen in den Frühen Hilfen

Tressat, Michael

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Tressat, M. (2015). Zur Professionalität einer postnatalen Sozialisationshilfe für Mutter und Kind in prekären Lebenslagen: Eine Betrachtung des Einsatzes von Hebammen in den Frühen Hilfen. In R. Seehaus, L. Rose, & M. Günther (Hrsg.), *Vater, Mutter, Kind - Geschlechterpraxen in der Elternschaft* (S. 205-222). Opladen: Verlag Barbara Budrich. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-83246-7>

#### Nutzungsbedingungen:

*Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.*

*Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.*

#### Terms of use:

*This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.*

*By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.*

# Zur Professionalität einer postnatalen Sozialisationshilfe für Mutter und Kind in prekären Lebenslagen. Eine Betrachtung des Einsatzes von Hebammen in den Frühen Hilfen<sup>1</sup>

Zunehmend arbeiten „Familienhebammen“ im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Das hat sich als wirksam erwiesen, wirft aber die Frage auf: Wie viel Hebamme steckt noch in der Arbeit einer Familienhebamme?<sup>2</sup> Diese Frage wird im Folgenden aus soziologisch-strukturanalytischer Perspektive behandelt. Es wird gezeigt, dass sich eine umfassende und bis zu einem Jahr nach der Geburt andauernde psychosoziale Betreuung von Mutter und Kind aus der „klassischen“ Hebammenhilfe ableiten lässt. Diese psychosoziale Betreuung ist im Kern eine sozialisatorische Hilfe. Die somatisch-medizinischen Bezüge konstituieren jedoch die Sozialisationshilfe, sodass zu klären ist, ob diese Hilfe im Gesundheits- oder Kinder- und Jugendhilfebereich zu verorten ist.

## 1 Das Arbeitsbündnis in der Professionalisierungstheorie

### 1.1 Zum Begriff des Arbeitsbündnisses

Berufliche Tätigkeiten, die sich nur sehr begrenzt standardisieren lassen, können eine Professionalisierung erfordern. Aus Perspektive der Lebenspraxis<sup>3</sup>

---

1 Ich danke Dr. Florian Schirmer für seine kritischen Anmerkungen und das Lektorat.

2 Vgl. Landesverband der Hebammen in NRW: Positionspapier Familienhebammen, S. 4.

3 Oevermann (2004: 158ff.) verwendet den Begriff „Lebenspraxis“, „weil er abstrakt und allgemein genug dafür ist, die Einheit des Lebendigen sowohl abgehoben vom Aggregierungsniveau der individuellen Person verallgemeinert zu erfassen als auch als einen fallstrukturgesetzlichen Zusammenhang von Soma, Psyche und Sozialität (...). Lebenspraxis bezeichnet also eine um eine zugleich biologisch gegebene Lebensmitte, d. h. um einen Leib, und ein Unbewußtes zentrierte Subjektivität, die sich in ihrer Autonomie genau dadurch konstituiert, daß sie zugleich unter Entscheidungszwang steht, d. h. in einer Zukunftsoffenheit von Entscheidungsalternanten auswählen muß, und diese Entscheidung begründen können muß, ob-

betrachtet, liegt ein Handlungsproblem vor, das nicht mehr autonom, sondern nur (noch) im Rahmen eines Arbeitsbündnisses bearbeitet werden kann und insofern eine professionalisierungsbedürftige Praxis darstellt. Als Arbeitsbündnis bezeichnet Oevermann (2013, 2009) die besondere Beziehungsstruktur zwischen einer professionalisierten Helferin<sup>4</sup> und Hilfebedürftigen. Es ist der Rahmen, in dem die beschädigte Autonomie einer Lebenspraxis (dies können sozialisierte Einzelpersonen, Mutter- oder Vater-Kind-Dyaden, Paarbeziehungen, Familien oder auch Gruppen sein) durch unterstützende Krisenbewältigung mithilfe einer professionellen Helferin wiederhergestellt werden soll. Die Krise der Klientin wird von der professionellen Helferin in der Weise verstanden und bearbeitet, dass sie entscheidende Impulse gibt, um die Selbstheilungspotenziale der Klientin zu wecken, damit sie die Krise bewältigen kann. Dieser Prozess wird als „stellvertretende Krisenbewältigung“ bezeichnet. Es erfordert die Beziehungsstruktur des Arbeitsbündnisses. Das Gelingen der stellvertretenden Krisenbewältigung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Dabei muss die Klientin sich des Verlustes ihrer Autonomie bewusst sein und freiwillig ein Arbeitsbündnis eingehen. Das Eingeständnis der Hilfebedürftigkeit ist der erste Schritt auf dem Weg zur Wiedererlangung persönlicher Autonomie (im Sinne von Handlungsfähigkeit). Es erfordert die aktive Mitarbeit der Hilfesuchenden und professionalisiertes Fallverstehen<sup>5</sup> aufseiten der Helferin, um in Kooperation eine auf Expertise basierende, lebensweltorientierte Intervention zu entwickeln. Durch die Intervention können Prozesse der Sozialisation bzw. Nach-Sozialisation angestoßen werden, die die Autonomie der Klienten wiederherstellen oder eventuell erstmalig herstellen. Der Ort, indem dies geschehen kann ist das Arbeitsbündnis.

## 1.2 *Das Arbeitsbündnis in der Geburtshilfe*

Nach Schäfers (2005) hat sich bereits mit der Paarbildung der Eltern ein sozialisatorisches Milieu konstituiert, das für den Entwicklungs- und Sozialisationsprozess des Kindes bedeutsam ist. Die Schwangerschaft stellt für die werdende Mutter nicht nur eine Phase körperlicher Wachstums- und Veränderungspro-

---

wohl eine echte Entscheidungssituation nur dann gegeben ist, wenn das Richtig-Falsch Kalkül einer Begründung im selben Moment nicht erfüllt werden kann, sonst wäre es keine wirklich offene Entscheidungssituation.“

- 4 Aus Gründen der Lesbarkeit und da es sich um ein Feld handelt in dem die Akteurinnen hauptsächlich weiblich sind, wird im Folgenden überwiegend die weibliche Schreibweise verwendet. Die männliche Form ist immer dann mitgedacht, wenn es inhaltlich passend ist.
- 5 Die Expertise erfordert fachspezifisches Wissen, ein methodisch angeleitetes Fallverstehen und die Fähigkeit, aus der fallspezifischen Besonderheit und dem allgemeinen sowie spezifischen Wissensvorrat einen Interventionsvorschlag zu entwickeln. Neben Wissen, das in einer Ausbildung erworben werden kann, spielt also auch die (Lebens-)Erfahrung, die immer an das konkrete Subjekt gebunden ist, eine bedeutende Rolle.

zesse dar, sondern „psychosozial gesehen eine Chance für die Mutter, sich das neu entstandene bzw. entstehende Wesen leiblich als eigenes und doch eigenständiges vermittels der Empfindung von Identität und Differenz anzueignen“ (ebd.: 224). Die Trennung aus dieser symbiotischen Beziehung<sup>6</sup> in der Schwangerschaft geschieht in der Geburt. Die intrauterine symbiotische Beziehung wandelt sich in die „sozialisatorische Einheit von Mutter und Kind“ (a.a.O.).

In Bezug auf die Geburtshilfe bedeutet die sozialisatorische Einbettung der Geburt zweierlei: Die Begleitung einer Geburt ohne Komplikationen wird durch die Maxime der Nicht-Intervention geleitet. Andererseits ist es gerade die psychosoziale Dimension der Geburt, die für das geburtshelferische Arbeitsbündnis konstitutiv ist. In eigentümlicher Weise bekommt damit der „auf dem Willen zur Mutterschaft“ (ebd.: 237) basierende psychische Anteil des geburtshelferischen Arbeitsbündnisses einen größeren Stellenwert.

„Das Gelingen einer Geburt [bemisst sich] über die Wahrung der physischen Kontinuität hinaus eigentlich nach der gelungenen Transformation der sozialisatorischen Einheit in Mutter und Kind [...], diese wiederum ist nicht bloß Effekt des singulären Ereignisses, sondern der Interaktion innerhalb der sozialisatorischen Einheit.“ (ebd.: 227f.)

Der Willen zur Mutterschaft ist konstitutiv dafür, dass sich die (werdende) Mutter aus eigenem Antrieb in ein geburtshelferisches Arbeitsbündnis begibt. Dadurch schafft sie die bestmöglichen Voraussetzungen für die Sozialisation des Kindes, denn sie legt die Überwachung des natürlichen Geburtsvorganges in die Hände professioneller Geburtshelferinnen, die primär Schädigungen des Kindes und der Mutter durch die Geburt zu vermeiden oder zu minimieren sucht. Die „Verwobenheit von Sozialisation des Kindes und Biographie der Schwangeren“ (ebd.: 237) ist der Ausgangspunkt für das Arbeitsbündnis mit der Geburtshelferin. Inwiefern bei Geburten, die auf Ebene der physischen Unversehrtheit gelungen sind, jedoch die sozialisatorische Einheit von Mutter und Kind auf psychosozialer Ebene in einer Art Transformationsblockade stecken bleibt, eine nachgeburtliche Sozialisationshilfe erforderlich sein kann, soll im Folgenden dargelegt werden.

---

6 Siehe der „Exkurs zum Begriff der Mutter-Kind-Symbiose“ weiter unten.

## 2 Das postnatale Arbeitsbündnis zwischen Mutter-Kind und Hebamme in prekären Sozialisationsmilieus

### 2.1 *In der Schwangerschaftssymbiose angelegte Transformationsanforderungen*

Mit der Geburt sind für Mutter und Kind Transformationsanforderungen verbunden, die strukturell unterschiedlich sind, aber nur gemeinsam im Rahmen der Einheit von Mutter und Kind bearbeitet werden können. Diese Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen liegt bereits in der unterschiedlichen Qualität der Geburtskrise für Mutter und Kind begründet. Der Eintritt des Kindes als eigenständiges Wesen in die Welt, ist die erste ontologische Ablösungskrise im Sozialisationsprozess des Kindes. Ontologische Krisen müssen von jedem Individuum im Zuge der Sozialisation bewältigt werden, und sie begründen maßgeblich die Autonomie des Subjektes.

Für die Mutter ist die Geburt keine ontologische Ablösungskrise. Sie ist insofern krisenhaftes Geschehen, als dass sich die Mutter fortan in ihrer Mutterschaft zu bewähren hat und dabei herausgefordert ist, die Mutterschaft kohärent in ihren bisherigen Lebensentwurf zu integrieren. Eine auf den Willen zur Mutterschaft basierende innerliche Bindung zum Kind vorausgesetzt, besteht die Bewährungsanforderung darin, das Versprechen zu erfüllen: Ich versorge und pflege dich (vgl. Oevermann 2008: 16).

Das Versprechen kann nur in der Interaktion mit dem Kind eingelöst werden. Es besteht insofern eine wechselseitige Abhängigkeit zwischen zwei ungleichen Beteiligten. Die „allmächtige“ Mutter ist innerpsychisch an das Wohl des Kindes gebunden, das „ohnmächtige“ Kind ist von der ernährungsphysiologischen Versorgung und emotionalen Zuwendung der Mutter abhängig und insofern in einer potenziell vulnerablen Position. Zwischen Mutter und Kind besteht eine diffuse Sozialbeziehung, bei der keiner der Beteiligten austauschbar und die Beziehung unkündbar ist (vgl. Oevermann 2014: 38f.).

Das Versorgungsversprechen ist strukturell mit der Geburt des Kindes in die Welt gekommen und die Mutter kann darauf nicht nicht reagieren. Die innere Gebundenheit der Mutter an das Versprechen hat seinen Ursprung in der leiblichen Verbundenheit mit dem Kind während der Schwangerschaftssymbiose. Die Einlösung dieses Versprechens gelingt in dem Maße, wie im Rahmen der psychosozialen Symbiose zwischen Mutter und Kind nach der Geburt eine stabile Bindung aufgebaut werden kann. Diese Anforderung an Mutterschaft

ist strukturell mit der Geburt verbunden.<sup>7</sup> Wie das Versorgungsversprechen bewältigt wird, also welche Qualität die Bindung und Interaktion zwischen Mutter und Kind hat, das ist fallspezifisch different und der Sache nach kontingent. Das Versorgungsversprechen wird im Normalfall unmittelbar nach der Geburt eingelöst, indem das Neugeborene zum Stillen angelegt wird.

Im anschließenden Wochenbett, das regelhaft bis zu acht Wochen dauern kann, geht es sozialisatorisch betrachtet darum, die psychosoziale Symbiose von Mutter und Kind, ausgehend von ihrem krisenhaften Beginn, in eine Routine zu überführen. Die Etablierung einer Routine im Sinne einer gelingenden Mutter-Kind-Interaktion erfolgt unter Bewältigung „kleinerer“ Krisen wie beispielsweise der Etablierung eines Still- und Schlafrhythmus.

„Es dauert etwa 3 bis 4 Wochen, bis sich im geglückten Fall zwischen Mutter und Kind eine Ordnung eingestellt hat, die beiden bekannt ist und die sich immer wiederholt, z. B. bei einer Phase von Aufwachen, Stillen und Wiedereinschlafen. Die Mutter sagt dann, daß sie ihr Baby ‚kennt‘, und das Baby hat seinerseits erste Erwartungen an die ständig sich wiederholenden ähnlichen Pflegesituationen ausgebildet.“ (Diepold 1992: 3)

Die Mutter sei dabei „von der Natur mit der Fähigkeit ausgestattet“, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen, deuten und entsprechend handeln zu können, „wenn sie ihrer Intuition“ vertraut (a.a.O.). Die intuitiven Mechanismen der Einheit von Mutter und Kind sind bereits unmittelbar nach der Geburt sichtbar: Wenn der Säugling Blickkontakt zur Mutter aufnimmt, antwortet die Mutter darauf, in dem sie den Säugling im Abstand von etwa 20 cm vor sich hält, was der Sehfähigkeit des Säuglings entspricht (vgl. Papoušek 1989: 109–122). Das intuitive Wissen und der Wille zur Mutterschaft stellen die Basis dar, auf der sich (potenziell) eine gelingende Mutter-Kind-Interaktion etablieren kann. Eine gelingende Interaktion innerhalb der postnatalen Einheit von Mutter und Kind stellt die veränderte und doch kontinuierliche Beziehungsstruktur dar, die von Anbeginn der Schwangerschaft bestand. Für das Kind ist das Gelingen dieses frühkindlichen Sozialisationsmilieus in hohem Maße folgenreich. Die dort gemachten Erfahrungen gelingender Krisenbewältigung im Schutze der Mutter-Kind-Symbiose sind lebenslang prägend (Stichwort: Urvertrauen).<sup>8</sup> Dabei ist zu beachten, dass das Gelingen der Mutter-Kind-Beziehung sich

7 Mutter ist in diesem Sinne diejenige Frau, die das Kind geboren hat, so wie es auch juristisch geregelt ist. Das Versprechen der Mutter und die Bindung besteht – in welcher Qualität auch immer – selbst im Falle einer ungewollten Schwangerschaft. Solange das Kind ausgetragen und geboren wird, ist dies ein Hinweis auf die Wirkmächtigkeit dieser strukturalen Dynamik zwischen Mutter und Kind.

8 „Überzeugungen gehören demgegenüber immer zu einer Person. Sie werden in der frühen Kindheit im Rahmen der Sozialisation bei der Bewältigung von Krisen im Schutz der Bezugsperson, d. h. überwiegend im Rahmen der mütterlichen Symbiose (...) erworben. Insofern sind sie ‚ein unverzichtbarer Schatz von Haltungen‘ (...), der später zur Bewältigung von Krisen dient.“ (Garz/Raven 2015: 46)

einerseits in der Einlösung des Versprechens widerspiegelt, jedoch nicht darin erschöpft. Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung wird in dem Maße, wie die physische Abhängigkeit des Kindes in den Hintergrund tritt, zunehmend durch die psychosozialen Anteile der Interaktion geprägt.

### Exkurs zum Begriff der Mutter-Kind-Symbiose

Der Begriff Symbiose bezeichnet das Zusammenleben von Lebewesen zum gegenseitigen Nutzen. Die Verwendung dieses Begriffes in Bezug auf die Verbindung oder das Verhältnis zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft zielt auf die besondere Nähe dieses Verhältnisses ab. Es ist in dieser Hinsicht die engste Symbiose, die unter Menschen möglich ist. Bezogen auf den Aspekt des wechselseitigen Nutzens, ist der Begriff allerdings weniger tauglich. Die Mutter profitiert körperlich nicht von der Schwangerschaft, sondern in einer Bilanzierung zahlt sie drauf. Schneider (1999) hat dies am Beispiel der Plazentaforschung eindrucklich herausgearbeitet.

„Die entsprechenden genetischen Merkmale zeigen eindeutig, dass die Plazenta Teil des Kindes ist, die als dessen Anwalt Interessen wahrnimmt und den von der Mutter zu erbringenden Preis einfordert. Während des gesamten intrauterinen Lebens stellen Mutter und Kind eine untrennbare Einheit dar, und die Plazenta spielt für die harmonische Koexistenz und Interaktion dieser beiden Partner eine zentrale Rolle. Um bei dem Konzept des Preis-Leistungsverhältnisses für die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu bleiben, die Mutter zahlt den Preis nicht freiwillig. Der mütterliche Organismus verliert in der Schwangerschaft seiner Eigenbestimmung. Er wird in dieser Lebensphase vielmehr durch das Kind bzw. den Fötus fremdbestimmt. Die tiefgreifenden Veränderungen der Mutter werden durch die Plazenta induziert, so dass man hier eher von einer parasitären Beziehung als von einer Symbiose sprechen muss.“ (ebd.: 80)<sup>9</sup>

Während die Nähe der intrauterinen Mutter-Kind-Beziehung symbiotischen Charakter hat, ist die funktionale Qualität dieser Beziehung besser mit Mahler (1973: 40) als „intrauterine Parasit/Wirt-Beziehung“ zu bezeichnen. Doch selbst bei Schneider findet sich, trotz der diagnostizierten, parasitären Beziehungsqualität, eine synonyme Verwendung der Begriffe „materno-fetale Symbiose“ und „materno-fetale Einheit“ (Schneider 1999: 83, Hervorhebung M.T.). Wenn in diesem Artikel auf die intrauterine Mutter-Kind-Symbiose Bezug genommen wird, dann ist sowohl der Charakter symbiotischer Nähe als auch die parasitäre Qualität der Beziehung auf der somatischen Ebene gemeint.

---

9 Die tief greifenden Veränderungen des mütterlichen Organismus durch den Fötus und die parasitäre Beziehungsqualität lassen erahnen, dass dies auch nach der Geburt – auf psychosozialer Ebene – für die Beziehung von Mutter und Kind folgenreich ist, insofern einer Be- und Verarbeitung bedarf.

Die untrennbare Einheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft wird durch die Geburt getrennt, genauer gesagt, erst nach dem eigentlichen Geburtsvorgang und zwar in dem Akt der Abnabelung von der Plazenta. Das Kind befindet sich auf diese Weise einerseits bereits in der Trennung von (dem Uterus) der Mutter und bleibt doch noch kurze Zeit mit ihr verbunden. Der bis dahin vorrangig durch nicht intentionale Anteile dominierte Geburtsprozess, erfordert an dieser Stelle den bewussten und zu vollziehenden Akt der Trennung, um der Selbstständigkeit des Kindes willen. Schäfers (2005) spricht von der Geburt als „Manifestation der Selbstständigkeit des Kindes als Transformation der Schwangerschaftssymbiose in die sozialisatorische Einheit von Mutter und Kind“ (ebd.: 224). Das neugeborene Kind ist einerseits komplett selbstständig im Sinne dessen, dass es nun mehr ein von der Mutter getrenntes Individuum ist, andererseits ist es abhängig von der Versorgung durch die Mutter. Die „physiologische Frühgeburt“ Mensch lebt zunächst in einer umfassenden biologischen Abhängigkeit, „sie geht über in eine biologisch-soziale Abhängigkeit“ (Vetter 1999: 29). Für die prä- und postnatale Einheit von Mutter und Kind ist sowohl die biologisch-somatische als auch die psychosoziale Abhängigkeit des Kindes von ihr konstitutiv; postnatal verschärft sich diese Abhängigkeitsdynamik gar, und zwar durch die leibliche Eigenständigkeit und den Willen des Kindes. Die Geburt ist der Beginn des menschlichen Sozialisationsprozesses, bei dem sich in Auseinandersetzung mit der Welt (und zunächst hauptsächlich der Mutter) das sich bildende Subjekt individuiert.

Die von mir verwendete sozialisationstheoretische Perspektive erweist sich in dieser Hinsicht anschlussfähig zu den Ergebnissen der neueren Säuglingsforschung. So hat Stern (2007: III) betont, dass „die Differenzierung zwischen dem Selbst und der/dem Anderen mit der Geburt oder sogar noch früher beginnt.“ Das Kern-Selbst entwickle sich etwa zwischen dem dritten und achten Lebensmonat des Kindes und ist als unbewusstes Empfinden des Getrenntsein von anderen zu verstehen. Hierauf aufbauend folgt die Entwicklung des subjektiven Selbst und des verbalen Selbst. Die Leistung von Sterns Theorie der Entwicklung des Selbstempfindens war, die Entwicklungsphasen der Freud'schen Triebtheorie zu relativieren. Es ist allerdings anzumerken, dass es sich um Ergebnisse aus experimentellen Situationen mit Säuglingen handelt, die nur in Phasen „wacher Aktivität“, welche maximal 25% der Tageszeit umfassen, durchgeführt wurden. Überdies haben Sterns experimentelle Studien auch ergeben, dass der Säugling nach der Geburt den Geruch und die Stimme seiner Mutter erkennt und ihn gegenüber anderen Müttern beim Stillen bevorzugt (vgl. Stern 2007: 14).

Durch die Untersuchungen von Dornes (1996) entstand die Vorstellung des „kompetenten Säuglings“, dessen Fähigkeiten lange Zeit unterschätzt worden seien. Der Säugling sei nicht seinen Bedürfnissen und der Welt passiv ausgesetzt, sondern als aktiver Teilnehmer in Beziehungen von viel größerer

und differenzierterer Wahrnehmungskompetenz als bisher, insbesondere in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie, angenommen. Auch in Bezug auf die Interaktion mit dem Gegenüber sei vielmehr eine wechselseitige Beeinflussung und Regulierung festzustellen, sodass sich der Säugling bereits als wirkmächtig erleben kann.

„Mutter und Kind [sind] nicht so sehr Triebobjekte für einander als vielmehr Resonanzräume für eine Vielfalt von körperlichen und seelischen Bedürfnissen: physiologische Regulation, sinnliches Vergnügen, Neugier, Bindung, Kommunikation und vielleicht auch Anerkennung. Keines von ihnen sollte in seiner Bedeutung privilegiert werden.“ (Dornes 2008: 245)

Die Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung haben das Bild von der frühkindlichen Realität verändert, was lange Zeit von den Freud'schen Annahmen dominiert wurde. Auch wenn die von Oevermann entwickelte Sozialisationsstheorie neben der Bindungstheorie von Bowlby auf Freud zurückgreift, so wäre es ein Missverständnis, diese Bezüge mit den Annahmen der Sozialisationsstheorie gleichzusetzen. Sie interessiert sich weniger für die physiologischen Reifungsvorgänge und die kognitive Entwicklung von psychischen Formationen, sondern für die „strukturellen Ausformungen der sozialisatorischen Interaktionspraxis“ (Oevermann 1995/96: 35, zitiert nach Garz/ Raven 2014). Die strukturelle Mutter-Kind-Symbiose setzt die Individualität des Anderen voraus. Und sie ist durch Dialogizität gekennzeichnet, was stillschweigend den Interaktions-Kompetenten Säugling voraussetzt. Moderne psychoanalytische Konzeptionen greifen überdies die Ergebnisse der Säuglingsforschung auf:

„Es besteht kein zwingender Grund, die Konzepte ‚emotionale Symbiose‘ (oder ‚Dyade‘) gegen ‚triadisches Erleben von Anfang an‘ alternativ zu verfechten [...]: Im Laufe eines einzigen Tages durchlebt ein Baby die unterschiedlichsten Zustände des Wachseins und des Bezogenseins, in den auch die unterschiedlichsten Erlebnis- und Wahrnehmungsweisen sich abwechseln mögen – Gefühle von symbiotischen Verschmolzensein ebenso wie hellwache differenzierende Wahrnehmung.“ (Ahlheim 2009: 23)

In dieser Arbeit wird die Einheit von Mutter und Kind bzw. Mutter-Kind-Symbiose in dem Sinne verstanden, a) dass es sich grundsätzlich um eine exklusive Beziehung handelt, die es in dieser Weise nur zwischen leiblicher Mutter und Kind geben kann; b) dass diese Exklusivität nichts darüber aussagt, wie die tatsächliche Beziehung Qualität zwischen Mutter und Kind ist; c) dass es eine dialogische Beziehung ist; d) und dass es neben dieser exklusiven Beziehung weitere relevante Beziehungen, z.B. zum Vater bestehen können.

## 2.2 Gesellschaftlicher Wandel und postnatale Hebammenhilfe

Was bedeutet die sozialisatorische Einbettung von Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit (Wochenbett bis Ablösung aus der Mutter-Kind-Symbiose) für eine professionalisierte Praxis von Hebammenhilfe? Im Normalfall besteht die Arbeit der Hebamme aus: Überwachen und Helfen. Die Einheit von Überwachung und Hilfe ist konstitutiv für die Praxis der Hebammenhilfe. Handlungsleitende Maxime ist dabei das Prinzip der Nicht-Intervention. Das heißt, Hebammenhilfe besteht in der Kunst, die Geburtsgeschehnisse zu verstehen („überwachen“) und so zu unterstützen („helfen“), dass dieser natürliche Prozess befördert wird. Die medizinische Intervention stellt den Not- oder Grenzfall dar. Je nach Phase, in der sich die (werdende) Mutter befindet (Schwangere, Gebärende oder Wöchnerin), steht einer der beiden Pole der Einheit von Überwachung und Hilfe im Vordergrund des Handlungsfokus. Die Gewichtung des Handlungsschwerpunktes, entsprechend dem dreiphasigen Verlauf der Transformation der Einheit von Mutter und Kind rund um die Geburtskrise, spiegelt sich auch im Hebammengesetz wider. „Überwachung des Geburtsvorganges von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufes“ werden als Hebammen vorbehalten Tätigkeit definiert (HebG § 4 Abs. 2, Hervorhebungen M.T.). Auch wenn im Hebammengesetz nicht die Einheit von Überwachen und Helfen beachtet wird, lässt sich eine Struktur der Handlungslogik ableiten: Die für den Prozess der Geburt, gewissermaßen im Mikrobereich geltende Struktur der Einheit von Überwachen und Helfen mit unterschiedlichen Gewichtungen in den drei Phasen gilt strukturell auch für den Makrobereich der Geburt, also von Anbeginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Säuglingszeit.

Obgleich vor- und nachgeburtliche Phase die gleiche überwachende Handlungsstruktur aufweisen und es in beiden Fällen um die Integrität der Einheit von Mutter und Kind geht, werden sie von der klassischen Hebammenhilfe scheinbar unterschiedlich bewertet. Während, von der Geburt als Zentrum aus betrachtet, die pränatale Verlängerung der Hebammentätigkeit in Form der Schwangerschaftsvorsorge oder -begleitung 40 Wochen lang zum Spektrum der Regelversorgung, gehört, endet die postnatale Regelversorgung grundsätzlich bereits 8 Wochen<sup>10</sup> nach der Geburt. In dieser Zeit erfolgen regelhaft die Rückbildung der schwangerschafts- und geburtsbedingten somatischen Veränderungen, Wundheilungen sowie die (hormonelle) Umstellung zum Stillen. Hebammenhilfe wird postnatal also im Wesentlichen auf die somatischen Aspekte<sup>11</sup> bei der Frau begrenzt, die medizinisch überwacht werden.

<sup>10</sup> Eine darüber hinausgehende Hebammenhilfe erfordert eine ärztliche Indikation wie z.B. Stillprobleme.

<sup>11</sup> Abgesehen von der psycho-sozialen Betreuung postnataler Stimmungskrisen.

Diese relativ kurze und auf medizinische Aspekte beschränkte Hebammenhilfe ist vor dem sozio-historischen Hintergrund zu verstehen, dass im Zuge des medizin-technischen Fortschritts in den 1950er Jahren eine Standardisierung der Geburtshilfe stattfand und die Geburt zunehmend als ein klinischer Routinevorgang verortet wurde. Die werdende Mutter wurde zur – eigentlich nicht kranken – Patientin der Geburtshilfe, die vorrangig medizinisch standardisiert behandelt wird. Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, dass die nachgeburtliche Hebammenhilfe endet, sobald es aus medizinischen Gründen keinen Handlungsbedarf mehr gibt. Die Beschränkung auf medizinische Aspekte war möglich, weil die klassische, bürgerliche Kernfamilie die frisch entbundene Mutter und den Säugling solidarisch unterstützten. Die Lebenspraxis „Familie“ bewältigte die nachgeburtliche – im weiteren Sinne „psychosoziale“ – Hilfe für Mutter und Kind aus eigener Kraft. Nicht selten war es die Großmutter, die ihre Erfahrungen mit Mutterschaft an die nächste Generation weitergab und die junge Mutter auch praktisch unterstützte. Das Wochenbett war lange Zeit ein Ort familialer Mütterbildung.

Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels in modernisierten Gesellschaften erodieren die familialen Muster zunehmend, sodass der ursprüngliche Grenzfall, in dem eine Mutter länger als 8 Wochen und umfassender, also nicht nur medizinische, sondern psychosoziale Unterstützung benötigt, sich tendenziell in Richtung eines Normalfalls gewandelt hat. Die unter dem Begriff der Pluralisierung von Lebenswegen diskutierte Zunahme von Entscheidungsmöglichkeiten bedeutet einerseits mehr Chancen und andererseits mehr Risiken für das Individuum. Hinzukommt, dass immer mehr Kinder in prekären Sozialisationsmilieus aufwachsen (17% der unter Dreijährigen leben von staatlicher Grundsicherung; Groos/Jehles 2015) und von sozialer Ungleichheit unmittelbar betroffen sind. Mutter-Sein und Mutterschaft stellen insofern eine heikle biografische Entwicklungsaufgabe dar, die verbunden mit gesellschaftlichen (beruflichen) Leistungserwartungen und Optimierungsanforderungen (als Mutter, alles richtig zu machen) zunehmend von der Lebenspraxis (der Einheit von Mutter und Kind) selbst nicht mehr autonom bewältigt werden kann, sondern außerfamilialer professioneller Hilfe und Unterstützung bedarf.

### 2.3 *Sozialisationshilfe für die Einheit von Mutter und Kind durch Hebammen*

An die Stelle, wo Hebammenhilfe im Normalfall des Wochenbetts bislang weitgehend im Modus der medizinisch orientierten Überwachung stattfand, scheint es im Zuge gesellschaftlichen Wandels immer häufiger und länger notwendig, im Modus der *sozialisatorischen Starthilfe für die Einheit von Mutter und Kind* die Bewältigung der nachgeburtlichen Transformationsanforderun-

gen zu begleiten. Eine so gefasste Sozialisationshilfe durch Hebammen hat allerdings weiterhin ihren Ursprung in den somatisch-medizinischen Bezügen zur Einheit von Mutter und Kind.

Ausgehend von dem Versprechen der Mutter, bedingungslos das Wohl des Kindes zu ermöglichen, welches unter prekären sozialen und psychischen Lebensumständen nicht autonom gewährleistet werden kann, drängt es die Mutter in ein länger währendes und umfassenderes Arbeitsbündnis mit einer Hebamme. Konstitutiv für das Arbeitsbündnis ist der Leidensdruck der Mutter, die, vermittelt über ihre Sorge um das Wohl des Kindes, stellvertretend für die Einheit von Mutter und Kind aktiv wird. Im Rahmen des Arbeitsbündnisses geht es darum, die Mutter zu befähigen, das Versorgungsversprechen einzulösen und die Probleme in der Etablierung einer gelingenderen Mutter-Kind-Bindung zu ventilieren. Diese Aufgabe stellt eine professionalisierungsbedürftige Praxis dar, weil sie grundsätzlich nicht standardisierbar ist. Diese Hilfe schließt eine professionelle medizinische Überwachung ein, es ist aber im Kern eine sozialisatorische Hilfe zur Selbsthilfe (eine Intervention stellt den Grenzfall dar). Mit Selbsthilfe ist hier gemeint, dass die Selbstheilungspotenziale der Einheit von Mutter und Kind geweckt und gestärkt werden. Ziel ist, eine Alltagsroutine und vitale Mutter-Kind-Beziehung zu etablieren. Für die Mutter geht es um die Nachsozialisation in Sachen Mütterlichkeit, für das Kind um dessen Versorgung. Diese frühkindlichen Erfahrungen sind lebenslang prägend – seien es positive oder negative (vgl. Garz/Raven 2015: 75).

Gedanken zur geschlechterspezifischen Dimension des Arbeitsbündnisses

Klientin des Arbeitsbündnisses ist die sozialisatorische Einheit von Mutter und Kind. Geburt und Geschlechterdifferenz hängen untrennbar zusammen. Die im Rahmen einer Paarbeziehung mögliche sexuelle Reproduktion vollzieht sich im biologischen Moment der Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle. Die zwei sozialisatorischen Milieus des Paares bilden so gewissermaßen eine Synthesis in Form der befruchteten Eizelle. Der Ort, an dem die Einnistung stattfindet, ist der Uterus der Frau.

„Denn das Entscheidende ist, dass mit der Geschlechterdifferenz jenseits aller auf den Gender-Begriff reduzierten Konstruktionen zwingend sich verbindet, dass die einen schwanger werden und werden müssen und die anderen das grundsätzlich nicht sein können.“ (Oevermann 2014: 18)

Konstitutiv für den Ausschließlichkeitsanspruch der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung ist also die *leibliche Positionalität* der untrennbaren materno-fetalen Einheit. Und dies gilt strukturell in gleicher Weise über die Transformation der Geburt hinaus für die nachgeburtliche Mutter-Kind-Symbiose. Die Strukturposition der Mutter ist grundsätzlich nicht substituierbar – nicht durch einen

engagierten Vater, eine Tagesmutter, eine Erzieherin (und hierbei geht es noch nicht einmal um den Qualitätsaspekt). Wenn Sozialität und Leiblichkeit nicht mehr in ein Bedingungsverhältnis gestellt werden und der Schonraum der Einheit von Mutter und Kind konstruktivistisch auseinanderdividiert wird, ist mit Oevermann (2014: 45) zu fragen:

„inwieweit neben der Mutterbindung bzw. der Bindung an eine primäre mütterliche Position weitere Bindungen für das Kind hinzutreten können, ohne dass dabei die primäre Bindung strukturell demontiert wird, und (...) die mütterliche Bindung, die schließlich ihren wesentlichen Anfang in der Schwangerschaft hat, noch hinreichend ernst genommen wird“.

Auch der Vater hat von Anbeginn der Schwangerschaft eine eigene Beziehung zu dem Kind, die jedoch keine aus der leiblich-symbiotischen Verbundenheit herrührende Basis hat, sondern angeeignet werden muss. Nimmt man die mütterliche Bindung ernst, dann besteht das aus der sozialisatorischen Einbettung der Geburt abgeleitete Versprechen in dieser Form eben nur für die *leibliche* Mutter des Kindes.

### 3 Zur Problematik des Einsatzes von (Familien-)Hebammen in den Frühen Hilfen

Die pragmatische Rahmung des Einsatzes von sogenannten Familienhebammen in den Frühen Hilfen ist trotz einer zunehmenden Zahl an Publikationen durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen<sup>12</sup> weiterhin von einer gewissen Diffusität durchzogen. So heißt es in einem Leitfaden für die Kommunen zum Einsatz von Familienhebammen in der Frühen Hilfe lapidar:

„Viele der an dieser Stelle und auch im weiteren Text genannten Aussagen beziehen sich nicht nur auf Familienhebammen, sondern generell auf Hebammen. Dies erklärt sich daraus, dass die Familienhebammentätigkeit auf der von Hebammen aufbaut.“ (NZFH: 10)

Dieses Zitat soll exemplarisch zeigen, dass es noch keine professionalisierungstheoretische Rahmung für den Einsatz von Familienhebammen gibt. Es wird im Folgenden daher davon ausgegangen, dass überall dort, wo eine Familienhebamme zum Einsatz kommt, in irgendeiner Form ein Problemfall

---

12 „Das übergeordnete Ziel des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ist es, Kinder durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen zu schützen. Um dies zu verwirklichen, muss insbesondere die Erreichbarkeit von Risikogruppen verbessert werden.“ (<http://www.fruehehilfen.de/wir-ueber-uns/ziele> [Zugriff am: 21.06.2015])

vorliegt. Im Gegensatz zur Hebamme, die alle werdenden Mütter in Anspruch nehmen können, impliziert der Einsatz der Familienhebamme, dass eine besondere, krisenhafte Hilfebedürftigkeit der (werdenden) Mutter vorliegt. Dem Einsatz von Familienhebammen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe liegt ein vager Begriff von sozialen Hilfen zugrunde, der im Sinne einer Residualkategorie der verbindende Nenner ist. Bei der Betreuung durch eine Familienhebamme schwingt also immer auch das Stigma besonderer Hilfebedürftigkeit mit. Die professionstheoretische Betrachtung von Familienhebammen deckt die in der Diffusität verborgenen Strukturprobleme auf, die in der Praxis sehr folgenreich sind.

### *3.1 Besonderheit des Arbeitsbündnisses in der Kinder- und Jugendhilfe*

Im Rahmen der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Frühen Hilfen arbeiten Familienhebammen meist unter der Aufsicht des Jugendamtes. Das grundlegende Problem des Arbeitsbündnisses in der Kinder- und Jugendhilfe liegt in der regelmäßig nicht vorhandenen Freiwilligkeit der Klientin. Die Freiwilligkeit beim Eingehen des Arbeitsbündnisses ist aber eine zentrale Bedingung des Gelingens. Die sozialarbeiterische Praxis ist insofern eine professionalisierungsbedürftige Praxis, weil sie nicht standardisierbar ist und eine professionelle Expertise erfordert. Eine tatsächliche Professionalität kann sich aufgrund des doppelten Mandates sozialer Arbeit jedoch kaum entfalten (vgl. Oevermann 2009).

Das Strukturproblem besteht in dem doppelten Mandat: Hilfe und Kontrolle. Während „Hilfe“ auf die Herstellung somato-psychosozialer Integrität zielt und einen pädagogisch-therapeutischen Handlungsmodus erfordert, geht es bei sozialer „Kontrolle“ um die Herstellung von Rechtsgültigkeit und -integrität einer Rechtsgemeinschaft, die einem subsumptionslogischen Handlungsmodus folgt. In der sozialarbeiterischen Praxis drückt sich die widersprüchliche Zuständigkeit darin aus, dass regelhaft der Kontakt mit der Klientin von den Sozialbehörden ausgeht, wobei es sich immer um Kontrolle handelt. Während hier Kontrolle der Normalfall ist, wird sie im Rahmen des Arbeitsbündnisses oftmals so umgedeutet, als käme die Klientin freiwillig. Diese Umdeutung ist einerseits notwendig, um eine Arbeitsfähigkeit innerhalb des Arbeitsbündnisses herzustellen, andererseits wird der Zwangskontext dadurch nicht aufgehoben.

### 3.2 *Unterschiedliche Paradigmen und Handlungslogiken*

Die Hebammen vorbehaltene Tätigkeit der „Überwachung“ während der Geburt ist kategorial different zur „Kontrolle“ im Kinder- und Jugendhilfebereich. Überwachung ist – im analytischen Paradigma von Krise und Routine (Oevermann 2008) – auf der Seite von Routine zu verorten, während Kontrolle auf der Seite von Krise liegt. Überwacht werden beispielsweise naturwüchsige oder technische Prozesse. Im Normalfall muss der Überwachende nicht intervenieren, sondern er beobachtet (Stichwort: Überwachungskameras). Kontrollen sind hingegen organisatorisch verankerte Soll-Ist-Vergleiche, die nicht permanent, sondern punktuell, aber unangemeldet und regelmäßig stattfinden wie z.B. Geschwindigkeitskontrollen im Straßenverkehr. Kontrollen sind oftmals verbunden mit staatlichen Machtmonopolen.

Beim Einsatz von Hebammen in den Frühen Hilfen werden der Gegensatz von Überwachung und Kontrolle und die daraus folgenden unterschiedlichen Handlungslogiken nicht hinreichend beachtet. Hebammen arbeiten dort unter dem „Kontroll-Paradigma“, ob sie es wollen oder nicht. Die für sozialpädagogische Arbeitsbündnisse bestehende strukturelle Problematik gilt auch für Hebammen in Frühen Hilfen. Ähnlich wie bei Sozialpädagoginnen zeigte sich im Rahmen von Einzelfallrekonstruktionen<sup>13</sup>, dass es auch bei Familienhebammen eine Tendenz zur Umdeutung des Kontrollauftrages gibt. Die Umdeutung scheint Ausdruck einer „Sozialpädagogisierung“ des Handlungsmodus der Hebammen zu sein.

Der Arbeitsbereich und die Arbeitsweise von Hebammen im Bereich der Geburtshilfe sind im Vergleich zur sozialpädagogischen „Allzuständigkeit“ scharf umrissen. Hierin liegt auch die Quelle des Vertrauens, welche die Mutter der Hebamme entgegenbringt, wenn sie ein Arbeitsbündnis mit ihr eingeht. Mutter und Hebamme verbinden sich sozusagen in der Sorge um das Wohl des Kindes. Aufgrund des klar umrissenen Ziels löst die Hebammenhilfe in der Regel ein, was das Arbeitsbündnis zum Inhalt hatte. Die hierfür begünstigenden Faktoren sind: a) die Geburt als Kern der Hebammenhilfe, aus dem sich die vor- und nachgeburtlichen Zuständigkeitsbereiche (und Nicht-Zuständigkeiten) sowie die Bestimmung der Einheit von Mutter und Kind als Klientin des Arbeitsbündnisses ableiten lassen; b) die physische und psychische Integrität der Einheit von Mutter und Kind als Arbeitsauftrag; und c) ein Handlungsmodus, der einerseits zupackend und andererseits zurückhaltend ist.

Aufgrund des klar umrissenen Tätigkeits- und Klientinnenfokus sowie des somatischen Zugriffs nehmen (Familien-)Hebammen in der Kinder- und Jugendhilfe eine Sonderstellung ein. Die Wirksamkeit ihres Einsatzes wird

---

<sup>13</sup> Diese wurden im Rahmen einer zweijährigen Forschungswerkstatt des Autors an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie (Hamburg) durchgeführt.

jedoch um den Preis erkaufte, dass das Vertrauen der Mütter in die Arbeit der Hebammen unter dem Kontrollparadigma zu verdampfen droht, denn die Umdeutung des Kontrollauftrages höhlt die Beziehung im Arbeitsbündnis (langfristig) aus. Die Delegierung des Kontrollauftrages in die Hände von Familienhebammen hat Nebenfolgen und stellt in vielen Fällen schlichtweg auch eine Überforderung der Hebamme dar.

## 4 Zusammenfassung und Fazit

Durch den gesellschaftlichen Wandel ist die Mutter-Kind-Beziehung neuen Herausforderungen ausgesetzt. Die soziale Situation der Mutter oder Familie sowie deren psychische Verfassung lassen häufiger ein prekäres Sozialisationsmilieu für das Kind entstehen. Die Transformation der intrauterinen Mutter-Kind-Symbiose in die postnatale psychosoziale Symbiose von Mutter und Kind wird daher nicht (mehr) autonom bewältigt. Ein krisenhaftes Sozialisationsmilieu wirkt über die symbiotische Beziehung unmittelbar auch auf das Kind.

Dieser Ausgangsbefund wurde mit der sozialisationstheoretischen Einbettung der Geburt verknüpft. Die leibliche Positionalität von Mutter und Kind seit der Konzeption wurde auch für die postnatale Phase als Konstitutiva expliziert. Daraus ließe sich ableiten, dass Hebammen bei einer postnatalen Krise der Mutter-Kind-Symbiose eine ihrer originären Tätigkeit entsprechende Zuständigkeit<sup>14</sup> haben. Dies gilt unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels eben auch für eine erweiterte Hebammentätigkeit, die die ganze Mutter-Kind-Dyade umfassen kann. Eine so gefasste, erweiterte Hebammentätigkeit konnte im Kern als sozialisatorische Starthilfe für die Einheit von Mutter und Kind bestimmt werden. Es handelt sich um eine professionalisierungsbedürftige Praxis. Das Arbeitsbündnis konstituiert sich aus dem Willen zur Mutterschaft und dem damit verbundenen Versorgungsversprechen, welches die Mutter unter den Bedingungen eines prekären Sozialisationsmilieus um der (Wieder-)Herstellung der Autonomie der Lebenspraxis von Mutter und Kind mit der Hebamme eingeht. Eine so gefasste Sozialisationshilfe durch Hebammen ist Hilfe zur Selbsthilfe.

---

14 Die Bestimmung der Zuständigkeit zieht die Frage der Kompetenz nach sich, die im Rahmen dieses Artikels allerdings nicht mehr thematisiert werden kann. Nachgeburtliche Sozialisationshilfe für Mutter und Kind erfordert grundsätzlich eine weitergehende Professionalisierung von Hebammen. Kompetenzen, die in Richtung therapeutisch-beraterischer Gesprächsführung gehen sowie ein Fallverstehen, das verstärkt die psychosoziale Dimension der vor- und nachgeburtlichen Phase in den Blick nimmt, gehören ebenso zur Expertise wie auch eine entsprechende Lebenserfahrung.

Der Einsatz von Familienhebammen in den Frühen Hilfen wirft eine Reihe von Fragen auf, die sich aus unterscheidenden Strukturlogiken von Hebammenhilfe (im Gesundheitsbereich) und im weiteren Sinne sozialpädagogischer Familienhilfe im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ergeben. Trotz der strukturellen Unterschiede werden Familienhebammen eingesetzt, weil sie einen Zugang zu den Müttern und Kindern bieten, der mit „sozialpädagogischen Bordmitteln“ nicht erreichbar ist. Denkbaren Lösungen wie eine Sozialpädagogin mit dem Fokus auf die frühe Kindheit oder einer Sozialpädagogin mit medizinischem Hintergrund würde der für die nachgeburtliche Phase bedeutsame Bezugspunkt, die Geburt, fehlen. Denn Geburtshilfe ist eine Hebammen vorbehaltene Tätigkeit. Es stellt sich insofern die Frage, wie sich sozialisatorische Hilfe für Mutter und Kind in prekären Sozialisationsmilieus wirksam und ohne Nebenwirkungen realisieren ließe.

Die sozialisationstheoretische Analyse legt meines Erachtens nahe: nachgeburtliche Sozialisationshilfe als (erweiterte) Hebammenleistung zu denken und im Gesundheitssektor zu verorten. In der Praxis originärer Hebammenhilfe stellt sich sowohl die Polarität der Vermeidung von Kindeswohlgefährdung und Sicherung des Kindeswohls als auch eine von der Autonomie der Mutter ausgehende Hilfe und Überwachungsnotwendigkeit immer schon als kontingente Aufgabe dar. So umgesetzte erweiterte Hebammenhilfe würde nachhaltig das Wohl des Kindes fördern, eine Stigmatisierung von Müttern und Kindern vermeiden und die Hebammenprofession in ihrer Berufsautonomie stärken können. In den Fällen, die Grenzfälle im Sinne einer potenziellen Herausnahme des Kindes sind und einer dichten Kontrolle bedürfen, wäre es denkbar, eine dem Amtsarzt ähnliche Form der „Amtshebamme“ zu schaffen, die Mitglied der Kontrollbehörde sein müsste, um eindeutig mit dem Kontrollauftrag identifiziert werden zu können. Bei den in vielerlei Hinsicht heterogener gewordenen „Normalfällen“, die aus eigener Autonomie eine erweiterte Hebammenhilfe in Anspruch nehmen könnten, wäre das Potenzial für Selbstheilungsprozesse der Lebenspraxis von Mutter und Kind tendenziell größer, wenn postnatale Sozialisationshilfe eine regelhaft und damit nicht stigmatisierende Hebammenleistung wäre.

## Literatur

Ahlheim, Rose (2009): Elternschaft – Entwicklungsprozess und Konfliktpotenzial. In: Haubl, Rolf/Dammasch, Frank/Krebs, Heinz (Hrsg.): Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 15–35.

- Diepold, Barbara (1992): Das dumme Vierteljahr. Neuere Ergebnisse der Säuglingsforschung. Manuskript eines Vortrages. Online verfügbar unter: <http://www.diepold.de/barbara> [Zugriff am: 15.04.2015].
- Dornes, Martin (2008): Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung. 2. Aufl., Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Garz, Detlef/Raven, Uwe (2015): Theorie der Lebenspraxis. Wiesbaden: Springer VS.
- Groos, Thomas/Jehles, Nora (2015): Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Landesverband der Hebammen in NRW (2014): Positionspapier Familienhebammen. Online verfügbar unter: [http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/1404\\_LVH\\_NRW\\_Position\\_Hebammen\\_1\\_2\\_1\\_1\\_.pdf](http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/1404_LVH_NRW_Position_Hebammen_1_2_1_1_.pdf) [Zugriff am: 22.06.2015].
- Mahler, Margaret S. (1973): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- NZFH (Hrsg.): Leitfaden für Kommunen: Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Online verfügbar unter: [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/Leitfaden\\_Einsatz\\_Familienhebammen.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Leitfaden_Einsatz_Familienhebammen.pdf) [Zugriff am: 22.06.2015].
- Oevermann, Ulrich (2014): Sozialisationsprozesse als Dynamik der Strukturgesetzmäßigkeit der ödipalen Triade und als Prozesse der Erzeugung des Neuen durch Krisenbewältigung. In: Garz, Detlef/Zizek, Boris (Hrsg.): Wie wir zu dem werden, was wir sind. Wiesbaden: Springer VS, S. 15–70.
- Oevermann, Ulrich (2013): Compliance und die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient. In: Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid (Hrsg.): Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin, S. 501–521.
- Oevermann, Ulrich (2009): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun/Müller, Silke (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 113–142.
- Oevermann, Ulrich (2008): ‚Krise und Routine‘ als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften (Abschiedsvorlesung, 28. April 2008), Manuskript, Frankfurt a.M. Online verfügbar unter: [http://ihs.de/publikationen/Ulrich-Oevermann\\_Abschiedsvorlesung\\_Praesentation.pdf](http://ihs.de/publikationen/Ulrich-Oevermann_Abschiedsvorlesung_Praesentation.pdf) [Zugriff am: 22.06.2015].
- Oevermann, Ulrich (2004): Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung. In: Geulen, Dieter/Veith, Hermann (Hrsg.): Sozialisationstheorie interdisziplinär. Stuttgart: Lucius & Lucius, S. 155–181.
- Oevermann, Ulrich (2001): Die Soziologie der Generationenbeziehungen und der historischen Generationen aus strukturalistischer Sicht und ihre Bedeutung für die Schulpädagogik. In: Kramer, Rolf-Torsten/Helsper, Werner/Busse, Susann (Hrsg.): Pädagogische Generationenbeziehungen. Opladen: Leske + Budrich, S. 79–128.
- Papoušek, Mechthild (1989): Frühe Phasen der Eltern-Kind-Beziehungen: Ergebnisse der entwicklungspsychobiologischen Forschung. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, S. 109–122.
- Schäfers, Jochen (2005): Zum Problem der Professionalität der Geburtshilfe anhand der Selbsteutung eines gynäkologischen Geburtshelfers. In: Bollinger, Heinrich/Gerlach, Anke/Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. So-

- ziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt a.M.: Mabuse, S. 223–238.
- Schneider, Henning (1999): Kein Kind ohne Plazenta. In: Vetter, Klaus (Hrsg.) Kinder – zu welchem Preis? Was es bedeutet, Kinder zu haben. Opladen: Westdeutscher Verl., S. 79–89.
- Stern, Daniel (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 9. Auflage.
- Vetter, Klaus (1999): Kinder als biologische Parasiten. In: Vetter, Klaus (Hrsg.) Kinder – zu welchem Preis? Was es bedeutet, Kinder zu haben. Opladen: Westdeutscher Verl., S. 23–30.

Rhea Seehaus  
Lotte Rose  
Marga Günther (Hrsg.)

# Mutter, Vater, Kind – Geschlechterpraxen in der Elternschaft

Verlag Barbara Budrich  
Opladen • Berlin • Toronto 2015