

Dokumentation der Fachtagung in Bremen, September 1996

›**Unter anderen Umständen**‹  
Mutter werden in *dieser* Gesellschaft



FREIE HANSESTADT BREMEN



Bremische Zentralstelle für  
die Verwirklichung der  
Gleichberechtigung der Frau

**Herausgeberin:** Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung  
der Gleichberechtigung der Frau (ZGF)  
Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen

Die Tagung ›Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft‹ wurde konzipiert, organisiert und durchgeführt von Iris Bleyer-Rex, Irmhilde Fuhrmann, Mechthild Groß, Ulrike Hauffe, Brigitte Kette, Ingrid Klüver, Margaretha Kurmann, Colette Mergeay, Eva Schindele, Hanna Staud-Hupke, Silke Stroth, Ilse Scheinhardt, Gitta Vogel und Julia Weisfeld.

Diese Dokumentation wurde mit Unterstützung der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fertiggestellt.

Auflage: 5000  
Satz und Gestaltung: Gruppe für Gestaltung, Bremen  
Bremen 1997

Kostenlose Bestellung über:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln

## ›Unter anderen Umständen‹

Mutter werden in *dieser* Gesellschaft

Dokumentation der Fachtagung

Bremen, 13.–15. September 1996

Herausgegeben von der  
Bremischen Zentralstelle für  
die Verwirklichung der  
Gleichberechtigung der Frau



# Inhalt

- 7 **Vorwort**
- 9 **Eröffnungsrede**  
Ulrike Hauffe
- 13 **Begrüßung**  
Christine Wischer
- 19 **Frauen und Gesundheit – Frauen tragen Verantwortung**  
Prof. Dr. Rita Süßmuth

## Vorträge

- 29 **Schöpfungs-Geschichte – Zur Entwicklung des gesellschaftlichen Umganges mit dem Gebären und Geboren werden**  
Colette Mergeay
- 36 **Schwangerschaft zwischen »guter Hoffnung« und der Angst vor dem Risiko**  
Eva Schindele
- 48 **Globale und lokale Aspekte in der Ritualisierung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett**  
Maya Nadig
- 61 **»Nötigung zur Mutterschaft?« Auswirkungen von Abtreibungsstigmatisierungen**  
Cornelia Hühn
- 75 **»Wer will schon ein behindertes Kind?« Eugenische Tendenzen als Zwang zum gesunden Kind**  
Margaretha Kurmann
- 88 **Sind Hebammen die besseren Geburtshelferinnen? – Ein europäischer Vergleich**  
Beate Schücking
- 95 **Mutterschaft als selbstbestimmter Prozeß – Herausforderung für die Hebammen Praxis**  
Anne Wallheinke
- 103 **Mütter als Grenzgängerinnen – Lebenswelten im Widerspruch**  
Iris Bleyer-Rex

## **Workshops**

- 113 **Muttersein im Kontext weiblicher Lebensentwürfe  
und familialer Konfliktpotentiale**  
Moderation: Mechthild Oechsle
- 119 **Schwangerenberatung und Geburtshilfe in Holland**  
Moderation: Mieke Damen und Joyce Krijger
- 122 **Brauchen Frauen Anleitung und Übung zum Gebären?  
Sinn und Notwendigkeit professioneller Geburtsvorbereitung**  
Moderation: Ines Albrecht-Engel
- 127 **Wohlbefinden während der Geburt – zuviel verlangt?**  
Moderation: Mechthild Groß
- 136 **Qualitätsdefinition, -nachweis, -förderung, -»sicherung« in  
der außerklinischen Geburtshilfe**  
Moderation: Anna Rockel-Loenhoff
- 142 **Pränataldiagnostik: Das Dilemma der Entscheidungsfreiheit**  
Moderation: Ebba Kirchner-Asbrock
- 144 **Pränatales genetisches Screening – moderne Wahrsagerei?**  
Moderation: Barbara Duden
- 149 **Ermutigung zum politischen Handeln**  
Moderation: Margaretha Kurmann, Eva Schindele
- 153 **Denkschrift zur Pränatalen Diagnostik**
- 157 **Podiumsdiskussion**
- 188 **Adressenlisten**

## Vorwort

Der vorliegende Band dokumentiert die Inhalte und Ergebnisse der Fachtagung ›Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft‹. Rund 450 TeilnehmerInnen trafen sich vom 13. bis 15. September 1996 in Bremen, vorwiegend Frauen, die als Ärztinnen, Geburtsvorbereiterinnen, Hebammen, Beraterinnen, Wissenschaftlerinnen oder Politikerinnen mit dem Thema »Kinderkriegen« beschäftigt sind.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden von der Fachwelt heute vor allem unter medizinischen Blickwinkeln diskutiert. Die Beherrschbarkeit und artifizielle Nachahmung der »Reproduktion« steht im Mittelpunkt wissenschaftlicher Forschung. Oft übersehen wird, daß Schwangerschaft und Geburt existentielle weibliche Lebensereignisse sind, die die Biographie von Frauen entscheidend prägen. Auch die sozialen und kulturellen Aspekte der Mutterschaft geraten in den Hintergrund. Dieses Spannungsfeld zwischen individueller Erfahrung und gesellschaftlichem Ereignis auszuleuchten, war ein zentrales Anliegen des Kongresses.

›Mutter werden in dieser Gesellschaft‹ – Welche Erwartungen und Ansprüche verknüpfen Frauen heute an die anderen Umstände und welche kulturellen Anforderungen werden an die Schwangeren gerichtet? Welche Form von Begleitung und welche sozialpolitischen Maßnahmen brauchen Frauen in dieser Zeit des Übergangs? Welche werden ihnen angeboten? Welche Ansprüche an die Qualität des Kindes werden gestellt und in welche neuen sozialen Pflichten geraten Frauen durch Gentests und Fehlbildungs-Ultraschall? Wie hat sich die moderne Haltung zu diesem Ereignis über die Jahrhunderte entwickelt und damit jeweils die gesellschaftliche Rolle von Frauen geprägt? Welche Formen der Geburtshilfe kennen andere Kulturen? Können wir von unseren europäischen Nachbarn lernen?

Antworten auf diese Fragestellungen wurden auf dieser Tagung von den TeilnehmerInnen interdisziplinär gesucht. Psychologinnen, Sozialwissenschaftlerinnen, Hebammen und Ärztinnen, eine Historikerin, eine Ethnologin und Politikerinnen haben ihre

Sicht vom Kinderkriegen in Vorträgen und Workshops dargelegt. Die Podiumsdiskussion zum Abschluß des Kongresses ließ Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Berufsgruppen und Institutionen darüber zu Wort kommen, wie solche geburtshilflichen Betreuungsformen in Deutschland durchzusetzen sind, die wieder mehr die originären Potenzen und Bedürfnisse der Frauen in den Mittelpunkt des Geschehens stellen.

Die Vorträge, die Ergebnisse der Workshops, die Podiumsdiskussion und eine Denkschrift, die die selektiven Tendenzen vorgeburtlicher Diagnostik kritisiert und im Plenum per Akklamation von den TeilnehmerInnen angenommen wurde, können Sie in diesem Band nachlesen. Was nicht dokumentiert werden konnte, sind die vielen Diskussionen in Seminargruppen und der Austausch zwischendurch, die – so die Resonanz von TeilnehmerInnen – als anregend und fruchtbar für die eigene Berufstätigkeit erlebt worden sind.

Die Tagung ›Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft‹ wurde im Forum Frauengesundheit vorbereitet, einem von Ulrike Hauffe, der Bremer Landesbeauftragten für Frauen, eingerichteten Runden Tisch mit Fachfrauen aus dem Gesundheitsbereich, aus Bildung und Wissenschaft, Verwaltung, Betrieb und Politik. Beteiligt waren Mitarbeiterinnen der Angestelltenkammer Bremen, der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschland (BfH) in Bremen, von cara e.V. – kritische Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik, des Frauengesundheitszentrums Bremen, der Hebammen Praxis Bremen, des Bundes Deutscher Hebammen (BDH) – Landesverband Bremen e.V., der Pro Familia Bremen, des Psychologischen Dienstes des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord, des Senators für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz und der Universität Bremen.

Unterstützt wurde die Tagung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, Bremen, dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland (BfHD) und der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V. (GfG) Bundesverband.

Diese Tagungsdokumentation wurde mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fertiggestellt.



## Eröffnungsrede

Ich heiße Sie als Bremer Landesbeauftragte für Frauen zu dieser Tagung herzlich willkommen. Ich freue mich sehr, daß wir hier in so großer Anzahl zusammengekommen sind. Ich bin voller Erwartung und Neugier auf das, was wir gemeinsam auf dieser Tagung erarbeiten und wie wir voneinander profitieren werden.

Zunächst einmal möchte ich Ihnen über die Entstehung dieser Tagung berichten: In der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau treffen sich seit zwei Jahren im Forum Frauengesundheit regelmäßig Fachfrauen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund aus dem Gesundheitsbereich, aus Bildung und Wissenschaft, Verwaltung, Betrieb und Politik zu fachübergreifender Diskussion frauenpolitisch relevanter Themen aus dem Bereich Frau und Gesundheit.

Wir haben uns intensiv mit Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft als elementarer, besonderer und zugleich normaler Erfahrung von Frauen beschäftigt. Wir haben auf der anderen Seite die Abhängigkeit von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von gesellschaftlichen Bedingungen, von der Meinungsbildung in den Medien, über die Familienpolitik bis hin zu den Marktstrukturen und dem Machtanspruch der Medizin betrachtet. Dieses widersprüchliche Spektrum, das die Erwartung und das Handeln der einzelnen schwangeren Frau ebenso prägt wie den Umgang der verschiedenen Fachleute mit ihr, hat die Idee für diese Tagung entstehen lassen. Das Forum Frauengesundheit beauftragte eine Arbeitsgruppe mit der inhaltlichen Planung und organisatorischen Vorbereitung.

Das Ergebnis ist diese Tagung.

Ich möchte vorab all denen danken, die dazu beigetragen haben, daß diese Tagung stattfindet: zunächst einmal der Vorbereitungsgruppe des Forums Frauengesundheit, die die Tagung engagiert geplant hat. Für die finanzielle Unterstützung danke ich dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Senatorin für Frauen, Gesun-

dheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V., dem Bundesverband der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V. und der Universität Bremen für die großzügige Bereitstellung ihrer Räume.

Ich freue mich, Ihnen ein so umfangreiches Programm zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft ankündigen zu dürfen, das von Expertinnen aus der Frauenheilkunde, Soziologie und Sozialwissenschaften, Psychologie und Kulturwissenschaften, vorgetragen wird, die gleichzeitig ihre Themengebiete auch frauenpolitisch betrachten und transportieren.

Diese Tagung ist keine gesundheitswissenschaftliche Tagung, wie das Thema suggerieren könnte, sondern eine gesellschafts- und frauenpolitische Tagung.

Exemplarisch an den Themen Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft wollen wir zeigen, wie schwer sich unsere Gesellschaft mit der Gestaltung von Lebensprozessen tut, die ich mir sowohl gesellschaftlich solidarisch als auch individuell raumgebend wünsche.

Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sind nicht nur ein individuelles, medizinisches und kulturelles Geschehen, sondern zugleich ein zentrales Ereignis für alle beteiligten Personen: für die Schwangere, ihren Partner, das Kind – aber auch für die beteiligten Betreuungspersonen. Es verlangt eine besondere Aufmerksamkeit und von den Betreuungspersonen auch eine besondere Zurückhaltung in jedem Teil des Geschehens. Es erfordert vor allem ein fachübergreifendes Zusammenwirken aller Beteiligten, bei dem nicht vergessen werden darf, daß die Frau das handelnde Subjekt dieses Prozesses ist und ohne sie das Kind nicht gedacht werden kann.

Die besondere Bedeutung der Tagung liegt in der Analyse der Zusammenhänge von gesellschaftlicher Meinungsbildung, familien- und gesundheitspolitischer Schwerpunktsetzung, medizinischer Verfahrenspraxis und deren Einfluß auf weibliches Erleben, Erfahren und Lernen bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft.

Im stattfindenden Prozeß der Medikalisierung von Frauenleben geraten Frauen als Personen mit schöpferischer Potenz aus dem Blick. Sie werden fast übersehen oder als defizitär betrachtet.

Mit dieser Tagung wollen wir Frauen wieder »ins Spiel« bringen, sie wieder in den Mittelpunkt der Wahrnehmung rücken, indem wir die wichtigsten Konfliktfelder aus Frauensicht betrachten.

Zur Verdeutlichung dazu einige Beispiele:

1. **Die Schwangerschaftsvorsorge** dient einerseits der »Sorge« um kindliches und mütterliches Wohlbefinden. Sie definiert andererseits Schwangerschaft als einen risikoreichen und kontrollbedürftigen Zustand – und leistet damit der Pathologisierung von Schwangerschaft Vorschub. Ein Mutterpaß wie ein Autopflegescheckheft oder die TÜV-Plakette unterstreicht diesen Eindruck.
2. **Die Pränataldiagnostik** wird immer weiter ausgefeilt, um Auffälligkeiten beim Ungeborenen zu entdecken. Damit weckt sie Erwartungen an die Planbarkeit eines gesundes Kindes – weckt eine Illusion, die sie nicht einhalten kann, die aber Frauen mehr und mehr verführt, sich allen möglichen Untersuchungen zu unterwerfen.
3. **Mutterschaft** wird einerseits idealisiert und verklärt, damit Mütter gratis die gesellschaftlich notwendige Aufgabe der Kindererziehung erfüllen. Gleichzeitig wird ihnen für jedes Kind, das vor dem 1.1.1992 geboren wurde, nur ein einziges Jahr Kindererziehungszeit bei der Rente angerechnet, für Kinder, die danach geboren wurden, werden je 3 Jahre angerechnet. Frauen müssen fast ihren gesamten Teilzeitlohn für einen Kindergartenplatz aufwenden und sich mit ständig wechselnden Schulzeiten herumschlagen, die eine regelmäßige Berufstätigkeit erschweren. Das heißt, Müttern wird es als Privatpersonen überlassen, wie sie mit dieser gesellschaftlichen Aufgabe fertigwerden.

#### **Wir werden uns auf dieser Tagung beschäftigen**

- mit der historischen Herleitung und kulturvergleichenden Analyse des gesellschaftlichen Umgangs mit Fruchtbarkeit,
- mit den Wertmaßstäben im Schwangerschaftskonflikt,
- mit den Leitbildern und Auswirkungen der heute entwickelten Vorsorgesysteme,
- mit dem Muttersein im Kontext weiblicher Lebensentwürfe und gesellschaftlicher Widersprüche,
- mit den politischen Rahmenbedingungen des Mutterwerdens und Mutterseins.

Die berufliche Interdisziplinarität der Referentinnen und aller Themen dieser Tagung ist Methode und Ziel zugleich: Normalerweise denken wir fachkonform, sind in eigenen Kategorien gefangen; berufliches Handeln findet eher in Abgrenzung zu anderen Fachrichtungen statt. Die Komplexität des Geschehens Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft verlangt jedoch, ihren Zusammenhang wieder erkennbar herzustellen. Aber es ist nicht der Normalfall, daß etwa Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Hebammen zusammensitzen, um ein komplexes gesellschaftliches Geschehen zu besprechen, in dem alle Anwesenden sich auch als Akteure und Akteurinnen mit einem dem Berufsbild impliziten Selbstverständnis erkennen.

Wir kommen nicht mit fertigen Antworten, sondern mit neuen Fragestellungen und mit neuen Blickwinkeln für einen gemeinsamen Lernprozeß. Wir stellen einen Raum her für das öffentliche Gespräch zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft, den es sonst nicht ausreichend gibt. Wir bewegen uns mit zahlreichen Themen dieser Tagung zwischen Realität und Vision.

Wir wollen mit unseren Diskussionen Impulse geben für politisches Handeln. Eine meiner Visionen ist, daß die Fachwelt, Forschung und Technik, aber auch die Frauen selbst wieder das Normale, Schöne und Alltägliche einer Schwangerschaft und Geburt sehen.

Ich hoffe, daß wir mit den Einsichten, die wir uns auf dieser Tagung erarbeiten werden, im beruflichen, politischen und privaten Leben Einfluß nehmen können und die gesellschaftliche Brisanz verdeutlichen können.

Christine Wischer, Senatorin für Frauen, Gesundheit,  
Jugend, Soziales und Umweltschutz

## **Begrüßung**

Ich freue mich, die Gelegenheit zu haben, heute die Tagung ›Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft‹ eröffnen zu können und darf Sie als Gesundheits-, aber auch als Frauensensorin ganz herzlich in Bremen begrüßen.

Die vielschichtig deutbare erste Zeile des Titels der heute beginnenden Tagung ›Unter anderen Umständen‹ wirft natürlich die Frage auf, welche anderen Umstände von Frauen – und vielleicht auch von Männern – in anderen Umständen gewünscht werden und worin die Kritik am heutigen Umgang mit den so genannten anderen Umständen besteht. Der Zusatz ›Mutter werden in dieser Gesellschaft‹ läßt ahnen, daß diese Gesellschaft und der Rahmen, den diese Gesellschaft bietet, vielleicht Defizite und Probleme für Frauen, die Mütter werden oder sind, mit sich bringt.

Es fällt schwer, sich angesichts der Komplexität der bereits im Tagungstitel angedeuteten Fragestellungen zu beschränken. Es müßten eine Fülle sozialer, rechtlicher, psychologischer, gesellschaftlicher und medizinischer, ja, auch ethischer und moralischer Aspekte erörtert oder zumindest benannt werden, wollte man dieser Komplexität auch nur annähernd gerecht werden.

Sie werden in den kommenden Tagen Gelegenheit haben, sich rund um das Thema Schwangerschaft und Mutterschaft mit all diesen unterschiedlichen Facetten auseinanderzusetzen. Mir bleiben nur wenige Minuten, um Ihnen deutlich zu machen, für wie wichtig, ja zentral ich die von dieser Tagung behandelten Fragestellungen halte. Deshalb werde ich mich auf einige gesundheitspolitische Aspekte beschränken und bitte Sie, dies nicht als Mißachtung der anderen Aspekte zu verstehen.

In den letzten zwanzig Jahren wurden deutliche Erfolge in der Senkung von Mütter- und Säuglingssterblichkeit erzielt, die sich zum einen auf verbesserte Lebensumstände, zum anderen aber auch auf sich ständig weiterentwickelnde medizinische Möglichkeiten in der

Schwangerenvorsorge und in der Behandlung auftretender Komplikationen für Mutter und Kind während und nach der Schwangerschaft zurückführen lassen.

Die medizinischen Leistungen in der Schwangerenvorsorge wurden in diesen zwanzig Jahren erheblich ausgeweitet. Ich möchte nur z. B. auf die Einführung amnioskopischer und kardiotokographischer Untersuchungen, auf Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen, serologische Untersuchungen, auf Infektionen und vieles mehr hinweisen.

Erst kürzlich wurde durch die Änderung der Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Reihe weiterer Untersuchungen eingeführt, wie z. B. eine Screening-Untersuchung auf Chlamydien und Hepatitis B.

Im Deutschen Ärzteblatt vom Juli 1996 wird der »Risikokatalog« als Kernstück des Mutterpasses bezeichnet und – Zitat: »entsprechend der Bedeutung der Ultraschalldiagnostik als Kernleistung der Schwangerenbetreuung« wurde der Darstellung von Ultraschalluntersuchungen außerordentlich breiter Raum eingeräumt. Die bisher vorgesehenen zwei Ultraschalluntersuchungen wurden auf drei ausgeweitet, und es wurde die Möglichkeit eröffnet, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen durchzuführen, wenn auffällige Befunde – und dazu gehören auch geringfügige sogenannte »Normabweichungen« – abzuklären sind.

Unter der Überschrift »Allgemeines« der zitierten Mutterschaftsrichtlinien heißt es: »Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.«

So weit so gut. Es stimmt mich jedoch nachdenklich, daß mittlerweile über 40% der schwangeren Frauen in Bremen laut Perinatalstatistik als »Risikoschwangere« gelten, während zum Beispiel in den Niederlanden lediglich 20% der Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften eingestuft werden. Ist das Risiko, in Bremen Mutter zu werden größer als in den Niederlanden? Ich kenne die Meinung, daß diese hohe Zahl abrechnungsbedingt zustande kommen soll.

Es muß jedoch jede schwangere Frau sehr verunsichern, wenn eine Schwangerschaft, bei der Gefühle freudiger Hoffnung natürlich auch immer von Verunsicherungen und Ängsten begleitet werden, von einem Experten oder einer Expertin per se als ein riskanter Zustand betrachtet

wird. Mit dieser Umdeutung eines an sich natürlichen Geschehens geht sofort einher, daß »das von Gefahren bedrohte Kind« in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt und die Frau mit der Verantwortung für ein gesundes Wachstum des werdenden Lebens beladen wird. Man könnte fast den Eindruck gewinnen, daß die Schwangerschaft wie eine Krankheit behandelt wird. Die eigenen Bedürfnisse und Ansprüche der Frauen treten bei einer solchen Betrachtung oftmals in den Hintergrund.

Meines Erachtens hat diese Akzentuierung auf einen »risikobehafteten medizinischen Vorgang« auch über die Schwangerschaft hinaus große Bedeutung für die Frauen bei der Identitätsbildung als Mutter. Sind in der Schwangerschaft bereits Tendenzen der Entmutigung und Verunsicherung vorherrschend, wird es schwer, selbstbewußt diese Identität als Mutter zu entwickeln und sich auch – besonders bei den so genannten Erstgebärenden – sicher im Umgang mit dem Kind zu verhalten. Im übrigen sind dafür die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eben auch nicht immer förderlich.

Nun geht es mir keineswegs darum, die medizinische Schwangerenvorsorge generell in Frage zu stellen. Sie ist ohne Zweifel ein Gewinn. Aber es scheint mir wichtig – wie in vielen anderen Bereichen der Medizin – nicht zu ignorieren, daß die Anwendung neuer Technologien immer neben dem Nutzen auch Gefahren in sich bergen können. Und es scheint mir ferner zum Teil vernachlässigt zu werden, daß diese Technologien neben den Folgen für den einzelnen auch weit darüber hinaus Wirkungen entfalten, welche wiederum für die Wertauffassung unserer Gesellschaft nachhaltig prägend wirken können.

Insbesondere am Beispiel der vorgeburtlichen Diagnostik wird dies für mich offensichtlich. Die Ultraschalluntersuchung und zunehmend auch andere Maßnahmen der Pränataldiagnostik wie der Triple-Test, die Amniocentese oder die Chorionzottenbiopsie werden sehr viel häufiger durchgeführt und auch von schwangeren Frauen häufiger gewünscht, als dies bei Einführung dieser Methoden absehbar war.

Auch wenn medizinische Angebote das Bedürfnis nach freier Selbstbestimmung unterstützen und dazu beitragen können, Gesundheit und persönliches Wohlergehen sicherzustellen, so entsteht dadurch schnell eine breite Nachfrage, die mit zum Teil sehr hohen Erwartungen verbunden ist.

Durch vorgeburtliche Diagnostik wird heute oft die Erwartung geweckt, daß durch sie so etwas wie eine »Garantie« für ein gesundes Kind gegeben wird. Die Natur wird zunehmend als Handicap gesehen, von dem wir uns mit Hilfe medizinischer Technologien befreien können. Doch dies ist ein Trugschluß. Denn trotz ausgereifter medizinischer Diagnostik in der Schwangerenvorsorge klafft nach wie vor eine große Lücke zwischen diagnostizierbaren Störungen und Erkrankungen und den Möglichkeiten, diese überhaupt zu behandeln: Es gibt Störungen und Fehlbildungen, die – werden sie rechtzeitig erkannt – durch medizinische Interventionen behandelt werden können. Bei solchen Störungen und Fehlbildungen entfaltet die Pränatalmedizin auch ihren direkten präventiven und therapeutischen Nutzen.

Wird aber zum Beispiel durch eine Fruchtwasseranalyse eine Trisomie 21 – ein Down-Syndrom – beim Fötus festgestellt, so steht die Frau lediglich vor der Wahl, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen oder die Schwangerschaft vorzeitig zu beenden. Eine Möglichkeit, diese Chromosomenveränderung zu beheben, gibt es derzeit nicht!

Die aus solch einer Diagnose gezogenen Konsequenzen und der Entscheidungsfindungsprozeß führen uns auf einen schmalen Grad und sind nicht nur individuell geprägt, sondern werden auch von gesellschaftlichen Bedingungen, wie der Akzeptanz von Behinderung, den Versorgungsmöglichkeiten für fehlgebildete Kinder und der Unterstützung von Frauen und Familien im Leben mit einem behinderten Kind maßgeblich bestimmt.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch einmal betonen, daß für mich bei der Anwendung neuer diagnostischer Methoden im Hinblick auf ihren Nutzen auch immer die Frage, wem sie nützen und welche Auswirkungen sie auf das Individuum, aber auch auf die Gesellschaft haben, gestellt werden muß.

Die Möglichkeiten der Medizin werden immer vielfältiger, die Anwendung diagnostischer Maßnahmen immer selbstverständlicher, und ich meine, man muß sich wie bei anderen Entwicklungen auch fragen, wie man mit den neuen Erkenntnissen und Möglichkeiten umgeht.

Ich möchte an dieser Stelle nur kurz als Beispiel anführen, daß die Möglichkeit der frühen Geschlechtsbestimmung in einigen Ländern, so z. B. in Indien, schon dazu geführt hat, daß oft nur noch – salopp gesagt – nach Programm geboren wird. Weibliche Föten werden abgetrieben, weil sie unerwünscht sind.



Wir werden uns in solchen Zusammenhängen unweigerlich auch die Frage nach den ethischen Grenzen stellen müssen. Und wer setzt die Orientierungspunkte, die Wertmaßstäbe für das, was wir tun dürfen und das, was wir unterlassen müssen?

Sie stimmen mit mir sicher darin überein, daß wir heute bei weitem nicht alles das machen und zulassen dürfen, was technisch möglich ist. Die Leitlinien, an denen sich unser Handeln orientiert, müssen von einer breiteren gesellschaftlichen Basis definiert, mitgetragen, nötigenfalls korrigiert und gegebenenfalls auch gesetzlich geregelt werden, wie dies zum Beispiel durch das Embryonenschutzgesetz bereits geschehen ist.

Dies setzt allerdings einen offenen, alle gesellschaftlichen Gruppen einbeziehenden Diskurs voraus. Ich halte es für dringend notwendig, daß man sich in weitaus stärkerem Maß, als dies bisher üblich ist, in einem interdisziplinären Dialog mit diesen Fragen auseinandersetzt. Ansonsten besteht die Gefahr, daß die zum Teil rasanten Entwicklungen in ihren Auswirkungen auf den einzelnen Menschen, aber auch auf die Gesellschaft, nicht mehr steuerbar sind und uns überrollen.

Angesichts eben dieser rasanten Entwicklungen kann es auch geschehen, daß infolge eines Machbarkeitswahns das Wohl des Menschen in den Hintergrund gerät oder wirtschaftliche Erwägungen oder wissenschaftliche Interessen vorrangig werden. Unsere Medizin ist, verallgemeinernd gesagt, angebotsorientiert und nicht – wie es eigentlich sein sollte – bedarfsorientiert ausgerichtet. Und dies betrifft meines Erachtens auch die Schwangerenversorgung.

Effizienzsteigerung und wissenschaftliche Fortschritte in der Medizin haben sich an den Interessen und Bedürfnissen derjenigen zu orientieren, denen sie helfen sollen. Wir wissen sehr wohl, daß dieses Leitbild allzu oft einem Geflecht unterschiedlicher Einflüsse unterliegt – um so mehr brauchen wir den fachlichen und den öffentlichen Diskurs über diese Fragen. Es kann allerdings nicht darum gehen, einen Katalog an Anforderungen aufzustellen, der, wenn er nur befolgt wird, den idealen Arzt und die perfekte Medizin zur Folge hat. Es geht mir vielmehr darum, daß wir immer wieder auf's Neue auch in der Medizin um das richtige Maß für unsere Handlungen ringen und den Menschen – wieder – in den Mittelpunkt unserer Handlungen stellen.

Auch vor dem Hintergrund der letztgenannten Aspekte freue ich mich außerordentlich über die heute beginnende Tagung ›Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft«, denn ich verspreche mir davon eben genau dieses: Das Rückbesinnen auf das Wohl des einzelnen, die kritische Reflexion individueller und gesellschaftlicher Auswirkungen der Medizin hier am Beispiel der Schwangerschaft und vor allem den interdisziplinären Austausch zwischen allen Fachdisziplinen, die in ihrem Berufsalltag mit schwangeren Frauen zu tun haben. Und es gehört zu den Besonderheiten dieser Tagung, daß ganz bewußt genau diese Interdisziplinarität organisiert wurde. Aus meiner Sicht bietet sich damit die Chance, das Verhältnis der Berufsgruppen zueinander zu reflektieren, vielleicht sogar neu zu definieren. Eine zentrale Frage wird dabei sicher das Verhältnis von Hebamme und Arzt oder Ärztin, unter Einbeziehung der Geburtsvorbereiterinnen, darstellen.

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei denen bedanken, die diese Tagung engagiert inhaltlich und organisatorisch vorbereitet haben und die, wie dem sehr ausgearbeiteten Programmangebot unschwer zu entnehmen ist, viel Mühe darauf verwendet haben. Ich wünsche Ihnen, daß diese Tagung erfolgreich verläuft, neue Impulse gibt und vor allem auch über diese drei Tage hinaus Wirkung entfaltet.

## **Frauen und Gesundheit – Frauen tragen Verantwortung**

Zunächst begrüße ich es, daß Sie den Veranstaltungsort in die Räumlichkeiten der Universität verlegt haben. Denn das Thema dieses Kongresses gehört zu denjenigen, deren Weiterentwicklung des Wissens nicht allein von Experten und Spezialisten einer Disziplin abhängig ist, sondern ganzheitlich erfolgen muß. Allzu lange haben wir Wissenschaft nur noch daran gemessen, welchen Grad wachsender Spezialisierung sie uns bietet. Und gleichermaßen allzu lange haben wir die Notwendigkeit des Dialogs, der Zusammenarbeit der Experten mit den sogenannten »Laien« verkannt. Dies gilt auch für die Bewertung dessen, was Hebammen, Beraterinnen, Ärztinnen tun – ich wünsche mir übrigens sehr, daß gerade die Berufsgruppe der Ärztinnen mit den »Nicht-Ärztinnen« in engeren Kontakt kommt. Und dies bedeutet konkret auch, daß wir die Fragen: »Wer hat welchen Status und was passiert in der Hierarchie, wenn wir zu eng zusammenarbeiten und wer nimmt dem anderen etwas?« überwinden im Sinne eines Netzwerkes, denn nur so können wir auch Meinungen und Wissen »von außen«, ja »ein Stück Querdenken« produktiv in die Arbeit miteinbringen.

Ich bin davon überzeugt, daß z. B. Gynäkologen und Gynäkologinnen sehr viel von Hebammen lernen können und umgekehrt die Hebammen auch. Voraussetzung dafür ist, daß man sich nicht abschottet, nicht nach einer strengen Hierarchie und fachlichen Funktionsteilung arbeitet.

Im folgenden geht es mir bei der Thematik ›Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft‹ zunächst um die Bedeutung der Mutterschaft in der historisch/kulturellen Entwicklung. Ich denke, daß selbst die radikalen Feministinnen sich nicht haben vorstellen können, daß wir Mitte der 90er Jahre die Frage diskutieren, wieviel Kinder wir denn überhaupt in dieser Gesellschaft noch haben werden. Denn die Geburtenrate sinkt stetig – in den Städten noch mehr als auf dem Land. Und auch zu den Erfahrungen mit dem wiedervereinigten Deutschland gehört, daß es viele Gemeinden gibt, in denen seit Jahren kaum Kinder

geboren wurden. Damit ist der kulturelle Einschnitt weitaus gravierender, als wir es zum jetzigen Zeitpunkt überschauen können. Es hat nicht nur Auswirkungen auf unsere Renten, sondern es hat immense Auswirkungen auf Erfahrung und Lebenshaltung von Menschen. Deswegen ist das Thema Gesundheit gerade von Frauen anders behandelt und angegangen worden, als in der modernen medizinischen Wissenschaft. Dieser Ansatz von Frauen hatte eine große und wichtige Rolle in der Gesundheit vor Aufkommen der naturwissenschaftlichen Medizin. Ihr Einfluß ging deutlich zurück, als die naturwissenschaftliche Medizin sich fest etablierte. Damit veränderte sich aber auch die Sicht auf den Menschen: Er wurde zum Objekt der Wissenschaft mit allen Trennungen zwischen der forschenden Medizin und dem behandelnden Arzt, also der kurativen Medizin, gewiß auch mit großen medizinischen Fortschritten.

Und dennoch: Frauen haben früh Verantwortung im Gesundheitsbereich übernommen und einiges bewirkt.

Was sind die wichtigsten Etappen in diesem Bereich in den letzten beiden Jahrzehnten?

Ich möchte zu Beginn eine persönliche Erfahrung einbringen, die ich als Bundesgesundheitsministerin gemacht habe: Ich interessierte mich besonders für das Thema »Frauen und Gesundheit« und wollte wissen, welchen Stellenwert diese Thematik in dem seit 1978 bestehenden Programm »Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit« hat. Wie kommen die Frauen in der Gesundheitsforschung vor? Dabei nahmen Fertilitätsfragen den größten Raum ein. Doch die Frauen kamen in diesem Programm nicht vor. Auch meine weiteren Nachforschungen bei den Programmen der WHO erbrachten für den Bereich »Frauen und Gesundheit« nur eine minimale Ausbeute. Allerdings hat sich seit Mitte der 80er eine Trendwende – zumindest in der Theorie, sei es in den Programmen, sei es in der Literatur – abgezeichnet. Ein Problem besteht aber auch heute noch in dem Tatbestand, wie wir die Einbindung von Frauen, ihre Erfahrungen und Sichtweisen, im Gesundheitsbereich praktisch umsetzen, was an Initiativen durch eine andere Blickrichtung, auch unterstützt von männlichen Forschern, Platz greift oder ob sich diese Tendenz wieder zurückentwickelt.

Was war das Wichtige, das Besondere, was Frauen in den Gesundheitsbereich eingebracht haben?

Die Frauen haben einen entscheidenden Anteil an dem gedanklichen Konzept der präventiven und ganzheitlichen Gesundheitspolitik. Dies ist lange Zeit aus der Ärzteschaft gering geschätzt und eher abgelehnt worden. Und die Entwicklung bestätigt, wie wichtig Prävention geworden ist. Wenn Sie die letzten zwanzig, dreißig Jahre verfolgen, dann erkennen Sie, welchen Stellenwert die Prävention in den 70er, in den 80er Jahren hatte und welchen sie heute in den 90er Jahren hat – er ist gewaltig gewachsen, und heute gilt die Prävention als wichtigste Säule zur Erhaltung der Gesundheit.

Frauen haben einen entscheidenden Anteil an ganzheitlicher Medizin. Durchgesetzt hat sie sich bisher nur in Ansätzen. Aber die Forderung, bei aller Spezialisierung den Menschen nicht nur auf seine Organe, Organteile bis hin zu seinen kleinsten Zellbereichen zu reduzieren, sondern ihn als Ganzes im Zusammenhang zu sehen, wird immer lauter. Damit verbunden ist aber auch die Öffnung der Schulmedizin für andere therapeutische Ansätze. Ich nenne als Stichwort »Naturheilverfahren«. Auch in diesem Bereich – ähnlich wie bei der Kombination Psychologie und Medizin – haben wir es eher noch mit einem »Kriegsfeld« anstatt eines Kooperationsfeldes zu tun. Dabei haben wir in vielen Bereichen gerade mit alternativen Formen Wirkungen erzielt, die sich später auch mit den Mitteln der »herkömmlichen« Wissenschaft in Grenzen oder völlig nachweisen lassen. Eine Verengung auf eine einzelne Methode oder auf einen einzigen Weg ist hier fehl am Platz.

Glücklicherweise erlebe ich immer wieder, daß viele junge Mediziner und Medizinerinnen im asiatischen Bereich unterwegs sind und dort den Erfahrungsaustausch suchen. Dabei ist es wichtig, daß nicht nur europäische Medizin in die dortigen Länder getragen wird, sondern daß wir auch von den dort Arbeitenden lernen, ihre Methoden nutzen. Ich nenne als Stichwort »Akupunktur«. Zugegebenermaßen kann man damit auch »Schindluder« treiben, aber richtig ausgeführt ist sie eine nicht mehr aus der Heilbehandlung wegzudenkende Therapie. Oder ich nenne als Stichwort »Naturheilpflanzen«. Welches Wissen ist verfügbar, aber auch verlorengegangen? Was gewinnen wir zurück? Diese anderen Wege, das Hinterfragen – dies alles ist auch und gerade mit

der Frauenbewegung in Gang gekommen. Und es ist auch ein wichtiger Bestandteil in der Erkenntnis, daß nichts für immer gesichert ist. Im Gegenteil, wir befinden uns zur Zeit in einer Situation, in der die Dinge eingestuft werden, ob sie unbedingt notwendig und damit erhaltenswert sind oder als »deluxe« eingestuft und entsprechend zurückgenommen werden. Dabei besteht die große Gefahr, daß die Innovation verloren geht.

Frauen spüren das Existentielle. Sie spüren das Leben als etwas Kreatürliches, als das größte Risiko, als ein Abenteuer, was einer Entdeckung gleichkommt. Ich selbst habe die Schwangerschaft als eine große Entdeckung erfahren, als eine Zeit kreativen Lebens, als eine Erweiterung, auch eine Erfahrung, was es eigentlich bedeutet, Lebens-trägerin zu sein. Trotzdem gibt es mehr denn je Friktionen bei den jungen Frauen.

Auch wenn heute vieles in der Öffentlichkeit als natürlich empfunden wird, was früher undenkbar war – nehmen Sie z. B. das Stillen – so darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, daß das, was in den Köpfen und in den Gefühlen jüngerer Frauen vorgeht, anders ist.

Heute fragen sich immer mehr Frauen, ob sie überhaupt Kinder bekommen können. Wir haben noch nie einen so hohen Anteil an Unfruchtbarkeit verzeichnet. Er liegt derzeit über 20 %. Müssen wir uns damit abfinden? Muß Mutterschaft zum Druck- und Streßfaktor werden, muß sie zu einem Problemfall werden, zu einem gut geplanten »Zwischenfall« irgendwo zwischen Ausbildung und Berufsantritt, oder soll sie nach Möglichkeit vermieden werden? Und was passiert, wenn ich wirklich den Erziehungsurlaub in voller Länge in Anspruch nehme oder nur für eine befristete Zeit? Was bedeutet das für das Kind?

Mit allen diesen Fragen möchte ich verdeutlichen, daß heute Schwangerschaft und Mutterschaft mit Konflikten verbunden sind, die früher in dieser Form nicht vorhanden waren. Die Situation ist für viele belastend und voller Anspannung. Das, was eigentlich – bei allen Beeinträchtigungen im körperlichen Befinden – dennoch schön sein könnte, wird erheblich geschmälert.

Und hinzu kommt dann noch der zeitliche Druck. Mehr als ein Drittel der Kinder werden nach dem dreißigsten Lebensjahr der Mutter geboren, vielfach wird der Kinderwunsch noch weiter hinausgeschoben. Und mit zunehmendem Alter der Mutter stellt sich dann wieder

die Frage nach dem Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind. Unbestritten haben die Verhütungsmittel den Frauen eine Vielzahl von Entscheidungssituationen eröffnet. Aber diese Wahlmöglichkeiten haben ein janusköpfiges Gesicht. Sie sind einerseits Teil der Selbstbestimmung und werden deshalb unbedingt befürwortet, und andererseits beinhalten sie auch das Belastende, oft Quälende der Entscheidungsmöglichkeiten. Und es ist nicht nur eine Entscheidung, sondern eine Kette von Entscheidungen: Für viele bedeutet Schwangerschaft – trotz der positiven Veränderungen in den letzten Jahrzehnten – noch immer ein Stück Verstecken und Tabuisierung in der Öffentlichkeit. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Erwerbstätigkeit, nicht nur gegenüber den Vorgesetzten, sondern auch gegenüber den Kollegen und Kolleginnen.

Lassen Sie mich kurz auf den Bereich der pränatalen Diagnostik eingehen, den Sie ja hier als Schwerpunkt auf dem Kongreß behandeln.

Auch dieser Bereich ist janusköpfig. Er erinnert mich an Platon im Höhlengleichnis. Wir wollen wissen, aber das Wissen ist zugleich auch eine Belastung und stellt uns wiederum vor Entscheidungen, die wir häufig in der Gesellschaft rechtfertigen müssen. Machen wir uns nichts vor: Unsere Gesellschaft lebt mehr und mehr davon zu sagen: »Ein behindertes Kind oder ein drittes oder ein viertes Kind muß ja nicht mehr sein. Dann ist die Betroffene selbst schuld. Wer das so gewollt hat, der muß auch sehen, wie er damit zurecht kommt.« Dies ist eine völlig neue Situation im Vergleich zur Jahrhundertwende, wo alle mit Kindern lebten im Sinne von Thomas Mann: »Kinder hat man zu haben«.

Auch heute ist im Bewußtsein fest verankert, daß die Gesellschaft Kinder braucht. Aber niemand möchte mit dem Vorgang irgendeine Belästigungen oder Belastungen hinnehmen. Unzählige Arbeitgeber fragen sich doch bei schwangeren Mitarbeiterinnen: »Was kostet sie, wenn ich sie weiter beschäftige? Wieviel Produktivität bringt sie mir? Ist eine Mutter nicht doch viel mehr mit den Gedanken zu Hause und weniger konzentriert auf den Betrieb?«

Angesichts dieser Tatbestände ist meine Aussage eine doppelte, weil es eine gesellschaftliche und eine politische ist:

Wir würden uns politisch maßlos übernehmen, wenn wir meinten, die Politik allein könnte die Fehlbewertungen in der Gesellschaft

umgestalten. Ein ganz wesentlicher Teil ist das Umdenken in der Gesellschaft selbst. Darin muß aber die Politik eine Leitfunktion einnehmen. Hier liegt derzeit eine außerordentliche Schwierigkeit. Wir erfahren zur Zeit wieder einmal, wie problematisch es ist, in bezug auf Frauen unsere Botschaften und Forderungen zu platzieren, daß sie angehört, ernst genommen und zu einem zentralen Thema gemacht werden. Solange wir die Diskussion um den Standort Deutschland primär auf den Wirtschaftsstandort Deutschland reduzieren, ist dies unzulänglich und unverantwortlich, weil es nämlich um den Lebensstandort Deutschland geht. Unsere Zukunftschancen in diesem Lande hängen in entscheidendem Maße von unseren Mentalitäten, von unseren Werteeinstellungen, von unserem Miteinander ab. Und wenn wir hier Korrekturen vornehmen, werden wir auch die Probleme in den anderen Teilbereichen, wie z. B. in der Wirtschaft, meistern. Denn der Rückgang der Geburtenrate hat nicht erst in der jüngsten Rezessionsphase begonnen, sondern er hat inmitten des Wohlstands massiv eingesetzt und hat damit die Werteveränderung besonders verdeutlicht. Die Frage von Empfängnis, Lebensentwicklung, Geburt und Sorge für die Geborenen ist eng verknüpft mit unseren Vorstellungen von der Zukunft, ob wir inmitten von Hoffnung Leben annehmen und weitergeben und dabei in der Gesellschaft Unterstützung und Wertschätzung erfahren. Wenn ich gerade über das breite Spektrum an Schwierigkeiten vor und während Schwangerschaft und Mutterschaft gesprochen habe, dann muß ich hier auch die Frage stellen: »Wie begleiten wir Schwangerschaft und Mutterschaft? Welche Hilfestellungen können wir geben?«

Als besonders wichtig erachte ich, schon vor der Schwangerschaft mit der vorsorgenden Tätigkeit einzusetzen. Es muß deutlich gemacht werden, daß es um mehr geht, als um medizinische Aspekte. Wenn sich die Sorge und Begleitung ausschließlich auf Vermeidung von Kindersterblichkeit und Gesundheitsgefährdung der Schwangeren reduzieren, dann ist dies viel zu wenig. Vorsorge heute bedeutet Begleitung und Ansprechpartner für die werdende Mutter mit allen ihren Fragen, Ängsten und Hoffnungen. Und auch hier kehrt der ganzheitliche Ansatz wieder. Was mir wichtig ist, daß Sie alle mithelfen, das verquerte Denken wieder in die richtigen Bahnen zu lenken. Damit meine ich keineswegs die Geringschätzung und Problematisierung der modernen medizinischen Wissenschaft und auch keineswegs die



Absage an die hervorragenden Möglichkeiten der kurativen Medizin. Entscheidend ist, daß wir uns aus der Verengung lösen, daß wir endlich wieder beginnen, Menschen mit ihren Schwächen und Stärken in den Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns zu stellen. Der Mensch ist ein komplexes Wesen. Deshalb müssen wir auch im Gesundheitsbereich den Menschen als ein Ganzes mit seinem Umfeld erfassen. Und das gilt nicht nur für Schwangerschaft und Mutterschaft. Ich nenne als Beispiele die vielen Selbsthilfegruppen, die zu Beginn ihrer Arbeit auf harsche Kritik gestoßen sind. Gerade bei den unheilbaren Krankheiten leisten sie eine wertvolle Begleitung für den Kranken und seine Familie, in schwierigen Krisenzeiten leisten sie Beistand in seelischer und körperlicher Not. Heute sind die Selbsthilfegruppen längst allgemein anerkannt und unverzichtbar.

Deswegen halte ich es für wichtig, daß wir diesen ganzheitlichen Denkansatz verstärkt in die Politik tragen müssen, damit nicht gerade bei den innovativsten Bereichen die Kürzungen angesetzt werden. Wer zum Beispiel bei der Prävention einsparen will, der denkt kurzfristig und einseitig. Und gerade die Vernetzung der verschiedenen Bereiche ist ein Denken, das gerade Frauen in aller Welt empfinden und auch praktizieren. Ich nehme als Beispiel die Beziehung von Gesundheit und Umwelt. Gesundheit und Umwelt gehören aufs engste zusammen – in einem ökologischen, sozialen und räumlichen Sinne. Und es sind gerade die Frauen aus den ärmsten Staaten der Welt, die sich um Gesundheit und Umwelt kümmern. Die UNO hat in der Zwischenzeit erkannt, daß sie ohne die Frauen die Probleme überhaupt nicht mehr lösen kann. Dies gilt auch für den Bereich der Gesundheit. Nur mit ihrer Beteiligung, mit ihren Ideen und Ansätzen ist es machbar, auch ein Mehr an Gesundheit für diejenigen zu erreichen, denen dies bislang vorenthalten wird.

Ich freue mich, daß Sie durch unterschiedliche Fragestellungen dem Thema Ihres Kongresses andere Zugangsformen verschafft haben. Wichtig ist dabei, neben der politischen Botschaft, Ihnen weiterhin Begleitung und Hilfestellung in diesem wichtigen Arbeitsbereich zu ermöglichen, daß Sie sich öffnen für neue Kooperationen, daß Sie statt der Frage, wer hat den höchsten Grad der Kompetenz, die Frage, welche unterschiedlichen Kompetenzen und Fähigkeiten bringen wir ein, in den Mittelpunkt stellen.



## Vorträge



Colette Mergeay **Schöpfungs-Geschichte – Zur Entwicklung des gesellschaftlichen Umganges mit Gebären und Geboren werden**

Das Vermögen, ein Kind im eigenen Leib wachsen zu lassen, es zu gebären und nach der Geburt vom eigenen Leib zu ernähren, war und ist – nicht nur für den Erhalt der Gemeinschaften – konstitutiv: Es strukturierte zudem die frühen menschlichen Gruppen und hatte eine orientierende Qualität bei der Beschäftigung der Menschen mit den Fragen nach Leben und Tod. So stand es auch »natürlich« im Zentrum des kulturellen Lebens. Denn, wie Carola Meyer-Seethaler bemerkt: »Während niemand mit Sicherheit weiß, wohin das rätselhafte Tor des Todes führt, kannte man von Anbeginn als den Ort des werdenden Lebens und als das Tor der Geburt den weiblichen Schoß (...). Deshalb steht am Beginn der menschlichen Kultur die Verehrung des Weiblichen als des Numinosen, welches das Geheimnis des Lebens birgt.«<sup>1</sup>

Dieser Zusammenhang wird schon in den Kunst- und Kulturformen der Eiszeitmenschen offenkundig, wie etwa bei der vor 15 000 Jahren in einen Höhleneingang gemeißelten »Venus von Laussel« oder bei der »Venus von Willendorf«. Lange Zeit wurde in der archäologischen Forschung eine solche Verehrung des Weiblichen damit erklärt, daß der Zusammenhang zwischen dem männlichen Anteil an der Zeugung und der Entstehung des Lebens den Menschen noch unbekannt gewesen sei. Nach den Funden von Catal Hüyük und den Arbeiten von Maria Gimbutas besteht inzwischen jedoch kaum noch ein Zweifel darüber, daß dieser Zusammenhang sehr wohl bekannt war und die männliche Kraft entsprechend betont und verehrt wurde – allerdings ohne, daß dieses Wissen die kultische, zentrale Bedeutung des Magisch-Mütterlichen relativiert hätte.

Diese besondere Kraft, welche die Frühkulturen mit dem Weiblichen in Verbindung brachten, können wir heute noch an ihren vielfältigen Bildnissen der Muttergöttin nachempfinden. So zeichnet sich die Macht (im ursprünglichen Sinn von Vermögen, Fähigkeit) der ägyptischen Göttin Isis nicht als Herrschaft über Menschen, sondern dadurch aus, daß sie ein Kind trägt und stillt. Isis Schoß wird zum Thron für den König. Durch Isis Schoß erhält der Pharao seine Macht.

Doch mit zunehmendem Streben nach Naturbeherrschung entwickelte sich auch ein Denken, das die weibliche lebensvermittelnde Kraft umdeutete und bemüht war, das Schöpferische vom weiblichen Lebensrhythmus zu lösen. So gibt es in der Bibel, in der sich unsere kulturelle Entwicklung ausdrückt und welche diese zugleich maßgebend geprägt hat, zwei Berichte über die Entstehung der Menschen. Während es in dem einen heißt: »Und Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde, zum Bilde Gottes schuf er ihn; und schuf sie als Mann und Weib«, werden im späteren Bericht Mann und Frau nacheinander erschaffen: zunächst Adam als »Der Mensch«: »Da machte Gott der Herr den Menschen aus Erde und vom Acker und blies ihm den Odem des Lebens in seine Nase. Und so ward der Mensch ein lebendiges Wesen.«<sup>3</sup> Später, nachdem Adam in den Garten Eden gesetzt wurde, wird Eva erschaffen: »Und Gott, der Herr, baute ein Weib aus der Rippe, die er vom Menschen nahm, und brachte sie zu ihm. Da sprach der Mensch: ›Das ist doch Bein von meinem Bein und Fleisch von meinem Fleisch. Man wird sie Männin nennen, weil sie vom Manne genommen ist.«<sup>4</sup>

Diesem Bibelbericht zufolge schuf also Gott den Mann aus der Erde und die Frau aus dem Leibe des Mannes. So wurde die Realität, die wir alle erfahren haben, nämlich, daß wir aus dem Leib einer Frau stammen, verkehrt, und diese Verkehrung wiederum wird als Wahrheit über unsere Erfahrung gestellt. Und dennoch, obwohl dieser Schöpfungsbericht oft in der Kirchenlehre benutzt wurde, um die angebliche Minderwertigkeit der Frauen zu belegen<sup>5</sup>, bleibt diese »höhere Wahrheit« im wahrsten Sinne des Wortes unvorstellbar: So werden sowohl Eva als auch Adam immer mit einem Nabel dargestellt. Denn kein Mensch ist vorstellbar, ohne daß er in der Mitte seines Leibes das Zeichen der Verbindung zu seiner Mutter trägt.

### **Die Geburtshilfe lag immer in den Händen der Frauen**

An dem Ereignis und an dem Vermögen des Gebärens nehmen seit Menschengedenken die Hebammen teil. Die Geschichte des Gebärens ist die Geschichte der Geburtshilfe. Die Tätigkeit der Hebammen hatte dementsprechend eine besondere Bedeutung, lange bevor von einer Medizin im heutigen Sinne des Wortes die Rede sein konnte. Die Hebammen verfügten über Erfahrungen, die sie von Generation zu Generation in mündlicher Tradition weitergaben. Sie hatten eine

besondere Stellung in den jeweiligen Gemeinschaften. Sie waren geachtet und gefürchtet, denn sie waren der Frauenheilkunde mächtig, zu der außer ihnen niemand Zugang hatte. Ihre manuellen Fähigkeiten und ihr Wissen über den Geburtsvorgang waren verbunden mit empirischen Kenntnissen von Pflanzen und Heilmitteln und der Wahrnehmung zyklischer Vorgänge. So beobachteten sie beispielsweise den Zusammenhang zwischen weiblichem Zyklus und Mondphasen wie auch zwischen Ebbe und Flut und dem Geburtsvorgang. Die praktische Umsetzung dieser Kenntnisse der Naturrhythmen war mit einem grundsätzlichen Verständnis der Geburt als magischer Teilhabe an kosmischen Naturkräften verbunden.

So begleiteten die Hebammen mit ihrem Können die Fähigkeit der gebärenden Frauen: die Macht der Hebammen unterstützte die Macht der Frauen. Auch den Medizinhistorikern ist diese Tatsache bekannt, wengleich sie von ihnen häufig negativ bewertet wird. So beschreibt zu Beginn unseres Jahrhunderts der Medizinprofessor E. Bumm die Entwicklung der Geburtshilfe mit folgenden Worten: »Es kam die Geburtshilfe im Lauf ihrer natürlichen Entwicklung von selbst und mit Notwendigkeit in die Hände der Frauen und blieb in ihren Händen viele Jahrhunderte lang ein Handwerk. Zur Wissenschaft konnte sie sich erst erheben, als die tausendjährigen Schranken, mit welchen Sitte und Gewohnheit den Geburtsakt umschlossen hielten, niederfielen und das gebärende Weib männlicher Tatkraft und Forschung zugänglich war.«<sup>6</sup>

### **Im Übergang vom Mittelalter zur Neuzeit**

erfuhr in der Tat die geburtshilfliche Tradition einen Bruch. In der Wissenschaft vollzog sich eine Entwicklung, in der sich eine neue Haltung gegenüber der Natur durchsetzte. Es ging um eine radikale Kampfansage des modernen Geistes gegen die – als unterdrückend, bedrohlich, einengend wahrgenommene – Allmacht der Natur. Das Weibliche, das als »das Numinose« verehrt worden war, »welches das Geheimnis des Lebens birgt«<sup>1</sup>, wurde aus eben diesem Grunde mit besonderer Vehemenz Objekt des neuen Strebens nach Naturbeherrschung. In diesem Zusammenhang ist im übrigen die Hexenverfolgung der Neuzeit zu verstehen: zur Hexe konnte jede Frau erklärt werden, da sie durch ihre Geschlechtszugehörigkeit an der Macht der Natur

teilhatte, die es nun zu bekämpfen galt. Es entwickelte sich ein wissenschaftliches Verständnis, das darauf ausgerichtet war, »der Natur ihre Geheimnisse zu entreißen«. <sup>7</sup> So heißt es bei Francis Bacon, der im Brockhaus als »Wegbereiter der Naturwissenschaft und Vorläufer des englischen Empirismus« beschrieben wird : »Zur weiteren Eindringung in die Geheimnisse der Natur (...) ist wahrhaftig nicht an dem Eintritt und dem Durchdringen in diese verschlossenen Plätze, so wie an der Rückkunft zu zweifeln, wenn man sich einzig die Untersuchung der Wahrheit vornimmt (...).« <sup>8</sup>

Um es in einem Vergleich zu verdeutlichen: Das Bild der Welt als (übrigens weiblicher) lebendiger Organismus wandelte sich zum Weltbild »Uhrwerk« oder »Mechanismus«.

Auch in der Heilkunde setzte sich das neue wissenschaftliche Verständnis durch. Aber in keinem Bereich der Medizin war die Entwicklung so tiefgreifend wie in der Frauenheilkunde. Die studierten Mediziner sahen folgerichtig die heilkundigen Frauen und vor allem die Hebammen als ihre ärgsten Konkurrentinnen an, die ihnen den Zugriff auf die Gebärenden versperrten. Dennoch, wie Bumm bemerkt, ist »leider von der Geburtshilfe in unserem Deutschen Vaterland bis 1700 nicht viel zu berichten. Männlicher Beistand wurde zu Entbindungen fast gar nicht gerufen, da die meisten Frauen in Deutschland eher sterben wollten, als von einem Arzt oder Chirurgen eine Operation an sich machen zu lassen. Unbeaufsichtigt konnten die Hebammen unter solchen Umständen tun, was sie wollten.« <sup>9</sup>

Offenkundig wehrten sich sowohl die Hebammen als auch die gebärenden Frauen gegen die ärztliche Aufsichtspflicht, die übrigens auch dazu dienen sollte, den ahnungslosen Buchmedizineren auf diese Weise Kenntnisse der Geburtshilfe zu verschaffen. Mit kriegerischem Vokabular beschreibt Bumm weiter: »Während die studierten Ärzte stolz beiseite stehen, unternehmen es die hiesigen maitres barbiers chirurgiens, die Alleinherrschaft der Hebammen im Gebärraum zu brechen und gelangen alsbald dahin, für ihre Tätigkeit ein neues, großes Gebiet zu erobern. Daß unter ihren Händen die Ausbildung der Geburtshilfe zunächst nur nach der operativen Seite hin geschah, kann ihren Verdienst nicht im mindesten schmälern. Als wahre Helfer in der Not mußten sich die Vorkämpfer männlicher Geburtshilfe ihren durch Zeit und Sitte fest eingesessenen Rivalinnen gegenüber erst bewährt haben.« <sup>10</sup>



Durch die Hebammenordnungen am Ende des Mittelalters verloren die Hebammen wichtige Kompetenzen. Indem die Geburtshilfe zur Obstetrik, die Frauenheilkunde zur Gynäkologie wurde, verblaßten oder verschwanden magische und ganzheitliche Aspekte ihrer Heilkunst. Dennoch: erst als die Gebäranstalten entstanden und gebärende Frauen – zum ersten Mal in der Geschichte der Menschheit – in Hospitälern von ausschließlich männlichen Ärzten behandelt wurden, geriet die Tradition der Geburtshilfe endgültig unter den Herrschaftsanspruch der neuen Medizin.

Für die gebärenden Frauen bedeutete dieses zunächst eine drastische Verschlechterung der Geburtsbedingungen. Seuchenartig raffte das Kindbettfieber, vor allem in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, einen hohen Prozentsatz der Wöchnerinnen hinweg. Die größeren Anstalten, besonders die mit der Ausbildung von Medizinstudenten betrauten, hatten eine höhere Sterblichkeitsrate zu verzeichnen als die kleineren Kliniken und Hebammenanstalten. Die Todesfälle schwankten zwischen zwei und fünfzig Prozent.

Im Laufe der weiteren Entwicklung der Geburtshilfe wurde die Schwangere in den Augen der Ärzte zunehmend zu einer Patientin. Der Anteil der Klinikentbindungen stieg weiter kontinuierlich an. Die Vorschrift, nach welcher die Einweisung einer Schwangeren zur Geburt in die Klinik nur bei einer zu erwartenden medizinischen Komplikation erfolgen sollte, wurde in den 60er Jahren unseres Jahrhunderts endgültig aufgehoben. Eine Folge war, daß die Zahl der freien niedergelassenen Hebammen sank, während sich zugleich immer mehr Hebammen in den Frauenkliniken anstellen ließen.<sup>11</sup>

### **... und heute?**

Im Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Kindheit kollidieren immer noch zwei grundsätzlich verschiedene Haltungen: Die kulturhistorisch frühere ist geprägt vom Vertrauen in die Bewegungsgesetze des Lebendigen. Die entsprechende Geburtshilfe versteht sich als Unterstützung und Begleitung des Geburtsvorganges. Die kulturhistorisch wesentlich spätere Haltung ist geprägt vom Mißtrauen gegenüber natürlichen Prozessen. Die entsprechende Geburtshilfe ist darauf ausgerichtet, den Geburtsvorgang »in den Griff« und »unter Kontrolle« zu bekommen. Aufgrund der vielen Brechungen und Übergänge in der geschichtlichen

Entwicklung sind diese zwei Haltungen nicht mehr linear mit den Professionen Hebamme und Arzt, bzw. Ärztin zu verbinden, und schon gar nicht mit den Menschen, die diese Berufe ausüben. Dennoch ist die oben angesprochene Kollision heute von besonderer Brisanz. Fluch oder Segen – auch aufgrund des rasanten medizinisch-technischen Fortschreitens und der damit verbundenen Informationsmöglichkeiten steht jede werdende Mutter bewußt oder unbewußt vor einer inneren Entscheidung: Ihre neue Lebenssituation wird sie entweder unter der Perspektive der von außen vorgegebenen Kontrolle oder unter der Perspektive des Vertrauens in die inneren Wachstumsprozesse verstehen und gestalten.

Angesichts der Tatsache, daß es eine Illusion bleibt, das planbare Kind herstellen zu können, glaube ich, daß die Haltung des Vertrauens in die Bewegungsgesetze des Lebendigen weder überholt noch verzichtbar ist – sie ist notwendiger denn je. Sie setzt die Fähigkeit voraus, die Barbara Duden als »intuitive empathische, ermutigend-abwartende, wissende Geduld«<sup>12</sup> bezeichnet. Sie ermöglicht einen konstruktiven Umgang mit dem immer komplexeren Wissen. Sie schafft die Bedingung, um es zu nutzen, ohne ihm zu gehorchen, da sie in sich die Weisheit birgt, daß das Geheimnis des Leben sich diesem Wissen immer entziehen wird, und daß alle Versuche dieses zu verdrängen, scheitern müssen.

Für die werdende Mutter ist die Haltung des Vertrauens und des Zutrauens von existentieller Bedeutung. Die Erfahrung der Geburt – die elementare Erfahrung des Überganges zwischen zwei Welten – hat initiatorische Qualität für Mutter und Kind. So ist die Geburtshilfe einerseits die Hilfe, die angeboten wird, damit das Kind geboren wird. Sie ist aber auch andererseits die Unterstützung, über die die psychische Geburt der Mutter geschehen kann. Die Haltung, welche die Frau in diesem Übergang erfährt, prägt ihre Haltung als Mutter. Auch nach der Geburt wird sie ihr Kind aktiv, aufmerksam, vorsichtig und rücksichtsvoll begleiten, aber weiterhin nicht planen können.

Indem die Mutter Vertrauen in ihre eigenen Kräfte, in die des Kindes, in die des Lebens erfahren hat, kann sie erleben, was schon für die Schwangerschaft gültig war und in ihrer späteren Begleitung des Kindes genauso gültig sein wird: daß Mutter werden kein planbarer Fabrikationsvorgang ist, sondern ein schöpferischer Prozeß, in dem

sie und das Kind Subjekte sind, und den sie dennoch nicht machen, sondern in sich, durch sich aktiv geschehen lassen. Diese besondere Form der Lebensbejahung kennzeichnet das mütterliche Vermögen.

- 1 Meier-Seethaler, Carola (1988): Ursprünge und Befreiungen. Eine dissidente Kulturtheorie. Zürich.
- 2 1. Mose, 1.27.
- 3 1. Mose, 2.7.
- 4 1. Mose, 2.22-24
- 5 siehe z. B. Paulus: 1. Brief an die Korinther 11; 1-16.
- 6 Bumm, Ernst (1919): Rückblick auf die Entwicklung der Geburtshilfe. In: Grundrisse des Studiums der Geburtshilfe. Wiesbaden.
- 7 Merchant, Carolyn (1987): Der Tod der Natur. München.
- 8 zitiert in: Merchant, Carolyn, ebenda.
- 9 Bumm, Ernst: s. o.
- 10 ebenda.
- 11 Murken, A. (1996): Hebammen im Wandel der Zeit. Aus: Die Hebamme, Heft 1/93.
- 12 Duden, Barbara (1996) in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/96.

Eva Schindele **Schwangerschaft zwischen  
»guter Hoffnung« und der Angst vor dem Risiko**

Vorweg nüchterne Daten: Wie keine andere weibliche Lebensphase wurden Schwangerschaft und Geburt in den letzten Jahren medikalisiert.<sup>1</sup> Die Schwangerenvorsorge wurde zu einem Check-up der Schwangeren und des Fötus ausgebaut.<sup>2</sup> Die Zahl der medizinischen Untersuchungen hat sich in den letzten 15 Jahren verfünffacht, die Zahl der Frauen, die als Risikoschwangere eingestuft werden, ist gleichzeitig drastisch gestiegen, ebenso die Rate der Kaiserschnitte.<sup>3</sup> Gerechtfertigt wird diese »Hochrüstung« mit den angeblich guten Ergebnissen in der perinatalen Sterblichkeit. Zwar ist die perinatale Sterblichkeit zurückgegangen, gleichzeitig ist aber z. B. die Anzahl der zu früh Geborenen drastisch gestiegen (laut bayerischer Perinatalerhebung von 1982-1992 um 50%<sup>4</sup>). Außerdem klagen viele Frauen nach dem ersten Kind über einen »Baby-Schock« und die Anzahl der Trennungen ist in den ersten Jahren nach der Geburt des ersten bzw. zweiten Kindes auffallend hoch.

Ich habe meinen Vortrag »Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und der Angst vor dem Risiko« genannt. Meine These ist, daß die »gute Hoffnung« in den letzten Jahren immer mehr von einem medizinischen Risikoblick verdrängt worden ist. Beide Begriffe, sowohl die Hoffnung als auch das Risiko, umschreiben etwas Zukünftiges, etwas, was noch im Ungewissen liegt, und sie zeigen einen unterschiedlichen Zugang zu diesem noch nicht Eindeutigen, Unsicheren – das trotz Ultraschall, Fruchtwasserpunktion und CTG immer noch geheimnisvoll geblieben ist. Während die Hoffnung eine Haltung ist, die im Prinzip vertraut – auf die eigene Körperlichkeit, auf die Beziehung zum Ungeborenen im Leib, auf den guten Fortgang eines natürlichen Lebensereignisses – sieht die Betonung des Risikos die Schwangerschaft von vornherein unter einem schlechten Stern. Früher wurden in einem solchen Fall die Götter angerufen – unsere Kultur schreibt den MedizinerInnen und ihren Gerätschaften eine ähnliche Bedeutung zu. Sie gelten als die ExpertInnen für Schwangerschaft und sie sind als die Instanz anerkannt, die die Macht hat, für ein gesundes Baby zu sorgen.

Daß sich diese Sichtweise in vielen Fällen als ein Mythos entpuppt, der dadurch aufrecht erhalten wird, daß sowohl schwangere Frauen als auch MedizinerInnen daran glauben, will ich im folgenden darlegen:

Während die eine Seite viel technisches Gerät aufführt, um den lebendigen Prozeß zu kontrollieren, muß sich die andere Seite als Lieferantin von Labordaten, Bildern und Kardiogrammen zur Verfügung stellen. Beide Seiten müssen sich darin bestärken, daß bereits die Überwachung des Prozesses einen positiven Verlauf auf das Schwangerschafts- und Geburtsgeschehen hat. Dies hat den Charakter eines Beschwörungsrituals: »Das Kind wird gesund, weil die Frau zum Arzt geht, oder der Ultraschall wird gemacht, nicht um zu schauen, ob das Kind gesund ist, sondern damit es gesund wird.«<sup>5</sup>

Immer mehr Informationen über das »Ungewisse«, vor allem über den Zustand des Föten, werden mit Hilfe immer neuer diagnostischer Methoden erhoben. Dies wird (selbst von psycho-somatisch orientierten) ÄrztInnen als eine Möglichkeit angeboten, den Frauen Ängste zu nehmen.<sup>6</sup> Schließlich paßt diese Informationsanhäufung in unser Zeitalter, in dem die Information zu einem Wert an sich wurde, ohne daß die Konsequenzen der Informationen zum Thema gemacht werden würden. Auf die Schwangerschaft bezogen bedeutet dies, daß zwar die Diagnostik boomt, doch die Möglichkeiten der Therapie eher gering sind, so daß sich die so oft beschworene Machbarkeit des gesunden Nachwuchses häufig in der Beseitigung des nicht in die medizinisch definierte Norm passenden Fötus erschöpft.

**Über die Hoffnung** »Einerseits ist es der eigene Körper, der das Wunder des neuen Lebens aus seinem Organismus hervorbringt, und gleichzeitig ist es ein ›übermenschliches‹ Geheimnis, das in mir Raum nimmt und mit meinen Kräften nichts zu tun hat. Was in mir geschieht, das ist mein körperhaftes Geschehen, und zugleich wächst ein von mir verschiedenes, ein ganz anderes Du – das Kind – in mir heran.«<sup>7</sup>

Schwangerschaft und Geburt sind transzendente Prozesse. Sie weisen auf unser aller Ursprung hin, einen Ursprung, der über den Liebesakt und die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle hinausweist und über den wir nur spekulieren können. Schwangere Frauen, ob sie wollen oder nicht, repräsentieren diesen Umstand. Sie werden durch das Schwanger-gehen mit eigenen Kräften konfrontiert, für die es in einer

leistungsorientierten und aufgeklärten Gesellschaft wie der unseren weder Erklärung noch Raum gibt. Das mag ein Grund sein, warum die mit Schwangerschaft und Geburt verbundene Kraft verschwiegen wird und oft auch von Frauen nicht erfahren werden darf.

Sicherlich wird Schwangersein und Gebären von jeder Frau anders erlebt. Es ist eine Zeit des Übergangs: die Frau entwickelt sich zur Mutter und der Embryo zum Kind. Nicht nur Körper sondern auch Seele und Geist gehen schwanger. Es ist eine Zeit des äußerlichen und innerlichen Umbruchs, in der Frauen auch Konflikte mit sich selbst, dem Partner, aber auch der Umwelt ausstehen haben. In kaum einer anderen Lebenssituation als dem Kinderkriegen sind wir so direkt mit der Frage nach sozialer Geborgenheit konfrontiert, und gerade da müssen viele von uns erleben, daß sie selbst kein »Nest« haben. Wie sollen wir dann eines für unser Neugeborenes bauen? So ist es umso verständlicher, daß dort, wo möglicherweise alle sozialen Bezüge auseinanderbrechen, der Wunsch nach individueller Absicherung ganz besonders groß wird.

Trotz aller Probleme und Konflikte – Kinderkriegen ist ein kreativer Prozeß – auch wenn unsere Kultur dies negiert und als die eigentlich Kreativen die Reproduktionsmediziner gefeiert werden, die versuchen »nachzubauen«. Für den Kieler Gynäkologen Semm zum Beispiel ist die Schwangerschaft »ein bißchen Chemie«. Bereits vor einigen Jahren kündigte er an, daß die künstliche Gebärmutter in 20 Jahren zur Verfügung stehen werde.

Der Wiener Philosoph Günther Anders hat dies in seinem Buch »Die Antiquiertheit des Menschen« so formuliert: »Der Mensch schämt sich, geworden statt gemacht zu sein, er schämt sich der Tatsache also im Unterschied zu den tadellosen und bis ins letzte durchkalkulierten Produkten sein Dasein dem blinden und unkalkulierten, dem höchst altertümlichen Prozeß der Zeugung und Geburt zu verdanken.«<sup>8</sup>

Die sinnliche Lust, fruchtbar zu sein, die Erfahrung, leiblich und kreativ gleichzeitig zu (er)leben, sind Phänomene, die sich in unserer Zeit auszuschließen scheinen. Diese kulturelle Haltung prägt auch die Gefühle, die Frauen zu ihrer Schwangerschaft entwickeln. Sie verunsichert anstatt zum neugierigen Beobachten der eigenen körperlichen, aber auch seelisch-geistigen Potenzen zu ermutigen, sie normiert und verbietet damit jede erotische Lust, die eigene Fruchtbarkeit auszu-

leben: Das Gefühl, wenn der Bauch immer dicker und die Brüste voller werden, wenn die kleinen Füße gegen die Blase treten und die Bauchwand bebt, weil das Kind im Leib einen Schluckauf hat. Und dann das überwältigende Erlebnis der Geburt: ganz aufzugehen in der schmerzhaften Öffnung des Körpers, Sekunden für Ewigkeiten zu halten und Ewigkeiten für Sekunden. Das Zutzeln und später das kräftige Saugen an der Brust, das von den Spannungen, die die Milchproduktion verursacht, erlöst.

Wie nehmen sich dagegen die Beschreibungen aus, die Schwangerschaft und Geburt als qualvollen Zustand schildern – verbunden mit Schmerz und Ausgeliefertsein. Eine Strafe des christlichen Gottes, weil Eva Adam dazu verführt hat, vom Baum der Erkenntnis zu essen. Diese Sichtweise verbirgt sich heute hinter (scheinbar) objektiven medizinischen Begrifflichkeiten. Von »Risiken« und »Komplikationen« ist die Rede, die die ständige Überwachung und Kontrolle rechtfertigen. Schwangerschaft und Geburt werden als geschlechtsneutrale Vorgänge beschrieben, in denen Frauen als lebendige Personen nicht mehr vorkommen, sondern nur noch als »intrauterine Versorgungssysteme« oder höchstens als »schwängere Uteri.«

Durch das sonographische Sichtbarmachen des Embryos hat sich die Ansicht von Schwangerschaft revolutionär verändert.<sup>9</sup> Aus einem kraftvollen weiblichen Leib wurde ein nackter Embryo, von dem sich die Medizin berufen fühlt, ihn (mitunter sogar vor der Mutter) zu beschützen. So interessiert sich heute die Gynäkologie weniger für die Beziehung zwischen schwangerer Frau und ihrem Kind im Leib, sondern das Kind als »Produkt« steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Dabei führt uns jede Schwangerschaft erneut vor Augen, daß wir eine Beziehung brauchen, um zu werden, eine Symbiose, die trägt, damit sich der Mensch überhaupt entwickeln kann. Abhängig – und dann noch von einer Frau. Welch permanente Herausforderung für eine Kultur, in der Individualismus und Autonomie zu den höchsten Werten zählen! Aber ist es nicht der Kontakt und Austausch mit anderen Menschen, der das Menschliche erst zum Erwachen bringt? Ein menschliches Erwachen, das in der Schwangerschaft seinen Anfang findet, die Geburt überdauert und im Prinzip erst mit dem Tod endet.

Über die Qualität dieser Beziehung bestimmt nicht zuletzt die Einigung, die eine schwängere Frau mit sich selbst über ihre Rolle als

zukünftige Mutter findet, ob sie ja sagen kann und will zu einer Schwangerschaft und bereit ist, diese zu leben und hinterher Verantwortung für dieses Kind zu übernehmen. Natürlich wird diese Einigung auch beeinflusst vom kulturellen Kontext, im übrigen auch von Wertungen, die das medizinische Management ausspricht. Aber letztendlich ist es ein Zwiegespräch der schwangeren Frau mit sich selbst und möglicherweise auch mit der Seele der sich entwickelnden Leibesfrucht. Beziehung läßt sich nicht erzwingen, auch nicht in einem Zeitalter, in dem alles machbar und beliebig herstellbar erscheint.

Schwangerschaft und Geburt sperren sich gegen eine äußere Beherrschung. Wie kein anderer menschlicher Prozeß – außer dem Sterben – bedeutet Gebären, sich einem Geschehen zu übergeben, das größer ist als die eigene Person, und das immer mit Schicksalhafter verbunden ist und sein wird. Für uns Frauen bedeutet das, daß auch wir, vorausgesetzt wir wollen eigene Kinder, in diesen Prozeß des Unvorhersehbaren eingebunden sind. Dies ängstigt. Es widerspricht unseren Vorstellungen, das Leben planen zu können und »alles im Griff zu haben«.

Gerade in der Schwangerschaft erleben Frauen die Grenzen der weiblichen Selbstbestimmung. Schließlich folgt der Schwangerschaftsprozeß, wie im übrigen alles andere Lebendige auch, seiner eigenen Dynamik, die wir zwar mitgestalten können, aber die uns immer wieder mit unserer eigenen Ohnmacht konfrontiert, sei es, daß wir zum Beispiel trotz Kinderwunsch nicht schwanger werden, daß wir eine Fehlgeburt haben oder daß unser Kind im Leib krank ist. Mit medizinisch-technischer Hilfe hoffen Frauen ihre Möglichkeiten der Selbstbestimmung zu erweitern. Sie verhandeln dabei manchmal über ihren eigenen Körper, als würde er nicht zu ihnen gehören, wäre ihnen fremd. Sie übersehen, daß oft nicht mehr sie den Schwangerschaftsprozeß gestalten, sondern die Dynamik eines medizintechnischen Check-ups. Zwischen sie und die »gute Hoffnung« schiebt sich der scheinbar objektive Blick der Medizin, der der »Ungewißheit« und »Unsicherheit« einer Schwangerschaft einen Namen gegeben hat. Schwangerschaft ist in den letzten 20 Jahren zum Risiko umgedeutet worden, auch dann, wenn sie völlig problemlos verläuft. Diese Umdeutung rechtfertigt von vornherein Kontrolle und Überwachung und überläßt dem medizinischen Management die Macht der Definition, was gesund, was krank, was normal oder was behandlungsbedürftig ist.



»Der Mensch schämt sich, geworden statt gemacht zu sein«, schrieb der Philosoph Anders 1942 im kalifornischen Exil. 50 Jahre später hat das Kinderkriegen immer mehr Züge einer durchgestylten Produktion angenommen, an deren Ende das designte Kind steht. Auch schwangere Frauen glauben inzwischen an die Machbarkeit des gesunden, wenn nicht gar tadellosen Nachwuchses. Und immer öfter fordern sie das ein, was ihnen Medizin und auch die Humangenetik versprechen. Sie wollen auf jeden Fall jedes Risiko von vornherein ausschließen. »Risiko« steht dabei ganz allgemein für Krankheit, Behinderung und Leid, während das Angebot, das Risiko auszuschließen, mit dem Versprechen von Selbstbestimmung und Glück einhergeht. In diesem Kontext wird das, was bisher als Schicksal galt, plötzlich zur bloßen Option, die man wählen kann oder auch nicht.

**Über das Risiko** Kennen Sie das Märchen von der klugen Else, das die Gebrüder Grimm aufgeschrieben haben? Es ist die Geschichte über die junge Frau Else, die den Hans heiraten wollte und von den Eltern in den Keller geschickt wurde, um Bier zu zapfen. Beim Bierzapfen sieht sie eine Kreuzhacke, die der Maurer in der Wand hat stecken lassen. »Da fing die kluge Else an zu weinen und sprach: »Wenn ich den Hans kriege und wir kriegen ein Kind und das ist groß, und wir schicken das Kind in den Keller und es soll Bier zapfen, so fällt ihm die Kreuzhacke auf den Kopf und schlägt es tot.«<sup>10</sup> Da saß sie und weinte über das bevorstehende Unglück ... usw. Dieses Märchen ist uns überliefert aus einer Zeit, in der sich das kalkulierende, Risiken abwägende Denken gerade erst entwickelte und doch den meisten für den Alltag noch sehr fremd war. Das zeigt sich schon bald in der weiteren Entwicklung des Märchens. Die kluge Else wird für lebensuntüchtig gehalten: sie ist so vorausschauend – wir würden heute sagen risikobewußt – daß sie zu handeln und zu leben vergißt. Unsere Mütter und Großmütter wußten noch nichts von den Risiken, wie wir sie heute kennen. Dabei waren sie mehr gefährdet, zum Beispiel bei der Geburt selbst zu sterben oder ein totes Kind zur Welt zu bringen. Bessere Lebensverhältnisse, die Möglichkeit, die Schwangerschaft abubrechen, aber auch eine bessere medizinische Versorgung im Notfall haben heute die Gefahren für Mütter und für Kinder drastisch reduziert. Trotzdem waren unsere Mütter weniger beunruhigt als

Frauen unserer Zeit. Jene Art Risiken war noch nicht »erfunden«, die heute in die Alltagswelt jeder Schwangeren gedrungen ist und der Frauen heute so einfach nicht mehr entfliehen können. Eine 36-jährige schwangere Frau stöhnt dann auch unter dieser Last: »Bei all den Risiken kann ich mir gar nicht mehr vorstellen, daß ich das schaffe, ein gesundes Kind zu gebären.«

Zwar wird heute viel von den medizinischen Risiken in der Schwangerschaft gesprochen. Doch stellt das Kinderkriegen für Frauen heute eher – um im Begriff zu bleiben – ein soziales »Risiko« dar: Abhängigwerden von einem Verdiener oder dem Sozialamt, Rückstufungen im Beruf, Isolation usw. Dies macht schwangeren Frauen Angst, die sich hinter der Angst vor den medizinischen Risiken oder der Angst vor einem behinderten Kind verbirgt.

Was wird den Frauen als Risiko nahegebracht? Eine schwangere Frau lernt, daß sie mit 35 Jahren (so jedenfalls steht es in den Mutterschaftsrichtlinien) ein hohes Risiko hat, ein Kind mit einer Chromosomenanomalie, vor allem einem Down-Syndrom, zu gebären. Weiter hört sie, daß es da noch ein kleines Risiko gibt – so klein, daß man es vernachlässigen könnte – das Kind durch die Fruchtwasserpunktion nach der 16. Woche zu verlieren. Die Wahrscheinlichkeit für eine 35-jährige, ein Kind mit Down-Syndrom zu gebären, liegt statistisch bei 1:385; die Gefahr durch eine Amniocentese das Kind zu verlieren, ist aber statistisch vier mal so hoch. Dieses Beispiel zeigt, daß sich der Risikobegriff zwar naturwissenschaftlich neutral gebärdet, daß er aber immer schon mit einer Wertung verbunden ist. Hier die Wertung: lieber das Kind durch eine Fruchtwasserpunktion zu verlieren, als ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen. Risiken sind nichts Faßbares oder gar sinnlich Wahrnehmbares. Sie sind prognostische Berechnungen, die die Wahrscheinlichkeit, daß dies oder jenes Ereignis in Zukunft eintreten könnte, in Zahlen und Kurven ausdrücken. Es sind, um in der statistischen Sprache zu bleiben, »Streubreiten« und »Risikokurven«, die das Lebensglück bedrohen könnten. Aber wie soll man sich als Punkt in einem statistischen Diagramm phantasieren? Wie soll frau bewerten, ob es für sie ein Risiko ist, daß bei 1:385 (Altersindikation) Geburten oder bei 1:1000 ein Kind mit Down-Syndrom geboren wird. Schließlich lassen sich Risiken nicht als Wahrscheinlichkeiten, sondern nur als Entweder-Oder erfassen: Also entweder

wird ein Kinder mit Down-Syndrom geboren oder nicht. Deshalb ist es nur logisch, daß Frauen alle Risiken von vornherein ausschließen wollen, das heißt, dieses Risikodenken hat per se die Tendenz, sich immer weiter auch auf kleinste Unwägbarkeiten auszudehnen. Gerade in Zeiten der Ungewißheit fällt dieses nicht faßbare Risikogerede auf fruchtbaren Boden.

Der Begriff »Risiko« wird in der Schwangerenvorsorge oft synonym verwandt für Behinderung, Erbkrankheiten und Leiden. Mit jeder neuen diagnostischen Methode, jeder Zeitungsmeldung über einen neuen Gen-Ort, an dem angeblich diese oder jene Krankheit angesiedelt sein könnte, etabliert sich gleichzeitig im Bewußtsein der Menschen ein neues »Risiko«, das ausgeschlossen werden kann oder sogar muß. In der Phantasie der einzelnen verwandeln sich die »schlechten« Gene in verschwommene Bilder, die Angst machen: in Phantasien von verkrüppelten Kindern, von Babies mit großen Köpfen und lallenden 12-jährigen, die das Lebensglück der Eltern bedrohen und sie in die soziale Isolation schicken. Diese Ängste werden ausgegrenzt, dürfen sich verstecken hinter abstrakten Risikokurven, statistischen Wahrscheinlichkeiten, Mosaikbefunden, »schlechten« und »guten« Genen. Dabei, so der Humangenetiker Jörg Schmidtke, gibt es keine »kranken« oder »defekten« Gene. Diese werden erst durch den kulturell geleiteten Blick des/der ExpertIn dazu gemacht. Man spricht von der Bekämpfung der Erbkrankheiten und Behinderungen, meint aber die Kranken und Behinderten. Schmidtke: »Diese nur scheinbar feinsinnige Unterscheidung im Blick zu behalten ist wichtig, weil das Etikett »erbkrank« in Zukunft einem präventiven Todesurteil gleichkommt.«<sup>11</sup>

Ein Befund in der Schwangerschaft, sei er durch genetische Tests festgestellt oder durch Ultraschall erhoben, hat normativen Charakter. Er kann in der konkreten Situation nicht überprüft werden. Das potentielle Kind ist eben noch kein Gegenüber, sondern es schrumpft zu einem nüchternen Krankheitsmerkmal, das vernünftigerweise abgetrieben werden sollte.

Frauen und ihre Partner stehen dabei vor Entscheidungen von neuer Qualität. Nämlich: Was macht ein Kind lebens- oder gar liebenswert? Ich möchte an dieser Stelle die Geschichte von Frauke erzählen. Frauke erfuhr von ihrer Frauenärztin, daß bei ihrem Ungeborenen, einem Sohn, ein »Klinefelter-Syndrom« gefunden worden ist. (Das ist eine

sogenannte Geschlechtschromosomenanomalie, die Jungen betrifft, die in der Regel nicht zeugungsfähig sind.) »Als die Ärztin mir sagte, irgendetwas stimmt nicht, ist mir von einer Sekunde zur anderen das Strampeln im Bauch fremd geworden. Der einzige Gedanke war: Weg damit!« Der Befund schob sich zwischen sie und ihr Kind im Leib. Ihr Mann überredete sie, vor einem Abbruch mehr Informationen über das Krankheitsbild einzuholen. Sie sprach mit Humangenetikern und suchte den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe erwachsener Männer, die selbst diese Besonderheit haben (die aber oft erst davon erfuhren, als sie gemustert wurden oder kein Kind zeugen konnten – schließlich verdanken sie ihr Leben, der Tatsache, daß es damals die Pränatale Diagnostik noch nicht gab). Frauke faßte allen Mut zusammen und entschloß sich für das Kind. Während der restlichen Schwangerschaft mußte sie wegen vorzeitiger Wehen im Bett liegen. Hinterher interpretierte sie die vorzeitige Wehentätigkeit als einen Versuch, wieder eine Beziehung zum Ungeborenen zu finden. Schließlich war sie dadurch gezwungen, die ganze Aufmerksamkeit auf die Schwangerschaft zu richten. Frauke war beherrscht von dem Gedanken, was sie diesem Kind antun wird, wenn sie es auf die Welt bringt: »Wird er mit der Andersartigkeit umgehen können oder verurteile ich ihn zum Unglücklichsein?«

Es ist zu befürchten, daß immer mehr Diagnoseverfahren und Tests auch die Ansprüche an unseren Nachwuchs erhöhen. Was macht ein Kind liebenswert? Die Antwort wird immer mehr von einer genetischen Ausstattung eines Kindes abhängig gemacht und nicht mehr von der Beziehungs-Qualität, die sich im Mit-einander-leben entwickelt. Schon heute hat der vorgeburtliche Check-up des Fötus den kulturellen Blick auf die Schwangerschaft verändert. Es gibt kein bedingungsloses Ja mehr zu diesem »Fötus«, den die schwangere Frau erst nach dem »Normalbefund« zu »ihrem Baby« machen will. Erst vor kurzem hat eine Klinik in den USA bekanntgegeben, daß sie jetzt einen Gentest, der gezielt nach einer Form des erblich bedingten Brustkrebses sucht, auch pränatal anwenden will. Wie wird eine schwangere Frau entscheiden, wenn sie hört, daß bei ihrem ungeborenen Mädchen dieser Genabschnitt gefunden worden ist, der in 30 oder 40 Jahren bei der dann erwachsenen Tochter mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 60 und 80 % zu einer Brustkrebserkrankung führen wird? Wird das Wissen das Verhältnis zu dem Kind, falls sie es gebären wird, nicht von Anfang an

schwer belasten? Oder bedeutet das Testergebnis von vornherein, daß das Kind an der Geburt gehindert wird?

Die Vorstellung, daß der Frauenarzt/die Frauenärztin für gesunden Nachwuchs sorgt, greift mehr und mehr um sich. Die Anspruchs-Erwartungs-Spirale dreht sich immer schneller. Gleichzeitig führen die Abstürze, wenn ein totes oder krankes Kind geboren wird, immer mehr ins Bodenlose. Auch wenn die Schwangerschaft wegen einer diagnostizierten Fehlbildung abgebrochen wird, ist das Kind meist nicht aus der eigenen Biographie radiert. Das zeigen alle wissenschaftlichen Untersuchungen übereinstimmend.<sup>12</sup> Doch all dies findet meist im Verborgenen statt. Die Gesellschaft schaut weg. Schließlich führen uns diese »Schicksale« immer wieder unsere eigenen Grenzen vor Augen und stellen den Mythos der Machbarkeit in Frage.

Wichtig scheint mir, dieses Anspruchs-Karussell zurückzuschrauben. Professionell Tätige, vor allem MedizinerInnen müssen viel mehr als bisher üblich die Konsequenzen verschiedener Untersuchungen thematisieren. Vor allem vor der vorgeburtlichen Diagnostik ist eine Beratung notwendig, die über die medizinische Information hinausgehen muß. Sie sollte die Sorgen und Ängste schwangerer Frauen und ihrer Partner ernst nehmen – aber auch die ethischen Implikationen dieser Diagnostik problematisieren.<sup>13</sup> Es ist wichtig, Grenzen aufzuzeigen. Gefordert ist Bescheidenheit statt Omnipotenz. Dies wird leichter fallen, wenn sich die Vorsorge nicht im rituellen Check-up erschöpft, sondern wenn Raum für den Aufbau einer Beziehung da ist.

**Kann man sich der »guten Hoffnung« versichern?** Frauen suchen Frauenarzt/ärztin auf, um sich versichern zu lassen, daß sie noch »guter Hoffnung« sein können. Doch sich ständig versichern zu müssen, versichert. (Hebammen und Geburtsvorbereiterinnen können davon ein Lied singen.) So verstricken sich viele Frauen in der heutigen Vorsorge immer mehr im Netz von Risiken und Komplikationen. Sie fühlen sich fremd in ihrem Leib, verlieren das Gefühl für Normalität. Abgesehen davon, daß dies zu neuen Komplikationen in der Schwangerschaft führen kann<sup>14</sup>, werden Frauen auch immer unsicherer im Umgang mit ihren Säuglingen. Was als perfektes Kind geplant war, stellt sich dann als schreiendes Baby heraus, mit dem man nicht umzugehen weiß. Immer mehr Frauen suchen dann einen Kinderarzt auf, weil sie durch

die Lebendigkeit ihres Kindes beunruhigt sind und sich bestätigen lassen wollen, daß ihr Kind gesund ist.

Schon deshalb halte ich es für wichtig, die schwangere Frau (auch gestützt durch den Partner) zu ermutigen, mit der Unsicherheit und Ungewißheit einer Schwangerschaft umzugehen und sie darin zu unterstützen, diese Ungewißheit als ein Element des Lebendig-Menschlichen zu begreifen. Diese Erfahrung kann Sichtweisen und Haltungen der Frau (aber auch des Mannes) verändern und neue Handlungsspielräume eröffnen. Sie hilft Eltern, sich der Lebendigkeit des Kindes gewachsen zu fühlen. Dies ist eine wichtige Vorbereitung auf die Mutter- und Elternschaft, die Abstürze nach der Geburt zumindest abfedern kann. Denn jeder, der Kinder hat, weiß, daß auch gesunde Kinder trotz vorgeburtlichen Designs später als Heranwachsende nicht mehr unbedingt den Designer-Wünschen ihrer Eltern genügen. Schwangerschaft und Geburt als schöpferisch-weibliche Phasen zu akzeptieren und dies den Vorstellungen vom Produktionsprozeß entgegenzuhalten, ist eine Forderung an uns alle, die wir das kulturelle Selbstverständnis prägen. Darüberhinaus gibt es aber auch noch Anforderungen an die Professionellen, vor allem an die GynäkologInnen und Hebammen. Es ist an der Zeit, sich nicht länger hinter Sachzwängen zu verstecken, sondern die eigene Rolle in dieser Anspruchs-Erwartungs-Spirale zu hinterfragen und Verantwortung für die eigenen Handlungen zu übernehmen. Das bedeutet, die eigenen Grenzen sichtbar zu machen, bescheidener zu agieren und die ethischen Dimensionen der Pränatalen Diagnostik nicht nur für die einzelne schwangere Frau, sondern auch für unser gesellschaftliches Zusammenleben zu thematisieren.

- 1 ausführlich in Eva Schindele: Schwangerschaft – zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko, Hamburg 1995.
- 2 vgl. Jürgen Collatz: Entspricht die derzeitige Versorgung dem Betreuungs- und Beratungsbedarf schwangerer Frauen? In: GfG-Rundbrief 1/93, vgl. auch Elkeles Thomas: Die Bedeutung risikospezifischer Versorgungsangebote bei der Entwicklung der Säuglingssterblichkeit. In: Forum Gesundheitswissenschaften 1/92, Bielefeld 1992.
- 3 1995 lag die Kaiserschnitttrate in der BRD bei 17,5% .
- 4 Ch. Thieme: Geburtshilfe in Bayern. Frühgeburt: Ergebnisse der BPE. In: Der Frauenarzt 33: 877-882, 1992, zitiert nach Martina Rauchfuß: Psychosomatische Aspekte von Schwangerschaftskomplikationen. In: M. Rauchfuß et al. (Hrsg.): Frauen in Gesundheit und Krankheit, Die neue frauenheilkundliche Perspektive, Berlin 1996.
- 5 Angelika Ensel: Bedeutung und Wandel des Geburtsterritoriums. Zur Veränderung der Einstellung zur Geburt und Schwangerschaft in unserer Kultur. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/94.
- 6 Manfred Stauber, Ernest W. Freud, R. Kästner: Psychosomatische Forderungen an die moderne Geburtshilfe. In: Wulf Schiefenhöfel et. al: Gebären – ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, Berlin 1995.
- 7 Irene Kummer: Wendezeiten im Leben der Frau, München 1989, S. 93.
- 8 Günther Anders: Die Antiquiertheit des Menschen. Über die Seele im Zeitalter der zweiten Industriellen Revolution, München 1992, S. 24.
- 9 vgl. dazu Barbara Duden: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben, Hamburg 1991.
- 10 Brüder Grimm: Kinder- und Hausmärchen, Gesamtausgabe Kassel 1819, S.132.
- 11 Zitiert nach Ulrich Beck: An der heiligen Grenze. In: Der Spiegel 15/94.
- 12 vgl. z. B. Ulrike Schmidt, Gerhard Wolff et. al.: Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs nach pathologischem Amniozentesebefund, Schulterleben und Schuldgefühle. In: H. Kentenich: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin 1994.
- 13 vgl. dazu das Beratungskonzept von ›Cara e.V.‹ – einer unabhängigen Beratungsstelle zur Pränatalen Diagnostik in Bremen. Zusammenfassende Informationen in Eva Schindele; a.a.O.
- 14 vgl. dazu z. B. M. Rauchfuß; a.a.O., ebenso Ulrike Hauffe: Mütterliche Erkrankungen in der Schwangerschaft als Problemlösungsstrategien. In: GfG-Rundbrief 1/93.

Maya Nadig **Globale und lokale Aspekte in  
der Ritualisierung von Schwangerschaft,  
Geburt und Wochenbett**

Aus ethnologischer Sicht haben Rituale sehr verschiedene Qualitäten. Die subjektbezogenen Formen nehmen soziale, individuelle und situative Probleme auf und gestalten sie, indem sie Verarbeitungshilfen für anstehende Konflikte anbieten. Sie finden sich meist in nicht industriellen Gesellschaften und in unserer Gesellschaft im Rahmen der Hausgeburt. Ansonsten sind Rituale bei uns so angelegt, einen zum Chaos tendierenden Prozess der Veränderung, wie zum Beispiel das Kinderkriegen, systematisch zu strukturieren; dabei werden leicht die Nöte der Individuen aus den Augen verloren. Diese formalisierten Begleitrituale lassen sich oft in Krankenhäusern und im Rahmen der hochtechnisierten Medizin beobachten.

Die moderne Geburtstechnologie droht die am Geburtsprozess beteiligten Individuen zu erdrücken, während die subjektbezogenen Rituale als gefährlich, weil technologiefern, eingestuft werden. Welche Kombinationen von nützlichem Technologieeinsatz könnten in Verbindung mit humanen und »weisen« Ritualen entwickelt werden? Eine bloße »Rückkehr« zu Techniken aus anderen Kulturen und früheren Epochen ist keine Lösung. Im Notfall möchten alle die Möglichkeiten der technisierten Medizin nutzen, sich ihr aber nicht im voraus unterwerfen.

Die Geburtshilfe steht vor der Herausforderung, die globalen medizintechnischen Errungenschaften mit lokalen, auf der persönlichen Ebene ausgehandelten Umgangsformen zu versöhnen und damit eine subjektbezogene, humane Ritualisierung der vitalen Übergangszeit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett darstellen, zu finden.

**Individuum und technische Perfektion im Widerspruch** Jede Kultur hat die Tendenz, bewegte Lebensphasen und Umbruchsituationen in einer ihr eigenen Weise zu ritualisieren und damit zu ordnen. Umbruch bedeutet Veränderung, und in jeder Veränderung ist die Gefahr von Chaos und Verlust, aber auch eine Chance zur Reifung und Entfaltung enthalten. Diese Reifung in der Veränderung braucht Zeit und Raum – einen



geschützten sozialen Raum, in dem Entstrukturierung stattfinden und eine neue Ordnung entwickelt werden kann – sei dies im Subjekt oder in einer sozialen Gruppe. Im Umfeld von Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit gibt es viele unterschiedliche Arten von Gruppen, Ritualen und Institutionen, die die Übergangszeit von Mutter, Kind und Familie in unterschiedlicher Weise begleiten. Ich unterscheide dabei vor allem zwei Qualitäten. Die einen geben den Begleitphänomenen der Veränderung wie Trauer, Verwirrung, Chaos, Entstrukturierung und Neustrukturierung Raum, halten sie aus und begleiten sie. Die anderen versuchen die Veränderung zu kontrollieren, indem sie Auflösung, Trauer und Chaos verhindern und die von der Veränderung betroffenen Menschen zielorientiert durch den Übergang hindurchsteuern.

In Bauerngesellschaften, wo die Arbeit und die öffentliche Existenz der Frau fast immer mit der Mutterschaft zusammengeschweißt sind und eine einheitliche soziale Tatsache darstellen, werden Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit vorwiegend als ein gemeinsames gesellschaftliches Ereignis verstanden, um das sich alle kümmern. In der Industriegesellschaft verhält es sich gerade umgekehrt. Durch den Prozess der Modernisierung, der Arbeitsteilung und Spezialisierung hat sich die allgemein zentrale Sorge um die Nachkommenschaft qualitativ verändert. Sie ist zur »Bevölkerungspolitik« und zur Gentechnologie geworden, zur politischen und medizinischen Planung und Manipulation der Geburten- und Mortalitätsraten. Im Zentrum des Interesses stehen nicht primär der Geburtsprozess und das Befinden der Betroffenen, sondern die übergreifende Organisation reibungsloser Abläufe für möglichst alle Geburten in allen Situationen und allen Ländern.

Die medizintechnische Entwicklung vermindert die Sterblichkeitsraten und die Gefahren bei der Geburt, sie macht sie plan- und kontrollierbar. Die Schwangeren und Gebärenden begegnen dem technischen Apparat, vermittelt über ritualisierte Prozeduren der Untersuchung, der Prävention und der Propulsion (des vorantreibenden Eingriffs). Die modernen Medizintechniken sind weltweit verbreitet. Als Technologie sind sie kultur- und standortunabhängig und scheinen in ihrer Logik den Gesetzen der physiologischen Prozesse sowie der institutionellen Abläufe zu gehorchen. Im Widerspruch zu diesem technologischen Apparat stehen das Individuum und seine Gruppe mit ihren Gefühlen und Sorgen; sie verkörpern konkrete menschliche Bedürfnisse,

Beziehungen und lokale Lebensformen. Ihre Herangehensweise an das Mutterwerden ist vermittelt durch Kommunikation, Information, Verhandlungen und Beziehungen. Es ist eine zentrale Frage, ob dieser Widerspruch gegeben ist oder ob sich Wege finden, die medizinische Sicherheit mit humanen Formen des Übergangs zusammenzubringen.

Über diese unterschiedlichen Arten von Ritualen beim Mutterwerden möchte ich im folgenden sprechen. Als Ethnologin erlaube ich mir ab und zu einen Blick über die Grenzen unserer Gesellschaft hinaus, und als Psychoanalytikerin frage ich mich immer wieder nach der Bedeutung bestimmter Verhältnisse für das Befinden der Frauen.

### **Subjekt- und körperbezogene Rituale in traditionellen Gesellschaften**

Ich möchte mit einem Beispiel anfangen: Bei den Maya in Yucatan hat die Geburt eine große gesellschaftliche und religiöse Bedeutung. Sie wird als ein Ereignis verstanden, das von den für die Reproduktion zuständigen Göttern geleitet wird. Das Geburtsritual paßt sich dem konkreten Geburtsprozeß an und versucht Einfluß auf die Gebärende zu nehmen. Die Hebamme, der Ehemann und eine Gruppe von Müttern begleiten die werdende Mutter bei der Geburt. Sie plaudern mit der Gebärenden, machen ihr Mut und erzählen viele Geschichten von anderen Geburten im Dorf und Umgebung. Dieses lockere Geplauder verändert sich beim Fortschreiten der Geburt. Mit der Zunahme der Wehenintensität gehen die alltäglichen Gesprächsinhalte zurück, und die ausschließliche Konzentration auf die Gebärende nimmt zu. Brigitte Jordan schildert, wie die Frauen einen Kreis um die Hängematte herum formen und einen Sprechchor bilden. Ein anschwellender Chor von Helferinnenstimmen füllt den Raum mit einem eindringlichen rhythmischen Strom von Worten, der in seinem Rhythmus die Länge und Stärke der Wehen imitiert. Der Geburtsgesang schwillt im Gleichtakt mit den Wehen der Mutter an und ab. Rund um die Liegende bilden sie einen Kreis, der mit dem Geburtsgesang gleichsam die Gestalt einer tönenden Kugel annimmt. Es ist ein Raum, der die Gebärende schützend umgibt und trägt. Die anwesenden Frauen sind auf das Geschehen in der Frau konzentriert, sie nehmen es auf und stellen es dar. Bildlich gesprochen könnte man sagen, sie stellen den Uterus der Frau in seinen Wehen dar. Sie spiegeln der Frau das Geschehen aufgrund von Identifikation, Empathie und eigener Erfahrung. Dieses Spiegeln wird durch die Sprache und den Appell an einen guten Aus-

gang überhöht. Indem die Frauen reden und das Ende der Geburt, das Erscheinen des Kindes, ansprechen, öffnen sie den Raum des Hier und Jetzt und verleihen ihm eine Zukunftsdimension, das Ziel des Geschehens rückt ins Zentrum. Es herrschen hier Bezogenheit, Empathie und Nähe vor, die auch Raum für Auflösung, Chaos und Entstrukturierung schaffen. Die Sorge um die werdende Mutter hört mit der vollendeten Geburt nicht auf, die Familie und die erweiterte Verwandtschaft tragen die Verantwortung für das neue Kind explizit mit.

Wenn wir den Vorgang zwischen der Frauengruppe und der Gebärenden noch einmal genauer anschauen, können wir verstehen, inwiefern er für die Befindlichkeit der werdenden Mutter von Bedeutung ist. Das rituelle Singen der Frauengruppe erinnert an Vorgänge, die der englische Psychoanalytiker Bion mit dem Begriff des »containing« umschrieben hat. Er beschreibt damit ein Verhalten der Mutter, ohne das das Kind nicht leben und sich entwickeln kann. Ein gutes »containing« kommt zustande, wenn die Mutter fähig ist, die panische Angst, die Säuglinge ab und zu überkommt, aufzunehmen. Wenn ein Säugling unerträgliche Angst hat, versucht er, sie in die Mutter hineinzuverlegen. Indem die Mutter die Angst in sich aufnimmt und aushält, verändert sie sie. Das Kind reintrojiziert dann nicht seine ursprüngliche Angst, sondern eine Angst, die dadurch, daß die Mutter sie in sich aufgenommen (contained) hat, modifiziert worden ist. Es verinnerlicht gleichzeitig ein Liebesobjekt, das fähig ist, Angst in sich zu bewahren und mit ihr fertig zu werden. Ein solches »containment« der Angst durch ein äußeres verstehendes Objekt ist die Grundlage psychischer Stabilität.

Containment erfolgt nicht nur in zwischenmenschlichen Beziehungen, sondern auch auf kultureller Ebene. Soziale Bräuche, Rituale oder Gruppen können für Individuen durchaus »mütterliche« Aspekte annehmen und als emotionaler »Container« dienen, in den sie ihre Konflikte hineinverlagern und dort vorübergehend deponieren können. In der sozialen Szene der Maya-Geburt sind alle psychodynamischen Elemente, die dem Individuum den Umgang mit großer Angst und Bedrängnis erlauben, vorhanden. Durch die Spiegelung der Wehen kann sich die Frau in ein Verhältnis zu ihren unaussprechbaren Erfahrungen setzen, das nicht mehr von Panik geprägt ist. Der Geburts-

gesang, der sich an den Körper der Frau und die ihr innewohnenden transzendentalen Kräfte wendet und so den guten Ausgang der Geburt herbeiführt, kommt einer Verarbeitung und Beeinflussung des gegenwärtigen psychophysischen Geschehens gleich. Die Frau fühlt sich adäquat wahrgenommen und kann in Identifikation mit den Helferinnen eine andere und sozialisierte Form des Umgangs mit den Wehen und Schmerzen wiederhereinnehmen und dabei eine Veränderung in ihrer Einstellung erfahren.

Unter großem Druck, ungewohnten körperlichen Veränderungen und Schmerzen, wird der Mensch in seinem Erleben und psychischen Funktionieren »ursprünglicher«, elementarer, möglicherweise auch aufgelöst und fragmentiert. Eine Geburt verläuft leichter, wenn die Gebärende ein hohes Maß an Entspannung, Loslassen und Entstrukturierung zulassen kann. Unter der Geburt herrscht auch eine andere Zeitdimension; die alltägliche Zeiteinteilung mit ihren überblickbaren Einschnitten ist aufgehoben; der Geburtsprozeß ist zeitlos. Dies alles – der soziale Raum der Gruppe bei der Geburt, die Ausweitung der Zeit und die spiegelnd-empathische Konzentration auf die Gebärende – ermöglicht eine vorübergehende Lockerung der festgefügtten Persönlichkeitsstruktur, und diese Bewegung erleichtert eine therapeutische Wirkung. Die Folge ist eine angstfreiere Einstellung zum Geschehen, ein Gefühl der Entspannung, Sicherheit und Ruhe. Diese Entstrukturierung und Verflüssigung kann nur ertragen werden und einen Sinn bekommen, wenn ein stabiler und zugleich flexibler Rahmen zur Verfügung gestellt wird, von dem die Gebärende und die anderen Beteiligten gehalten werden. Nur in einem solchen Kontext erhält das Geschehen einen Sinn.

Die Entspannung erfolgt durch die Einordnung des Geschehens in einen größeren Zusammenhang, sei er mythischer oder zeitlicher Art. Die Erfahrung des Gehaltenwerdens und der Spiegelung durch die Begleitgruppe kann in einem solchen Moment das Gefühl des totalen Verlustes an Struktur verhindern. Der unhierarchische Raum des Rituals erlaubt sowohl die regressive Auflösung der Gebärenden als auch das strukturierende Getragenwerden durch ihre Umgebung.

Die Cuna in Südamerika sangen bei schweren Geburten mythische Texte, die in symbolischer Form die Leiden der Gebärenden und die störenden bösen Geister darstellten (vgl. Levi Strauss). In diesem Bei-

spiel kommt ein weiterer zentraler Aspekt eines jeden Übergangs ins Spiel: die Aggression. Die Aggression ist unter anderem ein Gefühl, das Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft grundlegend mitbestimmt. In den Gesängen der Cuna erscheint sie in Gestalt von bösen und störenden Geistern. Winnicott war überzeugt, daß eine Mutter ihren Säugling von Anfang an auch haßt (vgl. Winnicott: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, 1958, Frankfurt 1985, S. 87ff). Dafür sah er viele Gründe: Das Kind bedeutet während der Schwangerschaft und bei der Geburt eine Gefahr für ihren Körper. Das Baby ist eine Störung ihres Privatlebens, sie kann sich um nichts anderes mehr kümmern. Das Baby beherrscht am Anfang alles, es ist in seinen Forderungen und seiner Abhängigkeit erbarmungslos, und so weiter. Aber, so schreibt Winnicott: »Eine Mutter muß fähig sein, ihren Haß auf ihr Baby zu ertragen, ohne ihn in ihre Handlungen einfließen zu lassen« (Ders.: 89). Dieser Satz scheint mir sehr wichtig, aber er müßte in folgender Weise umformuliert werden: »Eine Mutter sollte von ihrer Umgebung/Kultur in die Lage versetzt werden, ihren Haß auf das Baby zu ertragen, ohne ihn in ihre Handlungen einfließen zu lassen.« Die heutige Art der modernen Geburtshilfe, die sich fast ausschließlich auf die Erhaltung des Kindes, seines APGAR-Wertes und seines IQ konzentriert, bietet relativ wenig symbolische oder reale Hilfe, um der Mutter den Umgang mit ihren Aggressionen, ihrer Wut und ihrer Angst zu erleichtern. Um diese Gefühle sozial aufzufangen, abzuleiten und zu gestalten, wird sie eher dazu angehalten, sie zu verdrängen. Der rituelle Gesang der Cuna stellt sie hingegen symbolisch dar und macht sie dadurch bearbeitbar.

**Die Neuerfindung von subjektbezogenen Ritualen bei der Hausgeburt heute** Die Geburt im Krankenhaus hat sich in den letzten Jahren in Mittel- und Nordeuropa stark verändert: das Prinzip der extremen Verwaltung der Gebärenden und der maximalen Technisierung des Geburtsvorganges hat sich gelockert. Heute sind viele Abstufungen der Selbstentscheidung und des relativen Mitspracherechts der Frau möglich geworden. Gebärhäuser und familienorientierte Kliniken stellen institutionelle Vermittlungsformen zwischen dem traditionellen Krankenhaus und der freien Hausgeburt dar; sie versuchen maximale persönliche Autonomie und beziehungsmaßige Kontinuität mit höchster technischer Verfügbarkeit zu kombinieren.

Die Hausgeburt nimmt im Gesundheitssystem der meisten europäischen Länder eine marginalisierte (nicht ganz 2 %) und teilweise verfolgte Position ein. Bei der Hausgeburt versucht eine Gruppe von Menschen – die Hebamme, der werdende Vater und eine bis mehrere helfende Freundinnen – mögliche Störungen und Gefahren nicht primär technisch oder chemisch zu bearbeiten, sondern mit Gesprächen, Lockerung und Bewegungen. Eingriffe vollziehen sich eher auf einer rituellen als materiellen Ebene. Solange von der Annahme ausgegangen werden kann, daß die Störung nicht rein organisch bedingt ist, werden die verschiedensten Mittel der Kommunikation aufgenommen, um eine Entspannung der Beteiligten und eine Aktivierung des Geburtsgeschehens herbeizuführen: Gespräche, spirituelle oder medizinische Erklärungen, Erzählungen von anderen Geburten, eventuell Musik, Düfte, Kerzen, symbolische Handlungen, sowie Massagen, Atem- und Körperübungen, Spaziergänge, Bäder, sich fühlend Anfassen und Bewegen gehören zu den häufigsten Formen der rituellen Beeinflussung der Gebärenden, die immer im Zentrum steht. Die Hebamme ist diejenige, die bei steigendem Streß den Überblick behält und gewissermaßen vom guten Ausgang der Krise »weiß«. Sie ist die Vermittlerin zwischen den ungunstigen »Geistern«, die die Geburt stören, blockieren und hemmen und der unter der Geburt stehenden Mutter und ihrer Gruppe.

Die Hebamme ist den Menschen, die bei der Geburt dabei sind, schon lange bekannt. Es entsteht eine stimmungsorientierte Zusammenarbeit, die alle Beteiligten an die Grenzen ihres bewußten Fassungsvermögens führen kann. Oft werden innige Nähe und gemeinsame Betroffenheit geschildert, die noch Stunden darüber hinaus anhalten. So gesehen sind die an der Geburt beteiligten Personen vorwiegend damit beschäftigt, eine »Primärgemeinschaft« zu werden, die sich auf die Gebärende konzentriert und bereit ist, ihre Schmerzen und Ängste aufzunehmen und auszuhalten.

Während einer Hausgeburt wird ein Milieu geschaffen, in dem die menschlichen Grenzsituationen, das Werden von Leben und der Tod, Raum finden und gemeinsam erlebt, erfahren und verarbeitet werden können. Die Geburt eines bereits toten Kindes ist dort ebenso denkbar, wie die gemeinsame Wahrnehmung von Mißbildungen oder Schwächen am Kind. Die damit verbundene Trauer kann in der gewachsenen Gruppe zugelassen und gelebt werden, ohne daß sie von Auflösung und Chaos

bedroht ist. In dieser Hinsicht erlaubt die Hausgeburt, die Dimensionen von Leben und Tod selber zu erfahren und daran zu reifen.

Der soziale Raum einer Hausgeburt nimmt bei uns sehr unterschiedliche Färbungen an. Entsprechend den ideellen und ideologischen Neigungen der Hebamme und der Eltern, liegt das Schwergewicht mehr auf spirituellen, meditativen oder auf spontanen und direkten Kommunikationsformen und Handlungen, aber eines ist fast allen gemeinsam: die primäre Beziehungsform in einer gleichen, unhierarchischen, wenig strukturierten, einfachen und teilweise auch demutsvollen Haltung. Der wesentliche Unterschied zur archaischen Kunst des Übergangs der Cuna oder Maya besteht in der individuellen Gestaltung des Rituals: was bei diesen in den übergreifenden symbolischen Kontext der Mythen und des Glaubens gestellt wird, muß bei uns als individueller gemeinsamer Konsens erarbeitet werden (durch Kommunikation, Verhandlungen, Vereinbarungen, etc.). Es hat eine Individualisierung und Psychologisierung des Übergangs stattgefunden.

**Hausgeburt als Integration von globalen und lokalen Kräften** Ich möchte den Körper im Geburtssystem noch aus einer allgemeinen historischen und gesellschaftstheoretischen Perspektive betrachten. Die Veränderungen der Hebammenrolle gingen einher mit der Errichtung einer medizinischen Geburtshilfe in den Händen von Männern. Die Verwissenschaftlichung des geburtshelferischen Wissens entwertete das lebensweltliche Wissen der weiblichen Geburtshelferinnen. Die technisierte Klinikgeburt war das Endprodukt dieses historischen Kampfes um die Macht über die Reproduktion und den Frauenkörper, der die Entwicklung der Industrieproduktion begleitete.

Im Industrialisierungsprozeß ist der Körper entsprechend der Rationalität der Maschine und ihrer Zeitrhythmen funktionalisiert worden. Die vormals enge Verbindung zwischen Körper und Arbeit ist aufgehoben; Körper taucht in der wachsenden Komplexität der sozialen Systeme vorwiegend als abstrakte Größe auf. Der sinnliche, lebendige Körper ist bedroht; seine Integration in die moderne Gesellschaft setzt ihn der Temposteigerung, Zeitknappheit, Unüberschaubarkeit und Anonymität aus, was Streß, Entfremdung und Krankheiten zur Folge hat. Aber diese Distanzierung vom Körper hat nicht einfach dazu geführt, daß das gesellschaftliche System auf ihn überhaupt verzichten könnte.

Selbst die fast immateriell und abstrakt funktionierenden Bereiche der spätmodernen Gesellschaft könnten ohne den Körper, das Bewußtsein und die Wahrnehmung von Menschen nicht funktionieren (vgl. Bette 1989:25)<sup>1</sup>. Insofern hängt die Gesellschaft vom Körper ab und übt der Körper Kontrolle aus.

Der Entwertung von Sinn- und Erfahrungszusammenhängen begegnen viele mit dem Rückzug auf die körperliche Nahwelt. Der Körper versinnbildlicht permanente und erfahrbare Gegenwart und verspricht im Gegensatz zum abstrakten und unbeeinflussbaren Geschehen der Gesellschaft die Erfahrung von überschaubaren Kausal- und Erlebenszusammenhängen. (Erfahrungen folgender Art: »Wenn ich renne, schlägt mein Herz höher, schwitze ich und bin ich stärker durchblutet«, erleichtern eine Selbstvergewisserung.) In einer abstrakten Gesellschaft wird der Körper als Symbol für Natürlichkeit und Direktheit zu einer wichtigen Sinninstanz. Die Suche nach Spontaneität, Unvermitteltheit und naturhaftem Leben drückt sich aus im Rückgriff auf die Gegenstands- und Symbolwelt vergangener Epochen und auf vormoderne Körpertechniken; in der Aufwertung handwerklicher Tätigkeiten; in der Wahl eines anderen sozialen Tempos; in gesundheitsbewußten Eßgewohnheiten; meditativen Körperübungen, aber auch in Körperprotesten, etc.

Der Körper- und Natürlichkeitsboom als lebensrettende Maßnahme und als ein Aufbäumen der Subjekte gegen das System bedient sich in seinen Argumenten und Kampfstrategien durchaus auch ideologischer Mittel. Sie bestehen in der Idealisierung des scheinbar »Ganzheitlichen« und »Natürlichen«, in einer Überhöhung des Unzeitgemäßen gegen das Moderne und Rationale. Ausdruck davon sind die ausgebaute Betroffenheits- und Authentizitätssemantik, die Popularisierung von wissenschaftlichem Sonderwissen und ein unreflektierter Wahrnehmungspositivismus, der auf die »Weisheit des Körpers« rekurriert und den eigenen Empfindungen Wahrheitsgehalt zuschreibt (vgl. Bette 1989:54). Eine Vielzahl von Gruppen, Verbänden und Bewegungen organisieren Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung, Meditation, Beschaulichkeit und Ganzheitlichkeit, sowie außereuropäische Körper- und Ekstasetechniken, Fitness und Schönheit durch Jogging, Aerobic und Bodybuilding. Es geht mir hier aber nicht um die grundsätzliche Infragestellung dieser Entwicklung, sondern lediglich um die Darstellung der Mittel, derer sich die Bewegung bedient.



Es stellt sich nun die Frage, inwiefern die moderne Hausgeburtbewegung Teil der beschriebenen Körperboombewegung ist und inwiefern die begleitenden Überzeugungen aus deren Ideologiefonds übernommen wurden. (In der Überhöhung des Unzeitgemäßen gegen das Moderne und Rationale ist möglicherweise eine immanente Barriere gegen eine Zusammenarbeit zwischen Sicherheitstechnik und Humankommunikation beim Kinderkriegen enthalten. Aber meist ist diese Barriere auf der medizinischen Seite größer.)

Im System der Hausgeburt spielt der Begriff der Natürlichkeit eine zentrale Rolle. Berichte bezeugen, daß die wenigen »alten« Hausgeburt Hebammen, die es vor der modernen Hausgeburtbewegung noch gab, schon immer versucht haben, dem »natürlichen« Körperprozeß während der Geburt Raum zu geben, die Frau in ihrer Befindlichkeit aufmerksam zu begleiten und eine Art von primärer Gruppe herzustellen. Die heutige psychologische und meditative Natürlichkeitsterminologie im Feld der Hausgeburt verbreitete sich erst im Laufe der siebziger Jahre, als die Technologisierung der Geburt zu gezielten Kritiken führte – von seiten der Klinik Hebammen wie auch von betroffenen Müttern. Die dann entstehende Absetzbewegung kam aber unter Legitimations- und Argumentationsdruck gegenüber dem halbstaatlichen Gesundheitssystem. Die breiten Angriffe auf die Gefahren der »handgestrickten Hausgeburt« und der Wunsch der Eltern nach maximaler medizintechnischer Sicherheit in Verbindung mit einer »natürlichen« Geburt drängten viele Hebammen dazu, sich in Kursen zusätzliches Körperwissen und Körpertechniken anzueignen. Hier findet sich das Verbindungsglied zum Körperboom, seinen Ideologien und Techniken. Hausgeburt Hebammen haben sich oft in mehreren dieser Methoden ausgebildet, um ihre Effizienz im alternativen körperfreundlichen Bereich der Hausgeburt zu steigern und Zugang zur »Natur des Körpers« zu finden: transzendente Meditation, Neurolinguistisches Programm, psychosoziale Leitungskompetenz, Homöopathie, Eutonie, Atmungs- und Massagetechniken, Haptonomie, Transaktionsanalyse, themenzentrierte Interaktion, Bachblütentherapie, Edelsteintherapie, Rebirthing, spirituelle Selbstfindung und viele andere mehr gehören zu den alternativen Körper- und Psychotechniken, die sich Hebammen heute aneignen, um dem Geschehen im Raum der Geburtsgruppe und den massiven Angriffen aus den Kreisen der technisierten Medizin

besser gewachsen zu sein. Die erlernte Technik hilft ihnen als Spezialistinnen im Prozeß der Auflösung und Destrukturierung die Distanz und Abgrenzung aufrecht zu erhalten, die sie brauchen, um sich in der Pendelbewegung zwischen der »Primärgemeinschaft« und der Gesellschaft nicht zu verlieren. Der Anschluß an die zeitgenössische alternative Natürlichkeitsideologie ermöglicht eine Überbrückung ihrer sozialen Isolation und die Einbindung des eigenen Handelns in einen größeren Zusammenhang. Die soziale und psychische Selbstvergewisserung, die daraus gezogen werden kann, ist ihrerseits eine Voraussetzung für eine selbstbewußte Arbeit.

Es ist wichtig zu sehen, wie sehr die Praktiken der Hausgeburt verbunden sind mit der spätmodernen Bewegung der Körperaufwertung einerseits, und wie sie über Struktur und Inhalte des Körperbooms wieder Techniken entwickeln, die gewissen spirituellen und sozialen Ritualen anderer Kulturen sehr ähnlich sind. Die spirituelle Meditation des Cuna-Gesanges konzentriert die geistige Wahrnehmung auf einen lebenswichtigen Körpervorgang und vergegenwärtigt ihn in seiner Funktionalität. Heutige Formen der Bewegungswahrnehmung wie Feldenkrais, Bewegungsmeditation und Eutonie gehen ähnlich vor: eine durch Meditation herbeigeführte bewußte Bewegungswahrnehmung kann bereits zu einer Änderung im Körpergeschehen führen, das selbst ein Produkt von bestimmten »Äußerlichkeiten« und »Innerlichkeiten« ist (vgl. Duffner 1993, S. 96f). In Anlehnung an den Nobelpreisträger Holger Sperry wird die Bewegungsmeditation (vgl. Schleske 1993, S. 100ff) folgendermaßen erklärt. »Unser Geist (mind, M.N.) wirkt [aber auch] unmittelbar auf unseren Körper ein und auf die physiologischen und biochemischen Vorgänge. Spannung und Entspannung, Streß und Angst, aber auch Freude, Hoffnung, Liebe haben zunächst geistige Anteile und erfassen uns dann in unserer gesamten Existenz. (...) Eine disziplinierte geistige Tätigkeit (also die Meditation, M.N.) ist es hier, die zu Entspannung und Streßbewältigung verhilft. Meditation ermöglicht darüber hinaus Erfahrungen von Einheit zwischen Leib und Seele und verhilft zu der Gewißheit, daß es hinter der materiellen Oberfläche der Dinge eine geistige Ordnung gibt, eine Ordnung, die alles trägt und alles durchdringt« (Schleske 1993, S. 100).

Es war mir ein Anliegen, die vielschichtigen Qualitäten von Ritualen im Zusammenhang mit der Geburtspraxis darzustellen. Mit einem Seitenblick auf andere Kulturen wurde deutlich, daß bei uns humane Rituale erfunden werden, die in ihrer symbolischen Bedeutung individuell immer neu verhandelt und vereinbart werden müssen. Sie gestalten einen beziehungsorientierten Rahmen, in dem Grenzerfahrungen und sozialer Tod, Prozesse der Destabilisierung und der kreativen oder heilsamen Neu-Integration möglich werden. Es bleibt eine offene Frage, wie und inwiefern eine Annäherung und Integration von subjektorientierten Ritualen und Medizintechnik machbar sein wird. Grundsätzlich glaube ich, daß die Entwicklung von körper- und subjektbezogenen Ritualen heute ein wichtiges Element in der Erarbeitung einer humanen politischen und medizinischen Kultur darstellt, vor allem, wenn sie die Technik auch selber benützen und nicht einfach ablehnen, sondern einbeziehen. Die Entwicklung von Hausgeburts-techniken und von Formen der Zusammenarbeit mit der Medizin enthält einen zentralen Gesellschaftsbezug und stellt im Kleinen eine Integration des Globalen und des Lokalen, des Abstrakten und des Konkreten dar.

- 1 Er bleibt eine unerläßliche »Sicherheitsbasis für jedwelchen Sozialbereich. [...] Ohne den Körper könnten die Elemente nicht hergestellt werden, über die fast immateriell operierende Sozialsysteme sich reproduzieren. Ohne das Wahrnehmungssensorium und die Bewußtseinsvorgänge von Menschen wäre es (dies) nicht möglich« (Bette 1989, S.25).

## Literatur

- Bette, Karl Heinz (1989): *Körperspuren. Zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeit.* Berlin, New York.
- Christmann, Fred; Dietrich, Markus; Larbig, Wolfgang (Hrsg.) (1993): *Ambulante Verhaltensmedizin und Psychotherapie. Der Blick über den Zaun.* München: Quintessenz.
- Duffner, T. (1993): *Die Feldenkraismethode in der Psychotherapie.*  
In: Christmann, F., et al (Hrsg.): 94-99.
- Jordan, Brigitte (1987): *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatàn, Holland, Sweden and the United states.* Montreal.
- Levi-Strauss, Claude (1958): *Strukturelle Anthropologie.* Frankfurt 1967.
- Nadig, Maya (1990): *Die gespaltene Frau – Mutterschaft und öffentliche Kultur.*  
*Psyche*, Nr. 1, S. 53-70.
- Nadig, Maya (1990): *Die soziale und subjektive Ausprägung der Mutterschaft bei den Maya in Yucatàn und in unserer urbanen Gesellschaft.* Interim 8, Museum für Völkerkunde, Frankfurt.
- Schelske, W. (1993): *Bewegungsmeditation – selbsttherapeutische Streßbewältigung und Förderung eines ökologischen Bewußtseins.* In: Christmann, F., et al (Hrsg.): S. 100-112.
- Winnicott (1949): *Haß in der Gegenübertragung.* In: Ders. (1983): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse.* Frankfurt, S. 77-90.

Cornelia Hühn »Nötigung zur Mutterschaft?«  
**Auswirkungen von Abtreibungsstigmatisierungen<sup>1</sup>**

**Einleitung und Grundlegendes zu Polarisierungen und Spaltungen bei**

**Mutterschaft und Abtreibung** Nachdenken über Abtreibung auf einem großen Kongreß über Mutterschaft bedeutet, über die andere Option nachzudenken, die grundsätzlich immer auch vorhanden ist, wenn eine Frau schwanger ist. Ich werde in Variation des Themas dieser Tagung über einige Aspekte der Schwierigkeit sprechen, in dieser Gesellschaft nicht Mutter werden zu wollen.

Ich will Ihnen Gedanken darüber vorstellen, daß und wie durch staatlich-patriarchale Abtreibungsreglementierungen und -verbote wichtige Aspekte des Begehrens, der Aktivität und der Aggressivität von Frauen repressiv beeinflußt und unsichtbar, bzw. unbewußt gemacht werden sollen. Mutterschaft soll durch diese einseitige Wertung und Beeinflussungsversuche zur selbstverständlichen Norm werden, was ihr, bzw. den betroffenen Frauen und auch Kindern, überhaupt nicht guttut.

Beim Nachdenken über Abtreiben und Gebären ist eine sonderbare Polarität festzustellen, die, psychologisch gesprochen, den Charakter einer Spaltung hat: Von einem durchschnittlichen »Grundkonsens« her ist Mutter werden, Schwangerschaften austragen und Gebären grundsätzlich eher positiv konnotiert. Abtreibung, also eine konkrete Tat zur Verhinderung von Mutterschaft, ist seit vielen Jahrhunderten eher in der Schmutzedecke. Mit wichtigen Ausnahmen, die aber strukturell als Bestätigung der Regel angesehen werden können: Gebären wird dann negativ konnotiert, wenn bestimmte Merkmale der Mutter oder des entstehenden Kindes als negativ oder gar »wertlos« angesehen werden – von Individuen oder gesellschaftlichen Gruppen. Oder wenn

1 Der vorliegende Text ist eine von mir für diesen Kongreß erweiterte und überarbeitete Fassung einer gemeinsamen Arbeit mit Lisa Müller: Eindringende Beratung als Grenzverletzung – Zwangsberatung für Frauen mit Abtreibungswunsch, in: S. Düring, M. Hauch (Hrsg.), Hetero-sexuelle Verhältnisse, Stuttgart 1995.

die Mutterschaft einer Frau als dysfunktional im Rahmen anderer Interessen und Ansprüche an sie angesehen wird. In diesen Fällen kann dann ein Schwangerschaftsabbruch zu etwas ganz Ehrenwertem oder gar Selbstverständlichem oder Geforderten werden.

Kinderwunsch klingt erstmal grundsätzlich positiv. Klingt Abtreibungswunsch dagegen nicht sonderbar – und erregt leicht Befremdung bis Ablehnung. Abtreibung ist in der herrschenden Meinung oft nur mit Leid verknüpft vorstellbar. Das Denken an etwas Positives im Kontext von Abtreibung kann dann manchmal in der absonderlichen Vorstellung und Denkverwirrung kulminieren, daß Abtreibung für die betroffenen Frauen, die sie wünschen, etwas angestrebtes Positives sei.

Es gibt strukturell zwei Arten von Wünschen: etwas Erwünschtes haben zu wollen und andererseits Trennungs- oder Beseitigungswünsche aller Art, das heißt etwas Ungewolltes loswerden zu wollen, was immer mit Aggressionen einhergeht.

Es ist wichtig, in Erinnerung zu behalten, daß die meisten Frauen, die abtreiben, schon Mutter sind oder es später werden. Die Aufteilung: hier Mutter – dort Abtreiberin ist empirisch falsch und konstruiert Spaltungen.

Abtreibung ist eine reale Erfahrung im Leben einiger Millionen Frauen in Deutschland, sie besitzt damit schon statistisch gesehen Normalität.

Fast jede Frau, die heterosexuell aktiv ist oder war, hat schon ein- oder mehrmals in ihrem Leben gedacht oder befürchtet, ungewollt schwanger zu sein – was bei mehr als 400 Menstruationszyklen im Leben einer Frau wenig erstaunt; von daher ist Abtreibung eine Möglichkeit, die heterosexuellem Liebesleben inhärent ist. Abtreibung ist eine im Lauf von Tausenden von Jahren von Menschen entwickelte Kulturtechnik, um mit dem normalerweise vorhandenen Fruchtbarkeitsüberschuß von Frauen umgehen zu können. Als wichtige Kulturtechniken ermöglichen Verhütungsmittel, Methoden der Einnistungsverhinderung und Abtreibungsmethoden das sexuelle und generative Begehren von Menschen, die in einem komplizierten Spannungsverhältnis zueinander stehen, mehr oder weniger zu integrieren und handhabbar zu machen. Frauen können sich für das Austragen, das Schwangerschaften-in-sich-wachsen-lassen und Kindern-das-Leben-schenken entscheiden – und sie können ihre Schwangerschaften ausstoßen und

zerstören. Es gibt bei verschiedenen Frauen völlig unterschiedliche Motive zum Gebären und zum Abtreiben – ob sie uns jeweils gefallen, ist eine ganz andere Frage. Abtreibung ist an sich weder ein Akt der Selbstbestimmung oder der Fremdbestimmung, Abtreibung kann eine hochneurotische Konfliktlösung sein und eine reife und gesunde Entscheidung – wie übrigens das Kinderkriegen auch.

Es gibt Frauen, die einen starken, einen ambivalenten und gar keinen Kinderwunsch haben. Für diese Frauen fühlt sich eine Schwangerschaft und eventuelle Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch jeweils sehr unterschiedlich an. Die Reaktionen und Gefühle können von »nur erleichtert« bis »nur schmerzlich« in den Extremen ein außerordentlich weites Spektrum umfassen. Frauen sind unterschiedlich.

Viele wichtige Bereiche des existentiellen und politisch relevanten Themas berühre und erwähne ich nicht – was nicht bedeutet, daß ich sie für unwichtig halte. Es erscheint mir angebracht, dies kurz voranzuschicken – zur Vermeidung von Mißverständnissen, die beim Thema Abtreibung oft in hochemotionaler Weise entstehen.

Meine Ausführung wird zwei Stränge haben: einerseits das Herausarbeiten infantiler, psychoanalytisch gesprochen, unbewußter Phantasien, die sich auf Schwanger-sein, Gebären und Abtreiben beziehen, und die eine häufig nicht erkannte große Bedeutung im Abtreibungsdiskurs und in der Abtreibungspraxis haben und beides regressiv und repressiv aufladen können. Andererseits eine Analyse der Zwangsberatung, der sich in Deutschland fast alle Frauen mit Abtreibungswunsch unterziehen müssen, in die oben erwähnte infantile Phantasien eingehen und benutzt werden.

Die Zwangsberatung für Frauen mit Abtreibungswunsch bietet besonders gute Möglichkeiten zu untersuchen, wie wenig selbstverständlich und akzeptiert die Entscheidung von Frauen gegen Mutterschaft in dieser Gesellschaft ist.

Zwangsberatung ist ein Unikum: Bei keiner anderen Entscheidung, die von sozialer und psychischer Bedeutung für ihr eigenes Leben ist, müssen Frauen ein staatlich angeordnetes Gespräch zum Überdenken ihrer Entscheidung mit einer fremden Fachkraft führen. Es gibt auch keine Zwangsberatung bei erwünschter Mutterschaft. Schon das stigmatisiert die Entscheidung gegen Mutterschaft deutlich.

Wie zentral die Zwangsberatung im Rahmen des Abtreibungsdiskurses und der Abtreibungspraxis in Deutschland ist, zeigen die aktuellen unsäglichen Aktivitäten Bayerns, die Zwangsberatung weiterhin zu verschärfen und die Debatte darüber.

Die Untersuchung der Zwangsberatung als ein Beispiel für Stigmatisierung von Abtreibung, das in unserer Gesellschaft zentral angewendet wird, ist als die Analyse einer prototypischen patriarchalen »Stimme« angelegt, die Definitionsmacht ausübt, die Frauen zu entwürdigen und zu entsubjektivieren versucht. Sie ist ein bedeutsamer Teil des Abtreibungs- und Mutterschaftsdiskurses, sie gestaltet Frauenbilder mit und verfolgt bestimmte Interessen.

**Grundlegendes zum Eindringen und Ausstoßen** Ich möchte einige Aspekte des Eindringens und Ausstoßens anschauen, die in mehrfacher Hinsicht eine Rolle beim Thema Abtreibung spielen.

Ein wichtiger Punkt fällt beim Sprechen und Denken über Abtreibungen oft weg, bzw. wird unbewußt gemacht – vor lauter Sprechen über die schwierigen und dramatischen Aspekte – nämlich der, daß Schwangerschaften ja auch aus einem sehr lustvollen Eindringen und Sich-Vereinigen entstehen können und oft entstehen. Lustvolle Heterosexualität wird beim Thema Abtreibung fast nie erwähnt. Das Nachdenken über die auffällige Ausblendung der Sexualität und der konstruktiv-aggressiven Aspekte im Abtreibungsdiskurs wird ein wichtiger Faden in meiner Darstellung sein. Es wird um die Unterscheidung von selbstbestimmtem Eindringen-Lassen und enteignendem Eindringen und, damit verbunden, um gewünschtes Ausstoßen und die Verhinderung von Ausstoßen sowie Ausstoßverbote gehen.

Bei sexuellen Akten verleihen die Gefühle der beteiligten Individuen den motorischen Handlungen Bedeutung. Das Faktum »Vagina um Penis« sagt nichts darüber aus, ob es sich um eine Vergewaltigung oder um eine lustvolle Vereinigung handelt. In vergleichbarer Form bedeutet die Entfernung der Leibesfrucht aus der Gebärmutter der Frau als Faktum nichts ohne die Bedeutung, die sie für die betroffene Frau oder das Paar hat. Abtreibung kann das erleichternde Ausstoßen einer grundlegend ungewünschten oder im Verlauf eines Prozesses abgelehnten Schwangerschaft bedeuten oder ein tief traumatisie-



rendes Herausreißen einer sehr erwünschten Leibesfrucht – um zwei extreme Varianten des weiten Feldes der Erlebnismöglichkeiten bei Abtreibungen zu benennen. Die Herausnahme des Embryos oder Fötus aus der Gebärmutter gewinnt ihre Bedeutung erst aus den Wünschen und Entscheidungen der betroffenen Frau. Der Wunsch der Frau, abzutreiben, bedeutet die Ablehnung und das Ausstoßen der Leibesfrucht, auch wenn in unserer Kultur die Frau Hilfe anderer Menschen in Form einer Behandlung zum praktischen Vollzug ihrer Ausstoßung braucht – vergleichbar mit Geburtshilfe.

Bei Abtreibung wird die Möglichkeit, die Frauen haben, etwas aktiv auf- und anzunehmen oder aktiv auszustoßen, zu entfernen, unübersehbar, prototypisch deutlich.

Das aktive Eindringen und Ausstoßen, kulminierend in der Ejakulation von Sperma, ist in herrschenden patriarchalen kulturellen Bildern und Phantasien den Männern vorbehalten. Die Absolutsetzung des Männlichen kann dann im Wort Sperma, Samen, weiterverfolgt werden. Dies stellt wiederum eine Selbstüberschätzung der männlichen Potenz dar, da das Wort Samen die gesamte Frucht bezeichnet, die dann ja nur noch vom Sämann in die Muttererde eingepflanzt werden muß, um dort zu wachsen. Das Unsichtbarmachen weiblicher sexuell-generativer Aktivität und Entscheidungs-Potenz zieht sich als roter Faden durch die gesamte Diskussion von Abtreibung und Zwangsberatung.

**Infantile Mutterbilder und deren Abwehr im Abtreibungsdiskurs** Wie alle zentralen existentiellen und psychosexuellen Ereignisse im menschlichen Leben, wie z. B. Geburt, Menarche, Wechseljahre, Elternschaft, löst auch Abtreibung eine Vielzahl von Affekten und bewußten und unbewußten Phantasien, Ängsten und Konflikten aus. Das Besondere an Abtreibung ist, daß hier vier zentrale menschliche Themen zusammenkommen: Sexualität, Fruchtbarkeit, Macht und Aggressivität bzw. Zerstörung. Bei der Beschäftigung mit Abtreibung kommt es immer wieder zur Vermischung und Verwechslung von Phantasien und Realität. Durch Abtreibungsverbote und Stigmatisierungen wird diese regressive Vermischung immer wieder reproduziert.

Die archaischste und bedrohlichste Ebene von destruktiven Phantasien und Abwehrprozessen, die durch Abtreibung mobilisiert werden kann, steht im Zusammenhang mit Phantasien und Ängsten aus der

frühen Mutter-Kind-Beziehung. Hier spielen Abhängigkeit, Allmachts- und Ohnmachtsphantasien eine zentrale Rolle. Die real abtreibende Frau wird mit dem Bild der frühkindlichen Mutter verwechselt, so daß infantile Ängste den Diskurs färben und auch die realen Umgangsweisen mit abtreibenden Frauen. Die Leibesfrucht im Körper der Frau, die eine Potentialität ist, wird mit einem ausgewachsenen Baby gleichgesetzt. Auf das Ausstoßen und die Zerstörung der Leibesfrucht bei einer von der Frau gewünschten Abtreibung wird entdifferenzierend wie auf die Tötung eines schon geborenen Kindes reagiert. Hier sind archaische Prozesse im Gang, die Frauen, bzw. das Frauenbild spalten: die abtreibende Frau wird zur bösen zerstörerischen frühen Mutter, zur »bösen Brust« im Sinne der psychoanalytischen Theoretikerin Melanie Klein und die austragende Frau zur »guten Brust« idealisiert. Dabei wird verleugnet, daß die Leibesfrucht in der Frau noch im Wachsen ist, in einzigartiger Zwei-Einheit mit der Frau ist und nur zum tatsächlichen Kind werden kann, wenn die Frau dies bejaht und einem Kind das Leben schenken will. Die Verleugnung dieser Tatsache ist auch eine Verleugnung der Abhängigkeit des Fötus von der ihn nährenden Frau, ohne die er nicht existieren kann. Hierbei ist der Uterus nicht nur Nährboden und Gefäß. Genauso wie zum lustvollen Geschlechtsakt gehört zum lustvollen bzw. erwünschten Schwangerschafts- und Gebärakt das Begehren der Frau als Subjekt. Die Möglichkeit der Aggression durch Ablehnung oder Ausstoßen ist bei Sexualität und Fruchtbarkeit die sichernde, negative Hintergrundbedingung, die das Leben von Begehren und Lust ermöglicht.

Der Umgang mit Frauen als quasi verfügbaren Teilobjekten, als Nährboden für den Fötus, zieht sich mit infantiler Logik durch die herrschenden Abtreibungsdebatten. Die Schwangerschaftsleistung der Frau als Subjekt, wie Renate Sadrozinski es treffend benannt hat, wird hierbei unterschlagen.

Auch Frauen selbst tragen diese infantilen Bilder in sich. Wenn die Frau ganz überwiegend mit dem abzutreibenden Embryo identifiziert ist, erlebt sie sich nicht als erwachsenes handelndes Subjekt mit verschiedenen Optionen, sondern als die allmächtige, monströse und destruktive Mutter ihrer infantilen Phantasien stark schuldhaft.

Frauen, die stark konflikthaft diese frühe Mutter als böses Introjekt in sich tragen, erleben sich und ihren Körper, besonders ihren gebärmütterlichen Innenraum bei Abtreibungswunsch leicht real als Verkörperung des Bösen und Destruktiven.

Archaische Phantasien über die eigene destruktive Innenwelt werden zusätzlich dadurch geschürt, daß kollektive Phantasien über die Mutter als Ursprung und Verursacherin alles Bösen existieren und auch kulturell gefördert werden. Abtreibung als aggressive Tat von Frauen wird gesellschaftlich als Projektionsfläche benutzt und als Ursprung des Bösen vorgeführt.

Die existentielle, narzißtische Wut auf die Mutter, die ein Eigenleben hat, die sich unterschiedlich entscheiden und sich auch den Bedürfnissen des Kindes verweigern kann, kann den Wunsch mobilisieren, Frauen mit Gewalt, Gesetzen und z. B. auch mit Beratungsverpflichtungen daran zu hindern, ihre Eigenständigkeit zu leben, wozu auch das Verwerfen und damit verbundene Zerstören von Schwangerschaften gehört. Diese Kontrollversuche gehen alle von der Phantasie aus, die Mutter beherrschbar machen zu können. Das Bundesverfassungsgericht formulierte 1993 in dieser infantilen Logik das absurde Gesetz, das der Frau »die grundsätzliche Rechtspflicht auferlegt, das Kind auszutragen«.

Durch Abtreibungsverbote, Restriktionen und Zwangsberatungen wird eine Verkehrung der Positionen angestrebt. Die mächtige, destruktive Frau soll zur abhängigen Bittstellerin von Vater Staats Gesetzen, Ärzten oder Beratungsstellen gemacht werden. So werden Frauen oft als zu schwach oder unfähig zum Austragen einer Schwangerschaft dargestellt, sei es aus sozialen, ökonomischen, psychischen oder körperlichen Gründen. Oder sie werden als von bösen, verantwortungslosen Männern zur Abtreibung genötigte Opfer dargestellt. Alle diese natürlich möglichen und auch existierenden Realitäten gerinnen im repressiven Abtreibungsdiskurs zu Klischees. Die aktive Potenz, die Aggression und Macht der Frau wird verleugnet, die im Abtreibungsvorgang deutlich wird.

Die Verknüpfung und der Widerspruch zwischen infantiler Phantasie und Abtreibungsrealität begegnet uns auf absurde Weise in der double-bind-Konstruktion des Bundesverfassungsgerichts-Urteils

wieder, die eine Abtreibung nach absolvierter Zwangsberatung als zwar rechtswidrig, aber dennoch straffrei definiert. Ein und dieselbe Tat wird auf zwei Ebenen behandelt: auf der infantilen Ebene ist Abtreibung ein kriminelles Delikt und auf der realen, lebenspraktischen Ebene, die doch nicht völlig von den Lebensrealitäten der individuellen Frauen und gesellschaftlichen Bedingungen absehen kann, läßt man Abtreibung straffrei »durchgehen«.

Man kann auch nicht einfach die Hälfte der weiblichen Bevölkerung in den Knast stecken!

Der unverantwortliche, ja inhumane Umgang mit dem auch immer wieder lässig geäußerten Tötungsvorwurf bei dieser Art von in unserer Gesellschaft inzwischen salonfähiger Abtreibungsgegnerschaft wäre einen eigenen Vortrag wert. Meiner Auffassung nach handelt es sich dabei um eine Form von »Frauenhetze« – diesen Tatbestand gibt es aber sowohl in justitiabler wie in ethischer Form nicht – und gleichzeitig, praktischerweise, um eine Verharmlosung tatsächlichen Tötens und Mordens. Mir erscheint es als sinnvoll und klärend, den Begriff Töten für geborenes Leben zu reservieren. Der aggressive und zerstörerische Akt, den eine Abtreibung bedeutet, soll aber keineswegs »soft« verharmlost werden. Diese defensive Mimikry schwächt den selbstbewußten Umgang mit Abtreibungen und unterstützt leider die anhaltende Positionierung des Schwangerschaftsabbruchs in der Schmutzlecke: scham-, schuld- und leidbeladen.

**Gebärneid und die Abwehr von weiblicher Potenz** Im folgenden geht es um einige Konsequenzen des männlichen Neides auf die weibliche sexuelle und Fortpflanzungspotenz, der Gebärneid, Schwangerschafts- und Abtreibungsneid einschließen kann. Die damit verbundenen Bilder und Phantasien, bei denen es um Entwertung, narzißtische Kränkungen, Scham-, Schuldgefühle und deren Abwehr geht, stellen weiteren Zündstoff im Abtreibungsdiskurs dar.

Schon in der Bibel versucht der patriarchale Gott durch seinen Fluch über Eva ihre fruchtbare Potenz zu demontieren und zu einem Leid zu machen: »Unter Schmerzen sollst du Kinder gebären und der Mann soll dein Herr sein.«

Evas Entdeckungslust und Potenz (als erste Sexualforscherin) im Paradies über Geheimnisse, Seinsfragen und Sex wurde durch den

männlichen Gott und seine irdischen Nachfolger auch nach dem Paradies behindert. Die raumgreifende Erforschung des Penisneides der Frau, durch überwiegend männliche Forscher hingegen, scheint lustvoller und angstfreier zu sein und dient praktischerweise gleichzeitig Abwehrzwecken.

Die Potenz der Frau wird in patriarchalen Gesellschaften entwertet, verleugnet und bekämpft, weil sie dem Mann seine eigene Begrenztheit vor Augen führt und seinen Neid auf das andere mobilisieren kann. Der infantile, patriarchale Mann ist schon in der Sexualität stark eingeschränkt, intersubjektives Erleben zuzulassen, in dem Mann und Frau Subjekte ihres Begehrens sind. Dieser Mann verleugnet die aktiv-zupackende, einsaugende genitale Fähigkeit der begehrenden Frau. Die Erregung der Frau wird von diesem Mann gleichsam einverleibt und ihr als Lustspende »zurückgegeben«. »War ich gut?« fragt er sie danach.

Der Abtreibungswunsch der Frau konfrontiert den Mann mit ihrer aggressiven und Entscheidungspotenz, wodurch sie für ihn als Subjekt mit eigenem Willen ins Blickfeld gerät. Sowohl gegen den Willen des Mannes abgebrochene als auch ausgetragene Schwangerschaften können den Mann mit starken Ohnmachtsgefühlen und Gefühlen der Bedeutungslosigkeit konfrontieren und Regressionsprozesse auslösen. Der Mann kann erleben, daß das von ihm mitgeschaffene Produkt zerstört und sein kostbarer Anteil, gleichsam als Symbol für ihn, entwertend ausgestoßen wird. Die dadurch entstehende narzißtische Wut kann zu dem Wunsch führen, die Frau notfalls mit Gewalt zum Austragen der Schwangerschaft zu zwingen. Gesamtgesellschaftlich wird die abgewehrte männliche Kränkung z. B. durch Abtreibungsverbote und Zwangsberatung agiert. Die 200 Seiten des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes sprechen diesbezüglich Bände.

In unserer Kultur wird durch einen repressiven Abtreibungsdiskurs das im Ereignis Abtreibung liegende Entwicklungspotential für Frauen und Männer vergeudet. Stattdessen werden Erfahrungen von Enteignung der eigenen Potenz und Machtlosigkeit für Frauen systematisch hergestellt. Da viele Frauen ihre sexuellen, generativen und aggressiven Potenzen nicht sicher integriert haben, werden durch verordnetes Eindringen und Enteignen frühere schwächende Erfahrungen verstärkt und festgeschrieben. Dies stellt eine Fortsetzung dessen dar, wie in unserer Kultur das Ausprobieren, die Erforschung und Repräsentanz

enbildung eigener Lust und vitaler Aggression schon bei kleinen Mädchen eingeschränkt wird.

Autonomer und lustvoller Umgang mit den eigenen sexuellen und generativen Potenzen ist auf diesem Hintergrund für Frauen alles andere als eine Selbstverständlichkeit und muß von vielen Frauen hart erarbeitet werden. Für Frauen bieten die erwachsenen psychosexuellen Ereignisse, zu denen Schwangerschaft und Abtreibung gehören können, jeweils wieder neue Chancen, lustvolle und aggressive Strebungen zu integrieren und die damit in Zusammenhang stehenden Konflikte zu bearbeiten. Schwangerschaften bergen für Frauen (und Paare) immer auch Entwicklungschancen, wenn sie möglichst selbstbestimmt mit den äußeren Realitäten integriert werden können. Das bewußte Erleben, eine sichere Repräsentanzbildung und die Integration von sexuellen und generativen Lüsten, von Kinderwunsch und Nicht-Wunsch, von Aggression, Trauer, Schuldgefühlen, Verantwortung, Grenzen, Fähigkeiten und vielem mehr, wird durch Einflußnahmen und Reglements erschwert bzw. unbewußt gemacht.

Stigmatisierungen von Abtreibungen können z. B. stark erschweren, daß Frauen sehr wohl auch auf ihre Schwangerschaften und Leibesfrüchte stolz sein können, auch wenn sie sie nicht weiterwachsen lassen und Kindern das Leben schenken wollen. Diese Aspekte von Stolz und Freude über die eigene Fruchtbarkeit werden, ähnlich wie Sexualität, beim Sprechen über Abtreibung oft unbewußt gemacht.

Auch das Erleben eines bewußten und aggressiven Nein zur Fortsetzung einer Schwangerschaft wird durch Abtreibungsverbote und Stigmatisierungen erschwert. Die allgemeine tiefe Abwehr der weiblichen Aggression bei Abtreibung zeigt sich deutlich in Äußerungen wie: »Keine Frau treibt leichtfertig ab«, oder »Abtreibung darf natürlich keine Methode der Geburtenregelung sein.« Diese rechtfertigenden Äußerungen, die die Aggression von Frauen im Abtreibungsakt vermeiden und verstecken, findet man bei fast allen Äußerungen zu Abtreibung. Es macht offenbar Angst zu sagen: Frauen treiben ab, wenn sie es wollen. Frauen können auch aggressiv sein.

**Zwangsberatung als Machtmittel zur Unterdrückung von Frauen und zur Produktion von Unbewußtheit** Die ausschnittsweise dargestellten, bei Abtreibungen wirksamen Abwehrstrukturen, finden eine gebündelte Ausdrucksform in der Zwangsberatung.

Zwangsberatung ist das Sprachrohr, durch das die Mißbilligung der patriarchalen Gesellschaft in die Frau eindringen und sich einnisten soll. Hiergegen hilft eigentlich nur Abtreibung! Der Beratungszwang ist ein anmaßender Gestus, analog eines aggressiv und ungefragt penetrierenden Mannes oder einer übergriffig kontrollierender Mutter, die die Frau zum beherrschbaren Objekt machen wollen.

Bei der Zwangsberatung ist ein strukturierendes Moment das Eindringen: Frau darf nicht, wie sonst in Fragen, die ihre Intimsphäre betreffen – und was ist intimer als Sexualität und Schwangerschaft – mit sich alleine und mit Menschen, die sie selbst hinzuzieht, eine Entscheidung fällen. Sie muß ein gesetzlich vorgeschriebenes Gespräch über ihre Schwangerschaft und ihren Abtreibungswunsch führen. Die Bescheinigung über die Absolvierung dieses Gesprächs stellt den Erlaubnisschein für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch dar. Man könnte diese Form des Eindringens als staatlich geförderter Voyeurismus bezeichnen. Elfriede Jelinek bezeichnete das Ausforschen der Privatsphäre der Frauen in Zusammenhang mit den Memminger Prozessen einmal als Obszönität, die weitaus deftiger als Pornographie sei. Ich finde, daß sie es auf ihre bekannt gnadenlose Art auf einen passenden Begriff gebracht hat. Eine Frau, die schwanger ist, aber es nicht bleiben will, benötigt in unserer Gesellschaft einen Schlag – einen Rat»schlag«.

Dieser Eingriff macht Mutterschaft zur selbstverständlichen Norm, er definiert durch seine bloße Existenz eine Entscheidung gegen Mutterschaft als etwas abweichendes, nicht prinzipiell achtenswertes. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes konstatiert explizit, daß die Entscheidung einer Frau zum Schwangerschaftsabbruch keine »achtbare Gewissensentscheidung« sei.

Zwangsberatung ist nach den neuen Gesetzesregelungen in Deutschland das zentrale, moderne Sanktionierungsinstrument. Das Fundament der Zwangsberatung ist die fundamentale Negierung der Frau als Subjekt und handelnde Person. Alle Einzelheiten der Zwangsberatung müssen auf dieser Grundlage der fundamentalen Ent-Sub-

jektivierung der Frau verstanden und analysiert werden. Die bloße Existenz von Zwangsberatung – unabhängig von ideologischen Zielbestimmungen – bedeutet eine Entmündigung von Frauen, die »Nein« sagen. Parallelen zu Umdeutungen und Verkehrungen ins Gegenteil bei Vergewaltigungsmythen drängen sich hierbei auf: »Wenn Frauen Nein sagen, meinen sie eigentlich Ja«, oder »Nur ich weiß, was sie wirklich will!« Atemberaubend ist die überhebliche Selbstverständlichkeit, mit der sich übergriffige Belehrungen, pathologisierende Konfliktdefinitionen, Lobpreisungen der Mutterschaft und Moralisierungen als roter Faden durch die Beratungsanweisungen des Bundesverfassungsgerichts-Urteils ziehen.

Die Schwangerschaft der Frau, die sich in ihrem Körperinneren befindet, wird zum Anlaß genommen, in den psychischen Innenraum der Frau zu penetrieren. Gleichzeitig bedeutet dies die symbolische In-Besitz-Nahme von weiblicher Potenz und selbstbestimmter Gestaltung ihrer Innenräume. Der freie Wille der Frau als Subjekt, wem sie Zugang zu ihren körperlichen und seelischen Innenwelten gestatten will und wen sie abwehren oder sogar ausstoßen will, wird durch Zwangsberatung negiert und aktiv demontiert. Frauen wird kein eigener Körperraum und Entscheidungsraum zugestanden.

Die durch die Frauenbewegung geschaffenen kulturellen, männerfreien Frauenräume stellen wichtige faktische und symbolische Beanspruchungen und Besetzungen eigener, selbstbestimmter Räume dar. Nicht umsonst waren und sind sie Stein des Anstoßes für Männer. Männer werden dadurch ganz konkret und sinnlich mit ihrer Begrenzung konfrontiert, nicht jederzeit Zugang zu Frauen und ihren Räumen zu haben.

Prototypisch ist die Zwangsberatung ein Ort, wo die freie Entfaltung der psychischen und körperlichen Räume strukturell und symbolisch verhindert wird.

Indem die staatlichen Interessen und Bevormundungen in der Zwangsberatung in den Formulierungen des Bundesverfassungsgerichts-Textes stets in ein pseudounterstützendes und sorgendes Verhalten eingebettet werden, soll und wird die gewaltsame Struktur undurchsichtig gemacht.

Das Instrument der Zwangsberatung sind Techniken psychologischer Beratung, die mißbräuchlich angewandt und mit dem Etikett



»Konfliktberatung« versehen werden. Mißbräuchlich, weil gerade die zentralen Kriterien für wirkliche Konfliktberatung mißachtet werden: Freiwilligkeit, Abstinenz, wohlwollende Neutralität, die erst wirkliche Einfühlung in Ambivalenzen ermöglichen. Zum Eindringen in die Intimsphäre eines Menschen, was durch psychologische Beratung geschieht und zur Bearbeitung von innerpsychischen Konflikten notwendig ist, ist die explizite Erlaubnis des betroffenen Menschen unabdingbare Voraussetzung – für ein Eindringen im guten, produktiven Sinn. Im Rahmen eines Zwangssettings sind solche Voraussetzungen nicht herstellbar.

Kontrastierend einige Zitate aus dem Bundesverfassungsgerichts-Urteil: »Soll die Verantwortung der schwangeren Frau für das ungeborene Leben Grundlage einer gewissenhaften Entscheidung werden, so muß die Frau sich eben dieser Verantwortung bewußt sein, die sie nach dem Beratungskonzept in spezifischer Weise trägt. Dabei muß sie wissen, daß das Ungeborene insbesondere auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat, also auch im Frühstadium der Schwangerschaft nach der Rechtsordnung besonderen Schutz genießt. Mithin muß der Frau bewußt sein, daß nur in Ausnahmesituationen nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen werden darf, nämlich nur, wenn der Frau eine Belastung erwächst, die so schwer und ungewöhnlich ist, daß sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Dessen muß sich die beratende Person vergewissern und etwa vorhandene Fehlvorstellungen in für die Ratsuchende verständlicher Form korrigieren ... Die dazu notwendigen Bewertungsmaßstäbe hat ihr – soweit erforderlich – die Beratung in verständlicher Weise zu vermitteln. Danach jedenfalls vermag die Frau in gleicher Weise wie jeder Handelnde im Augenblick seines Handelns ihr Tun rechtlich zu beurteilen. Die Wissenschaft hat Methoden dafür entwickelt, wie bei der Bewältigung von Konflikten Hilfe geleistet werden kann; sie werden auch praktiziert. Ein Konzept, das den Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens in den ersten zwölf Wochen einer Schwangerschaft vornehmlich durch Beratung gewährleisten will, kann darauf nicht verzichten. Jede Beratung muß daher darauf angelegt sein, ein Gespräch zu führen und dabei die Methoden einer Konfliktberatung anzuwenden.«

Alleine mit der Analyse dieses Zitats könnte ein Vortrag gefüllt werden. Diese verquastenen Auslassungen und der staatlich verordnete Mißbrauch psychologischer Beratung ist höchstes deutsches Recht.

Selbst wenn die Beraterin wohlwollend und die Interessen der Frau im Blick habend die Frau berät, übt sie strukturelle Gewalt im Auftrag staatlicher Interessen aus. Die Beraterin sollte sich ihrer Position als Ausführungsorgan staatlicher Gewalt bewußt sein und im Gespräch mit der Frau damit reflektiert und explizit umgehen. Das Verwischen dieses unschönen Machtaspektes kann bei Frauen gerade in der Situation einer Schwangerschaft, die mit erhöhter Durchlässigkeit einhergehen kann, zu erheblichen Verwirrungen und auch Schädigungen führen.

Der Vortrag begann mit Aspekten intersubjektiv lustvollen Eindringens, die eine entscheidende Rolle spielen beim Zustandekommen vieler Schwangerschaften – und in deren Gefolge – auch Abtreibungen. Die repressive Situation Zwangsberatung schreibt strukturell Sexualfeindlichkeit fest. Sie stigmatisiert nämlich Heterosexualität, die nicht zu Kindern führen soll. Durch die Fokussierung auf die Erhaltung des Embryos, normative Mutterschaft und durch die moralisierende Verurteilung von Abtreibung erschwert die Zwangsberatung den Schutz lustvoller Sexualität eines Paares, das seine Lust auch durch eine Abtreibung verteidigen kann. Zwangsberatung erschwert ebenfalls, daß eine Frau sich unlustvoll zustandegekommener Leibesfrüchte aggressiv entledigen kann.

Es mangelt in den Darstellungen unserer Kultur an Ausführungen und Symbolen konstruktiver weiblicher Aggressivität. Könnte nicht auch selbstbestimmte Abtreibung dazu beitragen, diese Lücke zu füllen?

Margaretha Kurmann **»Wer will schon ein behindertes Kind?«**  
**Eugenische Tendenzen als Zwang zum gesunden Kind**

Die Inhalte, Thesen und Ideen dieses Vortrags sind entstanden in den Begegnungen und in der Auseinandersetzung mit schwangeren Frauen in der Beratung bei ›Cara e.V.‹, mit anderen »Betroffenen«, die in der psychosozialen Arbeit mit diesem Thema berührt sind, mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen, die sich »politisch« mit dem Thema beschäftigen, in einer praktisch-theoretischen Reflexion. Sie sind auch entstanden vor dem Hintergrund eigener »Betroffenheit«. Nicht als potentiell schwangere Frau – sondern dadurch, daß meine zentralen Lebenseinstellungen berührt sind und ich darauf emotional/rational – mit Hilflosigkeit, Angst, Zorn, Verwirrung, Aktivieren von Lebenslust, Sehnsüchten, frauenpolitischen Haltungen, Visionen etc. – reagiere: eben mit Betroffenheit.

So möchte ich meine Ausführungen verstanden wissen als Anregungen und Anstoß zur Auseinandersetzung; als Sichtbarmachen dessen, was im Umgang mit der Thematik oft genug verdrängt wird und als Versuch, diese Aspekte zu benennen und anzuschauen. Dabei ist mir der Platz meines Themas in der Reihe und im Kontext meiner Vorrednerinnen und Nachfolgerinnen wichtig.

Meine Vorrednerinnen haben auf den unterschiedlichen Ebenen die Herrschaftsverhältnisse deutlich gemacht, unter denen Frauen heute Mütter werden oder eben nicht. Sie haben Ent-Machtung und Ent-Eignung von Frauen und die Risiken und Nebenwirkungen eines medizinisch-technischen Umgangs mit Schwangerschaft aufgezeigt, die zu Lasten von Frauen gehen.

Ich möchte an dieser Stelle kritisch beleuchten, was funktional ist innerhalb des Angebots und der Inanspruchnahme vorgeburtlicher Diagnostik. Gemeint sind die als Fortschritt verstandenen Wirkungen, der Gewinn: Die Selektion behinderter Föten; die Vermeidung von »krankem« Nachwuchs; Selbstbestimmung von Frauen durch selektive Diagnostik; Verantwortungsabgabe von Frauen, die in der Inanspruchnahme von selektiver Diagnostik die ihnen zugeschriebene Verantwortung für Reproduktion und Beziehungsarbeit, »Vermensch-

lichung« dieses auf Funktion ausgerichteten Systems verweigern und für »gesunde« Kinder zu sorgen bereit sind. Dabei leiten mich die folgenden Arbeitsthesen und Fragen.

In der berechtigten Kritik an Pränataler Diagnostik, sie setze sich auf Kosten von Frauen durch, wird die von den AnbieterInnen und NutzerInnen erwünschte, »eugenische«, normorientierte, auf Ausschluss und Verhinderung beruhende Sicherheit der »Normalen« oftmals ausgeklammert bzw. dieser Kritik nachgeordnet. So kommt sie in der Auseinandersetzung selten zum Tragen. Es sind sowohl die kritischen Seiten wie der Eigennutz zu berücksichtigen und für die Entwicklung von Perspektiven notwendig zu reflektieren. In der einseitigen Sicht, betroffene Frauen als Opfer der Medizin zu sehen, wird die bestehende Situation festgeklopft: Sie macht tendentiell handlungsunfähig.

Wir kommen nicht umhin, wenn wir die grundlegenden ethischen, unser Menschenbild betreffenden Fragen, mit denen wir es bei diesem Thema zu tun haben, nicht »anderen« (Männern, Experten, Medizinern, Technokraten ...) überlassen wollen, selbst Entscheidungen zu fällen und Normen zu setzen.

Wollen wir selektive Diagnostik? Wenn ja, unter welchen Bedingungen, und wie wollen wir, daß vorgeburtliche selektive Diagnostik angeboten wird? Wie stellen wir uns zu den »Nebenwirkungen« der Diagnostik: der möglichen Geburt lebender Kinder nach eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen? Um genau dieses zu verhindern, wird inzwischen in manchen Kliniken der Fötus gezielt im Mutterleib getötet, bevor die Geburt eingeleitet wird. Ist das Früheuthanasie? Diese Diskussion müssen wir führen.

Diese Fragen stellen sich in Bezug auf eine frauenpolitische Auseinandersetzung um kollektive Selbstbestimmung von Frauen. Und diese Fragen stellen sich für AnbieterInnen und AkteurInnen im Medizinsystem: Wie wollen wir – MedizinerInnen, Hebammen, PädagogInnen, PolitikerInnen, BeraterInnen damit umgehen; wie wollen wir unserer Verantwortung für dieses Thema jeweils gerecht werden?

**Vorgeburtliche Diagnostik – der selektive Blick** In den vergangenen Jahren hat sich die routinemäßige und häufig unreflektierte Anwendung vorgeburtlicher Untersuchungen zunehmend im Alltag der Schwangerenvorsorge etabliert. Nur ein geringer Teil der Technik ist »Diagnostik«

im traditionellen Sinne, die auf Therapie und Heilen ausgerichtet ist; den Kern dieser Diagnostik bildet der selektive Blick.

Im folgenden beziehe ich mich auf diesen Bereich. Die »Therapie« nach selektiver Diagnostik ist in der Regel der Schwangerschaftsabbruch. Es hat eine Verschiebung von der »Bekämpfung« von Krankheiten zur »Bekämpfung« von potentiellen Krankheitsträgern stattgefunden. Die bedenklichen/bedenkenswerten Folgen dieser selektiven Untersuchungen für das gesellschaftliche Klima wie für die einzelnen Frauen und Männer sind erheblich, werden jedoch kaum in den Blick genommen. Fast jede Frau wird heute – erwünscht oder aufgedrängt – mit den Möglichkeiten, gesellschaftlichen und medizinischen Selbstverständlichkeiten und damit Entscheidungszwängen zu vorgeburtlicher Diagnostik konfrontiert: Ultraschalluntersuchungen sind die Regel für jede schwangere Frau, ohne daß deren selektiver Charakter überhaupt wahrgenommen wird; der Triple-Test als »harmloser« Bluttest zur Errechnung des individuellen Risikos für ein Kind mit Down Syndrom oder Spina bifida gehört in vielen gynäkologischen Praxen zum Alltag; an jede Frau über 34/35 Jahre wird von ihrer/ihrem Gynäkologin/en die Fruchtwasseruntersuchung herangetragen. Viele Frauen gestalten diese Situation, indem sie sich unhinterfragt und dankbar der »normalen« Routine überlassen. Auf diese Weise wird das den selektiven Untersuchungen innewohnende Konfliktpotential in seinem Ausmaß erst deutlich, wenn »Störungen« in der Routine auftreten: sogenannte auffällige Befunde; Schwangerschaftskomplikationen; Fehlgeburten; späte eugenische Schwangerschaftsabbrüche, die Geburt lebender Kinder nach späten Abbrüchen oder die Verweigerung einer medizinischen Indikation usw. An diesen Bruchstellen werden die Widersprüche der Diagnostik deutlich, die jedoch auch, wenn »alles gut geht«, was ja die Regel im Empfinden vieler ist, vorhanden sind. Um die Widersprüche zum Menschenbild soll es im folgenden im Zusammenhang mit Eugenik gehen.

Zur Geschichte der Eugenik Gedanken zur und der Wunsch nach »Auslese« in Bezug auf die Fortpflanzung/Reproduktion von Menschen sind sehr alt. Sie gehen einher bzw. haben ihre Wurzeln in einem dichotomen, spaltendem Verständnis von Natur/Materie/Stofflichkeit und Geist, welches sich von der Antike bis heute herausgebildet hat. Diese Spaltung

stellt die »bloße« Materie dem alles formenden und somit beherrschenden »Geist« gegenüber. Ausprägungen dieses Denkens finden sich in der Hierarchie von Natur – Kultur, Leben – Tod, Rationalität – Gefühl, Kopfarbeit – Handarbeit, Männlichkeit – Weiblichkeit.

An der Wende des 19. zum 20. Jahrhundert erfuhren diese Vorstellungen einen rasanten Aufschwung. Es entstand die Eugenik. Das Ziel/ die Utopie der Eugeniker als eine wissenschaftliche Bewegung dieser Zeit war eine Gesellschaft von Menschen mit »guten« Genen, die als eine leidfreie und gesicherte erhofft wurde.

Bettina Rainer schreibt dazu: »Diese Utopie ist nur durch einen (im wahrsten Sinne des Wortes) Großangriff auf die menschliche Natur zu erreichen, da sie als sterbliche, verletzbare und begehrende die Realisierung dieses Ziels grundlegend in Frage stellt«, (Rainer, S.65).

Diese eugenischen Vorstellungen waren völlig unabhängig von religiösen oder parteipolitischen Zugehörigkeiten. Gerade auch linke Parteien und soziale Bewegungen wie z. B. Teile der Frauenbewegung waren von den vermeintlich sozialen Lösungen – als Vermeidung von sozialem Leiden – die die Eugenik anbot, fasziniert. Eugenik birgt in diesem Verständnis eine Möglichkeit vom diesseitigen »Paradies« – wie Frauen heute das »gesunde Kind« erhoffen als Garant oder zumindest einen guten Anfang für glückliche Beziehungen, für eine geglückte Mutterschaft. Das herrschende soziale Elend wurde verknüpft mit den Vorstellungen von defekten Genen als deren eigentliche Wurzeln. So wurde die »Auslese«, Selektion zum Heilsversprechen, zur Lösung. Im Nationalsozialismus wurde Eugenik als Rassenhygiene durch Zwangssterilisation und Ermordung sogenannter »kranker«, behinderter Menschen durchgesetzt. »In der Mehrheit arbeiteten die deutschen Eugeniker und Genetiker aktiv mit den Nationalsozialisten zusammen, als es darum ging, die in »Rassenhygiene« umbenannte Konzeption in konkrete Schritte umzusetzen«, (Waldschmidt, s. 336). Die nach dem Zusammenbruch des »Dritten Reiches« erfolgte kontinuierliche Weiterentwicklung dieser Wissenschaft in der Humangenetik ist von den Kritikern der Humangenetik umfassend belegt. In ihren Entstehungszeiten waren vorgeburtliche genetische Untersuchungen bei der Humangenetik angesiedelt. Im Laufe der rasanten Fortentwicklung der technischen Möglichkeiten und der breiten Anwendung wurden sie immer mehr zum Teil der Schwangerenvorsorge und konnten sich damit in gynäkologischen Praxen

und Kliniken etablieren. In der vorgeburtlichen selektiven Diagnostik erscheint Eugenik heute in Gestalt von präventivem Bemühen. In dem von schwangeren Frauen erlebten massiven äußeren und inneren Druck, diese Untersuchungen »vernünftigerweise« vornehmen zu lassen, wird der tiefe Glaube an die Macht der Gene, an Eugenik, deutlich. Eugenische Vorstellungen von der Machbarkeit sogenannter gesunder Kinder werden heute nicht mehr zwangsweise durchgesetzt, sondern sie können an die individuellen Bedürfnisse anknüpfen und setzen sich so durch Selbstregulierung und Anpassungsleistungen der einzelnen Frauen durch. In welchem Maße sie heute Alltag und wie machtvoll sie sind, erleben wir alle auf den unterschiedlichen Ebenen. In der Berufung auf die individuelle Entscheidungsfreiheit wird der Zwang zur Normanpassung unkenntlich und damit schwer zu greifen.

Die Geschichte um den §218 macht deutlich, wie – obwohl es in der Praxis immer um Selektion ging und geht – eugenisches Denken und Wollen zunehmend verschleiert wurde: von der eugenischen zur embryopathischen und heute zur medizinischen Indikation. In der medizinischen Indikation ist der eugenisch/selektive Hintergrund völlig verdeckt und die Lösung dieses Widerspruchs den Frauen angelastet. Auf eine Anfrage an die Bundesregierung zum Umgang mit der Tötung von Ungeborenen vor einem späten Schwangerschaftsabbruch lautet dann auch die Antwort: »Ziel der Behandlung ist demnach die Beendigung der Schwangerschaft aus den genannten Gründen (der Gesetzestext zur medizinischen Indikation, M.K.), darf jedoch nicht die Tötung des Kindes sein.« (Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Kleine Anfrage vom Juni 1996)

**Die Bedeutung von Gesundheit für unser Menschenbild** In unserer Kultur sind Schönheit und Gesundheit – wie immer sie auch gefüllt sind – grundlegende Garanten von Sinn und Glück. In diesem Verständnis wird Krankheit zum Fremden, das uns zutiefst bedroht und »bekämpft« werden muß.

Gesundheit und Krankheit werden objektiv und statisch definiert. Sie enthalten immer die Bewertungen von »Gut« und »Böse«. Das Gesunde wird mit dem »Leben« schlechthin und Krankheit, Behinderung mit Lebensbedrohung/als Bedrohung von Sinnhaftigkeit und Glück identifiziert. Diese Normsetzungen sind Grundlage vorgeburt-

licher Diagnostik und werden in deren alltäglicher Anwendung selten hinterfragt.

»Gesundheitsdiskurse sind immer auch Normalitätsdiskurse. Gesundheit ist ein Feld der Herstellung von gesellschaftlich gewünschtem und gefordertem Verhalten und Habitusformen. Gesundheit ist in diesem Sinne ein Ort sozialer Kontrolle«, (Keupp, S. 57).

Gesunde und kranke Gene werden zum zentralen Bestimmungsmerkmal, das Menschsein ausmacht. Dabei wird das, was wir mit »behindert« bezeichnen, gemessen an Leistungsfähigkeit und Funktionsbereitschaft innerhalb dessen, was diese Gesellschaft braucht. Die Würde des Menschen wird immer mehr von seinem Wert überlagert und teilweise ersetzt. Der gesunde, schöne Mensch ist unabhängig, kontrolliert, körperbeherrscht und vernünftig. Diese Normsetzung beinhaltet die Ausgrenzung und Diskriminierung von Abhängigkeit, Angewiesensein auf Beziehungen, Schicksalhafterem, Störungen.

Letztendlich gibt es die Tendenz, die totale Ausgrenzung zu vollziehen, indem das »Menschsein« den Ausgegrenzten gänzlich aberkannt wird. Unsere Solidarität gilt dann konsequenterweise denen, die dazugehören. In der Diskussion um Fetozyd und Früheuthanasie wird dieser Mechanismus klar. Peter Singer führt in seiner praktischen Ethik, in der er Kriterien dafür sucht, wann ein Mensch ein Mensch ist und damit ein unantastbares Lebensrecht hat, das weiter, was Eugenik und selektive Diagnostik auch beinhalten. Wie das auch im individuellen Innern funktioniert, wird in vielen Beratungen aber auch in Fortbildungen deutlich. In Beratungen benennen viele Frauen einen Konflikt darin, daß sie durch eine Fruchtwasseruntersuchung ein »gesundes Kind!« gefährden oder töten könnten und demzufolge Schuldgefühle diesem gegenüber hätten. In dem Mißtrauen, die Diagnosen könnten falsch sein und dann werde ein »gesundes Kind« abgetrieben, findet sich eine andere Form dieser Ausgrenzung.

Dieser Begriff von Leben und Krankheit hat sich verselbständigt vom konkreten Menschen und somit von der konkreten Lebenswirklichkeit von Menschen, die zum Objekt gemacht werden.

In der Abspaltung und medizinisch-technischen Festlegung von »Krankheit« haben biomedizinisch-technologische Lösungen folgerichtig Vorrang vor sozialpolitischen Lösungen: Selektive/eugeni-



sche Kontrolle schwangerer Frauen als Kontrolle des Ungeborenen hat individuell und gesellschaftlich Vorrang vor dem Versuch, ein gesellschaftliches Zusammenleben zu gestalten, in der Vielfalt von Lebensäußerungen von Menschen, auch behindertes Leben, erlaubt, wenn nicht gar erwünscht ist.

Neue Lösungen in eugenischen Bestrebungen scheinen sich in präventiven Ansätzen zu zeigen. Prävention als frühzeitige Verhinderung von Krankheit und Behinderungen erscheint unverdächtig: Prävention kann doch nur gut sein! Aber Prävention in unserem Themenbereich ist geknüpft an die eben beschriebenen Vorstellungen von Gesundheit einerseits und Behinderung andererseits. Somit ist Prävention immer neben Hilfe auch soziale Kontrolle. Mit vorgeburtlicher Diagnostik wird – präventiv – die Leibesfrucht und damit die schwangere Frau kontrolliert und an Normalität angepaßt. In diesem Feld »Gesundheit«, welches für unsere Kultur zum LebensGrund schlechthin geworden ist (Hauptsache: gesund!), treffen gesellschaftliche Anforderungen und Normierungen mit den Bedürfnissen einzelner Frauen und Männer eben nach jenem sicheren Lebensglück zusammen. Dies vielleicht um so mehr, als die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten in einer immer undurchschaubarer und komplexer werdenden Welt enger werden und unser Leben vielfach geprägt ist von Ohnmachtserfahrungen z. B. durch ökologische Bedrohung und soziale Unsicherheiten auch für unsere Kinder.

Angebote und medizinische Versprechen zur optimalen Ausgestaltung des eigenen Körpers und eines »gesunden« Kindes sichern das eigene Selbstverständnis: Ich bin eine gute Frau, eine gute Mutter, ein guter Mensch. Heiner Keupp nennt dies das »Wollen des Gesollten«, (S.64).

Diese Gesundheitsvorstellungen sind ausgerichtet auf die Erfolgreichen, auf SiegerInnen. Petra Schlüter formuliert: »Das selfmanagement des eigenen Reproduktionsschicksals ist so zugleich individuelles wie gesellschaftliches Ziel. Gemeinsames Kriterium für ein erfolgreiches Management ist die Vermeidung von nicht oder nur schwer in diese Gesellschaft integrierbare Menschen«, (Schlüter S. 108).

Diese normierende, selektive Theorie und Praxis von vorgeburtlicher Diagnostik wird in Angebot und Nachfrage sichtbar. Die eugeni-

schen Tendenzen sind dabei mehr oder weniger ausgeprägt, offen oder verdeckt, bewußt oder unbewußt auf allen Ebenen gesellschaftlicher Realität zu finden.

**Das Angebot der Medizin** In unserer Kultur hat sich ein Wandel vom Erfahrungswissen zum abstrakten Wissen vollzogen. In der medizinisch-technologischen Schwangerenvorsorge – in unserem Fall die vorgeburtlichen selektiven Untersuchungen – wird die MedizinerIn die SpezialistIn oder gar SpezialspezialistIn (z. B. Ultraschall), ohne deren Wissen und Deutungen wir offensichtlich kein Wissen über uns oder über werdendes Leben haben können. Medizin wird damit zur Instanz sozialer Normprägungen, ohne daß dies sowohl für die AkteurInnen im Medizinbetrieb noch für die NutzerInnen erkennbar wird. Altersrisiko, Risikoschwangere, Schwerstbehindert, Sicherheit, gesundes Kind etc. sind normierende Begriffe.

Durch die paternalistische Arzt-Patientin-Struktur – wie wir sie aus eigenen Erfahrungen kennen – wird ein Hinwies von einem Arzt/einer Ärztin zur bedeutungsvollen Empfehlung. Dies hat bewirkt – wie wir es im Kontakt mit schwangeren Frauen immer wieder bestätigt sehen – und bewirkt weiterhin, daß GynäkologInnen und andere am Angebot beteiligte Berufsgruppen in ihrem Bewirken – nicht immer in ihrem Wollen – zu PropagandistInnen selektiver Diagnostik geworden sind.

Die Diagnosen vorgeburtlicher Untersuchungen sind »projektiv«: Sie verweisen auf eine vermutete Zukunft hin. Im Heute sind sie nicht wirklich überprüfbar. Als ExpertInnenwissen bleibt die Überprüfung den ExpertInnen oder gar ExpertInnenexpertInnen; für die Anderen, NichtexpertInnen sind lediglich die Bilder, die z. B. in dieser Gesellschaft zu »Behinderung« und dem Umgang mit Normabweichungen existieren, das, was sie nachvollziehen können. Frauen entscheiden dann auf dem Hintergrund dieser Bilder und nicht aufgrund von sinnlich wahrnehmbarem Wissen über ihre Schwangerschaft.

Viele MedizinerInnen verweigern die Anerkennung ihrer normsetzenden sozialen Funktionen. Das Beharren auf der rein technischen Seite der Diagnostik und die Betonung »Wir machen lediglich ein Angebot – entscheiden müssen die Frauen« täuscht eine Neutralität vor, die es, wie ich versucht habe aufzuzeigen, auf der Seite des Angebots von selektiver Diagnostik nicht geben kann. Die ethische Verantwortung für

die gesellschaftlichen und individuellen Implikationen und Folgen pränataler Diagnostik wird der einzelnen schwangeren Frau aufgebürdet.

**Bewertung der Menschen im sozialen Umfeld** Frauen bringen in die Beratung immer wieder ein, wie sie von ihrem sozialen Umfeld – und das sind Du und ich – zur Inanspruchnahme der Fruchtwasseruntersuchung gedrängt werden. Es wird an ihre Vernunft appelliert, Ängste vor der ungewissen Zukunft geweckt oder einfach vermeintlich gutmütig deutlich gemacht: »Das mußt Du aber selbst wissen!« Daß durch diese Haltung (bei werdenden Vätern häufig anzutreffen!) signalisiert wird: »Komm mir nicht mit den Folgen – bleib mir vom Hals«, bleibt unsichtbar. Nicht nur die werdenden Mütter wünschen sich pflegeleichte Kinder, die Menschen im sozialen Umfeld der Frauen – werdende Väter, Freundinnen, ArbeitskollegInnen, etc. – wünschen sich auch pflegeleichte Mütter.

**Die Nachfrage von Frauen** Nun möchte ich noch einige Aspekte aus der Sicht von Frauen anschauen. Mit Vergnügen stelle ich hier die betroffenen schwangeren Frauen an den Schluß, werden sie doch sonst in der Debatte um die ethischen Fragen gerne an erster Stelle zur Abwehr eigener Entscheidungen und Verantwortung benutzt.

Die einzelne schwangere Frau ist die letzte im Karussell der Verantwortungsverschiebungen, nur kann sie die Entscheidung nicht weiterreichen. Und dennoch hat auch sie Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten und verhält sich aktiv zu den eugenischen Fragen.

Bezeichnenderweise war die eugenische Indikation in der Frauenbewegung kein Thema. Es gibt eine Frauenkritik an der Selektion weiblicher Föten durch Fruchtwasseruntersuchungen in Indien – einem »Entwicklungsland!« – nicht aber an der von Föten mit Down Syndrom.

Diese Widersprüche nutzen AbtreibungsgegnerInnen gerne für ihre Politik aus; mir geht es an dieser Stelle aber um etwas anderes.

Schwangere Frauen nutzen die Angebote dieser Diagnostik, teilweise fordern sie sie auch zum Unbehagen der anbietenden MedizinerInnen massiv ein. Das sind nun die Geister, die sie riefen. Das heißt, daß Frauen hier – wie auch sonst im Leben – natürlich das auswählen, was ihnen in der Gestaltung ihres Lebens und der Bewältigung ihres Lebensalltags nützlich erscheint. Nun ist unser Lebensalltag auch nach

wie vor noch davon geprägt, daß die Reproduktions- und Beziehungsarbeit – all das, was die sozialen Härten dieses Systems abfedert wie die Sorge um die, die noch nicht (Kinder) oder nicht mehr funktions- und leistungsfähig sind – Frauen, »sozialen« und »biologischen« Müttern, obliegt.

Auf der anderen Seite sollen und wollen Frauen aber insbesondere auch im Berufsalltag funktionieren. Mit diesen Vorstellungen vom autonomen Subjekt ist »Mutterschaft« (»soziale« und »biologische«) nicht vereinbar. Sie beinhaltet Abhängigkeiten, soziale Risiken durch Verbindlichkeiten und Verbindungen in Beziehungen. So wird die genetische Kontrolle eine Hilfsmöglichkeit für Frauen, diese doppelten Anforderungen scheinbar abzumildern. Und: Die gesellschaftlichen Strukturen können so unangetastet bleiben.

Immer mehr Frauen verweigern, wenn sie es sich leisten können, das »Muttern«. Indem sie sich für alle bequem dem Zeitgeist anpassen, wird dieser Teil im Zusammenleben für überflüssig erklärt. Soziale Ausgrenzungen, Professionalisierung von Beziehungen und der Versuch, auffällige und störende Menschen zu verhindern, könnten eine Folge sein. Der eugenische Schwangerschaftsabbruch als aktiver Akt von Frauen kann sowohl Anpassung an als auch Widerstand gegen gesellschaftliche Zumutungen an sie als »Mutter« sein. Er kann bedeuten, die Verantwortung für gesellschaftliche Bedingungen (hier Behinderntenfeindlichkeit), die sie nicht geschaffen haben, zurückzuweisen, aber auch eigene Vorstellungen von »gesunden« Kindern umzusetzen.

Weiterhin ist es bedeutsam, daß der Wunsch und die Inanspruchnahme von Frauen nach selektiver Diagnostik dazu geführt hat, daß immer mehr Frauen mit dieser neuen Norm massiv konfrontiert werden. Für alle Frauen wird Schwangerschaft so zu einer nach gesundheitsnormierten Gesichtspunkten zu kontrollierenden gemacht.

**Perspektiven** Nun – wozu das alles? Meine Ausführungen haben ihren erkenntnisleitenden Ausgang in der praktischen Arbeit, in der Konfrontation mit den Widersprüchen dieser Technik. So möchte ich nun den Bogen am Schluß wieder dorthin spannen: Zur Erweiterung unserer Handlungsfähigkeit als professionelle HelferInnen im sozialen und medizinischen Netz, als mögliche Mütter und Väter; als politisch Handelnde.

An vielen Stellen in der Konfrontation mit den Widersprüchen und in der Hilflosigkeit, wenn sich das Verantwortungskarussell dreht, erscheint es mir hilfreich, von diesem Karussell abzuspringen, um sich Freiraum für Entscheidungen zu verschaffen. Dies bedeutet, die Glaubensfrage zu stellen: Glauben wir an die Glücks- und Heilsversprechen der genetischen Kontrolle? Glauben wir an ihre sozialen Lösungen als Vermeidung von individuellem oder sozialen Elend? Entspricht das Verständnis von Leben, Sinn und Gesundheit unserem Menschenbild und unseren Vorstellungen, unseren Visionen von Zusammenleben? Diese Ent-Machtung von Medizintechnik ist die Voraussetzung dafür, daß wir – alle Beteiligten – überhaupt entscheiden können, auch wenn eine Entscheidungsfreiheit in diesem Zusammenhang immer von der Macht des »Normalen« eingeschränkt bleibt.

Indem wir Pränatale Diagnostik mit unserem Menschenbild und Vorstellungen konfrontieren und daran überprüfen, heben wir deren vermeintliche Neutralität und ethische Beliebigkeit auf und können so eigene Positionen im praktischen Umgang umsetzen.

Wenn ich ernst nehme, daß die Leibesfrucht integraler Bestandteil einer Frau ist, müssen wir aus frauenpolitischer Sicht folgende Fragen zu selektiver Diagnostik stellen: Will ich, Frau, mich den eugenischen normierenden Vorstellungen von Menschsein und Leben anpassen? Entsprechen sie meinen Werten und Visionen? Unterstützt diese Technik Frauen in der Gestaltung ihres Lebens, wenn sie Mutter werden wollen? Welchen Stellenwert wollen wir dem Mutter-werden für das Selbstverständnis von Frauen geben und um welchen Preis? Sind die Vorstellungen dieser Medizin von »Frauen« und »Müttern« die unsrigen? Wenn ja, dann sollten wir Frauen bestimmen und aktiv gestalten, wie, wann und unter welchen Bedingungen sie angewandt werden sollen. Das bedeutet, die Verantwortung für diese Technik dann auch zu übernehmen und sie nicht den ExpertInnen zu überlassen. Vielleicht ist aber die »Freiheit«, selektive Diagnostik in Anspruch zu nehmen und auf diesem Hintergrund eine erwünschte Schwangerschaft dann (spät) abzubrechen nicht das, was wir wollen, wenn wir uns für ein selbstbestimmtes Leben einsetzen. Auf dieser Seite der Fremdbestimmung bleibt dann die Frage nach Widerstandsformen und nach Kreativität im Finden vieler Lösungen, z. B. der Frage nachzugehen, wo eigentlich die Männer in dieser Problematik sind.

Sind wir davon abgekommen, Forderungen an Männer zu stellen und lösen eben doch alles lieber selbst und alleine?

- Und: Wollen wir diesen §218 so, wie er jetzt ist? Einen §218
- mit verdecktem Gebärzwang auf der einen und einer verschleierten eugenischen/embryopathischen Indikation auf der anderen Seite;
- ohne Befristung in Bezug auf die alte embryopathische Indikation, die in der medizinischen aufgegangen ist, und damit den vorgegebenen Folgen wie Fetozyd oder der Geburt lebender Kinder, die dann liegen gelassen oder behandelt werden?

## Literatur

- Elisabeth Beck-Gernsheim: Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Frankfurt/Main 1991.
- Paula Bradish, Erika Feyerabend. Ute Winkler (Hrsg.): Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Beiträge vom 2. Bundesweiten Kongreß Frankfurt 28.-30. 10 1988, München 1989.
- Theresia Degener, Swantje Köbsell: »Hauptsache, es ist gesund«? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle. Hamburg 1992.
- Klaus Dörner: Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens oder: die soziale Frage, Entstehung, Medizinisierung, NS-Endlösung, heute, morgen. Gütersloh 1988.
- Heiner Keupp: Gesundheitsdiskurse als Identitätspolitik. Von der Fremd- zur Selbstvergesellschaftung. In: Heidrun Kaupen-Haas, Christiane Rothmaler (Hrsg.): Doppelcharakter der Prävention. Frankfurt a. M. 1995.
- Ernst Klee: »Euthanasie« im NS-Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Frankfurt/ Main 1983.
- Bettina Rainer: Euthanasie – Zu den Folgen eines harmoniesüchtigen Weltbildes. Reihe Frauenforschung. Wien 1995.
- Janice Raymond: Die Fortpflanzungsmafia. München 1995.
- Birgit Rommelspacher: Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin 1995.
- Petra Schlüter: Pränatale Diagnostik und das Problem der Selbstbestimmung von Frauen. Wissenschaftliche Halbjahresarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Politologin. Universität Hamburg 1991.
- Oliver Tolmein: Wann ist der Mensch ein Mensch? Ethik auf Abwegen. München Wien 1993.
- Anne Waldschmidt: »Lieber lebendig als normal!« Positionen der Behindertenbewegung zu Humangenetik und Pränataldiagnostik. In: Eva Schindele, Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg 1995.

Beate Schücking **Sind Hebammen die besseren  
Geburtshelferinnen? – Ein europäischer Vergleich**

Ich werde im folgenden die Hebammengeburtshilfe aus 8 europäischen Ländern, die ich im Rahmen eines Forschungsprogrammes bereist und untersucht habe, kritisch miteinander vergleichen.

Als Aufgabe der Hebamme im deutschsprachigen Raum gilt seit langem, wie z. B. vor 100 Jahren von Fehling formuliert: »Schwangeren auf Verlangen Rat zu erteilen, Gebärenden Beistand zu leisten und Wöchnerinnen und deren Neugeborene zu pflegen. Außerdem sollen sie die Fälle erkennen, in denen der Arzt notwendig ist (...) bei dringender Gefahr in solchen Fällen auch mit der größten Vorsicht und Gewissenhaftigkeit selbst eingreifen – und endlich den Arzt unterstützen und Aufgetragenes gehörig ausführen.«

In späteren Hebammenlehrbüchern finden sich als weitere Formulierungen: »Der Hebamme erste und unmittelbare Aufgabe ist es, für das körperliche Wohl und Wehe der ihr anbefohlenen Mutter und ihres Kindes zu sorgen« (1943); in der Nachkriegszeit heißt es dann: »die Hebamme hat die selbständige Verantwortung bei der normalen Schwangerschaft und der normalen Geburt – sie ist Erfüllungsgehilfin dann, wenn sie den Arzt gerufen hat und hat somit eine Doppelstellung« (1962). In heutigen Lehrbüchern wie im Hebammengesetz finden sich Formulierungen wie: »Die Hebamme soll für die Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind wirken.«

Als Aufgabe der Hebamme wird also zumeist gesehen, gesundheitsfördernd – nicht eingreifend, sondern beistehend und die Frauen unterstützend – zu handeln. Dies ist eine lange und gute Tradition ihres Berufes, die ich in allen europäischen Ländern wiedergefunden habe. Ich habe mich in erster Linie mit den Geburtserfahrungen der Frauen beschäftigt; im Spiegel dieser Berichte konnte ich feststellen, wie unterschiedlich Geburtshilfe und Geburtsmedizin in verschiedenen europäischen Ländern praktiziert werden. Denn wenn wir von Geburtshilfe als Tradition sprechen, müssen wir auch dazu sagen, daß es außerdem inzwischen eine vor allem in der zweiten Hälfte dieses Jahr-



hundreds technisch hochentwickelte Geburtsmedizin gibt – die sich freilich oft auch Geburtshilfe nennt und deshalb nicht immer auf den ersten Blick erkennbar scheint. Dennoch ist gerade in Abgrenzung zur eingangs definierten Geburtshilfe als Aufgabe der Hebamme eigentlich sehr deutlich, daß Geburtsmedizin alles ist, was medizinisch eingreifend – also absichtlich verändernd – auf den Ablauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wirkt. Das breite Spektrum von Möglichkeiten, das wir Ärzte und Ärztinnen hier erschlossen haben, von der Reproduktionsmedizin über pränatale Diagnostik bis zu allen Formen operativer und medikamentöser Steuerung des Geburtsablaufes, bietet in vielen Fällen krankhafter Verläufe entscheidende therapeutische Hilfe. Sein Vorhandensein soll uns aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß die allermeisten Frauen und Kinder dieser Eingriffe nicht bedürfen. Für sie stellt eine ausschließliche Geburtshilfe, wie sie von Hebammen geleistet werden kann, sogar die optimale Unterstützung dar, und ein zusätzlicher Einsatz geburtsmedizinischer Methoden kann neue Pathologien, nämlich iatrogen erzeugte, nach sich ziehen. Dieses Problem hat leider in der Medizingeschichte eine wiederholte Tradition – denken Sie an Semmelweis und die Ursachen des Kindbettfiebers, oder an den Einsatz von Röntgenuntersuchungen zur geburtshilflichen Diagnostik. Es scheint auch immer wieder aufzutauchen: aktuellstes Beispiel ist sicherlich die Überbewertung der Cardiotokographie in den letzten Jahrzehnten. Daß Geburtsmedizin dennoch ihre Berechtigung hat – daß es auch uns Ärztinnen und Ärzte braucht in diesem Bereich – wird dennoch von niemand ernsthaft bestritten.

**Näher eingehen möchte ich auf den Unterschied zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin** – und damit auf verschiedene Modelle von Gesundheitssystemen, die sich in Europa finden: Beispielsweise **die skandinavischen Länder** haben ein in ihren Ergebnissen (d. h. den Sterblichkeitsraten für Mütter und Kinder) seit Jahrzehnten unübertroffenes System, sowohl der Schwangerenvorsorge, wie auch der Geburtsbetreuung, das ganz auf dieser Trennung zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin fußt. In kleinen, wohnortnahen Geburtszentren tätige Hebammen und Kinderschwestern überwachen den Schwangerschaftsverlauf und die Entwicklung des Neugeborenen nach der Klinikentlassung; ihre Kolleginnen im Krankenhaus sind für alle normalen

Geburten verantwortlich zuständig. So benötigen mehr als 70 % aller Frauen keinerlei ärztliche Hilfe. Für die Frauen ist dies so selbstverständlich, daß sie erschrecken, wenn z. B. unter der Geburt der diensthabende Arzt den Kreißsaal betritt – und erleichtert sind, wenn dieser seine Anwesenheit mit der Suche nach einer Tasse Kaffee begründen kann. Von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen gemeinsam ausgeübte Geburtsmedizin tritt nämlich nur dort in Aktion, wo es zu Risikosituationen oder Komplikationen gekommen ist. Für diese – und nur für sie – wird alles an Technik bereitgestellt, was wir kennen, denn hier wird Sicherheit groß geschrieben. Allerdings gelingt es den skandinavischen Gesundheitssystemen wesentlich besser als unserem deutschen, echte Risiken zu erkennen und dann auch wirklich nur im spezialisierten Großkrankenhaus in excellenter Zusammenarbeit mit KinderärztInnen zu behandeln.

Resultat dieser Art zu arbeiten sind nicht nur sehr niedrige Sterblichkeitsraten, sondern auch ein insgesamt niedriger Prozentsatz von geburtshilflichen Interventionen – Kaiserschnittraten zwischen 11 und 12 %, vaginaloperative Entbindungen zwischen 5 und 7 % – und natürlich auch niedrigere Kosten.

Von den Frauen wird an diesem System zuweilen kritisiert, daß sie keine Wahlmöglichkeiten haben – in vielen Orten sind die Krankenhäuser zentralisiert worden – und daß ihnen durch die Trennung in ambulante und stationäre Bereiche keine kontinuierliche Betreuung (etwa durch die gleiche Hebamme in der Schwangerschaft, unter der Geburt und danach) geboten wird. Beides soll sich zukünftig verändern: z. B. durch die Einrichtung von geburtshausähnlichen, sog. ABC (Alternative Birth Center) -Abteilungen in den Kliniken, deren Effektivität in einer großen wissenschaftlichen Studie in Stockholm einwandfrei nachgewiesen wurde.

»Es war immer eine Hebamme bei mir, ich war nie allein – nur weil es so lange ging, mußten sie wechseln. Zum Schluß haben sie mir zu zweit geholfen. Da war eine ganz gute Atmosphäre im Kreißsaal – wir waren so ein Team: Mein Mann und ich, die beiden Hebammen und die Kinderchwester...und als er dann da war, der Kleine, haben sie uns gefeiert, wie an einem Geburtstag eben ...« erzählte z. B. eine 32-jährige norwegische Erstgebärende, die ihren 4800 g schweren Sohn spontan geboren hatte. Soviel Begleitung unter der Geburt und auch danach, im Wochenbett – auf jeder Wochenstation sind Hebammen die Leite-

rinnen, und das Nachgespräch mit der Hebamme in den ersten Tagen gehört meist zur Routine – ist natürlich nur mit einem guten Personalschlüssel möglich. So verfügt ein norwegisches Landkrankenhaus mit 350 Geburten im Jahr über 7,5 Hebammenstellen – in den Großkliniken der Städte sind es entsprechend riesige Hebammen-Teams von 75 und mehr Kolleginnen. Der schwedische Personalschlüssel ist noch großzügiger bemessen, so daß mir ein dortiger Kollege in einer Diskussion um Geburtshilfe in Europa an den Kopf warf, wir in Deutschland müßten überhaupt zuerst die Anzahl der Hebammen vervielfachen, bevor wir über eine Verbesserung der geburtshilflichen Strukturen mitreden könnten.

Vielleicht spielt auch die deutlich noch weiter vorangeschrittene Emanzipation der Frau in den skandinavischen Ländern eine Rolle – jedenfalls wird es als Selbstverständlichkeit angesehen, daß eine Hebamme nicht mehrere Frauen gleichzeitig gut betreuen kann, und daß jede Frau das Recht auf individuelle Betreuung hat.

Soviel zu Skandinavien. Ich denke, es ist deutlich geworden, welche Vorteile die dort praktizierte Trennung in Geburtshilfe und Geburtsmedizin für alle Beteiligten hat. Bis hin zu den statistischen Ergebnissen, die in hier veröffentlichten Zeitungsmeldungen über Geburtshilfe in Europa übrigens gerne unterschlagen werden.

**Holland:** Auf ähnliche Weise bewährt hat sich eine Trennung von Geburtshilfe und Geburtsmedizin in unserem Nachbarland Holland – dort noch in der Variante, daß von den 2/3 aller Frauen, die ohne ärztliche Intervention auskommen, die Hälfte auch kein Krankenhaus aufsuchen muß, sondern Geburt und Wochenbett gut betreut von Hebamme und Wochenpflegerin im Kreise der Familie verbringt. Entsprechend sind hier die Interventionsraten noch niedriger als in Skandinavien (z. B. Sectiofrequenz 7,9%). Besonders beeindruckend ist in all diesen Ländern die große Selbständigkeit und Selbstverständlichkeit, mit der Hebammen – die teilweise auch eine Ausbildung als Krankenschwester haben – arbeiten. Dies gilt ebenfalls für den geburtsmedizinischen Bereich, in dem sowohl Diagnostik wie z. B. Ultraschall, wie auch Therapie, z. B. das Setzen von Regionalanästhesie oder die Spontanentwicklung der Beckenendlage von Hebammen durchgeführt wird. Die Frauen, die mir über ihre Geburtserfahrungen berichteten, waren aber nicht in erster

Linie vom geburtsmedizinischen Wissen ihrer Hebammen beeindruckt – für sie stand im Vordergrund, wie gut sie sich geburtshilflich betreut gefühlt hatten.

Das bei uns wesentlich häufiger diskutierte holländische System bietet den Frauen mehr Auswahlmöglichkeiten und Kontinuität bei einem geringeren Grad an bürokratischer Organisation – dies spiegelt sich in den Schilderungen der Frauen wider, die mir dort enthusiastisch wie nirgendwo sonst von ihren Geburtserfahrungen berichteten.

»Ich fühlte mich so gut aufgehoben bei der Hebamme – bin auch gerne zu ihr gegangen (in die Hebammenpraxis), das war so gemütlich dort. Schade, daß es nun vorbei ist – bis zum nächsten Kind ...«

Ob es auch solche Erfahrungen sind, die mit dazu beitragen, daß die Frauen sowohl in Holland wie in Skandinavien deutlich mehr Kinder möchten und kriegen als in Deutschland? Viele andere Faktoren spielen hier sicherlich auch eine Rolle – aber vielleicht sollten unsere auf Geburtszuwachs bedachten PolitikerInnen sich einmal solchen Überlegungen öffnen.

**Osteuropa:** Die Erfahrungen aus den osteuropäischen, ehemals sozialistischen Ländern Europas sprechen nämlich eine ähnliche Sprache. Dort hat inzwischen westliche Technik in den Kreißsälen Einzug gehalten – der Anteil an Geburtsmedizin steigt, sehr zur Begeisterung vieler MedizinerInnen, die sich jahrzehntelang moderne Geräte gewünscht haben. Bei steigenden geburtshilflichen Interventionsraten sinken aber die Geburtszahlen ... teilweise dramatisch. In Interviews, z. B. in Tschechien, berichteten mir Frauen, sich nach wie vor einem von ihnen nicht beeinflussbaren System ausgeliefert zu fühlen. Dies bringt sie u. a. dazu, sich Zuwendung, »Protektion« genannt, z. B. durch Geld – und andere Geschenke zu erkaufen.

In den meisten dieser Länder sind sinnvolle Kontrollmechanismen wie die Einzelfallanalyse von mütterlichen und kindlichen Todesfällen ersatzlos gestrichen worden, als ob sie durch die technische Aufrüstung der Krankenhäuser entbehrlich würden. Die Möglichkeiten, durch Trennung in Geburtshilfe und Geburtsmedizin mit Unterstützung der Hebammen die Gesundheitssysteme kostengünstig und frauenfreundlich umzugestalten, werden bisher von dortigen GesundheitspolitikerInnen nur wenig berücksichtigt. Erste, erfreuliche Ansätze

dazu scheint es inzwischen in Sachsen und Brandenburg zu geben – es wäre zu hoffen, daß hiervon Signalwirkungen auf die östlichen Nachbarländer ausgehen. Die WHO hat klar erkannt, daß die sich leider verschlechternde gesundheitliche Lage der Frauen in den osteuropäischen Staaten (die Müttersterblichkeit ist z. B. vier mal so hoch wie in der EG) und den Ländern der ehemaligen Sowjetunion nicht durch den Aufbau einer teureren Geburtsmedizin à la USA, sondern vor allem durch eine gute, Hebammenzentrierte Geburtshilfe zu verbessern wäre.

Wie ich Ihnen am Anfang zitiert habe, wäre dies auch eine alte deutsche Tradition – die weiterzuverbreiten eine dankenswertere Aufgabe sein müßte, als die längst angelaufene »Erschließung neuer Märkte« für Milchpulver, Medikamente und technische Geräte!

**Hebammen sollten alle Gelegenheiten nutzen**, darauf aufmerksam zu machen, daß Geburtshilfe ihre Domäne ist – und daß es erwiesenermaßen zum Nutzen der Frauen in unseren wie in anderen Ländern ist, eine von Geburtsmedizin abgegrenzte Geburtshilfe in Hebammenhänden zu lassen bzw. zu geben. Die geschilderten internationalen Analysen unterstützen alle eine solche Position – auch wenn Hebammen sich manchmal vielleicht der geburtsmedizinischen Übermacht unterlegen fühlen. Hebammen können ihre Position verstärken, indem sie sich vornehmen, von den Nachbarländern zu lernen: z. B. die Trennung zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin im Alltag, d. h. auch in der Klinik deutlicher zu machen. Dies geht – wie in einer amerikanischen Studie nachgewiesen – oft schon durch die einfache Frage nach der Indikation. Wenn Frauen – und warum nicht auch Hebammen? – die sie behandelnden ÄrztInnen nur fragen: »warum ist dies jetzt notwendig?« sinkt bereits die Rate operativer Interventionen.

Hebammen werden es leichter haben, wenn ihre Berufsgruppe so stark wie möglich ist – d. h. wenn es in Deutschland möglichst viele, möglichst gut ausgebildete Hebammen gibt, die sich über ihre gesundheitspolitischen Forderungen einig sind und sie gemeinsam vertreten. Hier kommt der intensiveren, möglichst vierjährigen Ausbildung sicherlich eine Schlüsselposition zu. Um »skandinavische« oder »holländische« Verhältnisse zu erreichen, wird jede Hebamme gebraucht, denn auch steigende Ausbildungskapazitäten erhöhen die Gesamtzahl zu wenig, wenn im Schnitt nach 5 Jahren der Beruf wieder verlassen wird.

## Literatur

- Schücking, Beate (1994): Welche Hebammen sind die besten Geburtshelferinnen? In: Groß, M. (Hrsg.), Praxis im Wandel, HGH Schriftenreihe Nr. 4, 27-32.
- Schücking, Beate (1995): Frauen in Europa – unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt. In: Schiefenhövel, W.; Sich, D.;
- Gottschalk-Batschkus, C. (Hrsg.) (1995): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Berlin, 3. erw. Aufl., 381-391.
- Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1987): Wenn ein Kind unterwegs ist. Bericht über eine Studie, Kopenhagen.

Anne Wallheinke **Mutterschaft als selbstbestimmter Prozeß  
– Herausforderung für die Hebammen Praxis**

**Verständnis von Schwangerschaft in der gängigen medizinischen Praxis** Schwangerschaft wird in erster Linie angesehen als ein medizinisches Ereignis mit dem Augenmerk vornehmlich auf die physiologischen Vorgänge der Schwangerschaft und zunehmend auf die Gesundheit des Ungeborenen, was wiederum dokumentiert wird durch die seit 30 Jahren immer umfangreichere Schwangerschaftsvorsorge. Darin ist auch die vorgeburtliche Diagnostik ein fester Bestandteil und richtet ihren Blick unabhängig vom Befinden der schwangeren Frau auf die normgerechte Entwicklung des ungeborenen Kindes.

Seit Einführung der Mutterschaftsrichtlinien Mitte der 60er Jahre gehört die Schwangerenvorsorge zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Mit der Einführung des »Risikokonzepts«, ca. 10 Jahre später, sind kaum noch Hebammen in der Schwangerenvorsorge zu finden. Inzwischen kann nach über 50 Kriterien eine Schwangere zur Risikoschwangeren erklärt werden. Das wiederum gibt den Mediziner/innen die Berechtigung zu umfassender Diagnostik.

In Ballungsräumen werden inzwischen 60-70% der Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften eingestuft. Damit haben sich die ärztlichen Leistungen um 500% erhöht. Tatsächlich ist die Schwangerschaft nicht risikoreicher geworden in den letzten 20 Jahren. Trotz intensiver Schwangerenvorsorge blieben Säuglingssterblichkeit sowie die Morbidität des Säuglings annähernd unverändert.

Mit diesem kurzen Blick auf die Entwicklung der medizinischen Schwangerenvorsorge möchte ich verdeutlichen, wie stark sich von seiten der Medizin das Verständnis von Schwangerschaft als risikoreichem Zustand, der andauernder medizinischer Überwachung bedarf, verändert hat.

Zu keiner Zeit stehen Frauen derart unter sozialer Kontrolle wie während der Schwangerschaft. Sie werden in ihrem individuellen Verhalten überwacht und sind mit gesellschaftlichen Normen über verantwortungsvolle Mutter- bzw. Elternschaft konfrontiert. Damit müssen sie sich umso mehr auseinandersetzen, wenn diese nicht mit ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen an Begleitung übereinstimmen.

**Entwicklung des Berufsstandes der Hebammen** Ich möchte kurz die Entwicklung des Berufsverständnisses von freiberuflichen Hebammen in den letzten ca. 30 Jahren skizzieren. Freiberufliche Hebammen in der Hausgeburtsilfe gab es immer, wenn auch recht vereinzelt. Die moderne Hausgeburtsilfe entstand aus der Kritik am hier üblichen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt. Und doch bezog sich die Arbeit von Hebammen fast ausschließlich auf die Geburtshilfe. So versuchten Hebammen immer der Entmündigung von Frauen und der »Nichtwürde« von Neugeborenen als menschliche Wesen entgegenzuwirken. Hebammen haben lange Jahre nicht aktiv an der Entwicklung der Vorsorge bzw. Pränataldiagnostik teilgenommen. Mit aktivem Teilnehmen meine ich, eigene Wege bzw. eigene Vorsorgesysteme zu entwickeln und den Frauen anzubieten.

Aus diesem Kontext heraus kam es immer zur Trennung zwischen der medizinischen Vorsorge und Hebammenhilfe bzw. direkter Hausgeburtsilfe. Gleichzeitig wurden die Hebammen zunehmend konfrontiert mit der Verunsicherung der schwangeren Frauen durch die Fülle der Diagnostik und der scheinbaren Machbarkeit von Gesundheit, aber auch mit der Faszination der Schwangeren, ihre archaischen Ängste damit beherrschen zu können (Ängste vor Behinderung, Konfrontation mit dem Tod). Wenn wir uns diese Dimension vor Augen halten, ist es umso mehr verständlich, daß es diesen tiefen Wunsch gibt, Verantwortung abzugeben und Lösungen im sogenannten Außen zu suchen: Wie eine Diagnostik, die mir sagt, was ist, die mir Realität vermittelt und damit auch scheinbare Sicherheit. Und doch vergrößert sich die Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach »Machbarem«, nach »Kontrollierbarem« und dem Wunsch, sich zumindest beim Gebären, der Natur oder dem Leben hinzugeben.

Damit stehen Hebammen in der Freiberuflichkeit, d. h. frei von institutionsbedingten Zusammenhängen, in einem enormen Spannungsfeld.

**Entwicklung der Hebammen Praxis Bremen** Wir Hebammen, die Hausgeburtsilfe in Bremen anbieten, sind natürlich durch die gleichen Entwicklungen, wie beschrieben, geprägt. Das heißt, Fakt ist die zunehmende Verunsicherung der Frauen in der Schwangerschaft, trotz vermehrter Anzahl von Hausgeburtswünschen.



Wir haben hier in Bremen in der Vergangenheit vorwiegend alleine gearbeitet, in Zweierteams, oft in Kooperation mit einzelnen Ärzten, haben aber die gesamte Schwangerenvorsorge im Wesentlichen den Medizinerinnen überlassen. Daraus hat sich zunehmend auch eine Unzufriedenheit ergeben bezüglich unserer eigenen Position bzw. des Einflußnehmens auf die Entwicklung der Schwangerenvorsorge. Unsere Rolle war immer mehr, verunsicherte Frauen aufzufangen, die in der gängigen Schwangerenvorsorge das Gefühl hatten, auf Parameter reduziert zu werden. Unsere Position der guten Beraterin, die die Ergebnisse der Gynäkologen relativiert, war und ist nicht mehr ausreichend. Wir befanden uns immer mehr in einem reaktiven Verhalten, zumindest im gesamten Bereich des Geburtsvorfalles.

Aus dieser Entwicklung heraus entstand ca. vor 10 Jahren die Idee einiger Kolleginnen, eine eigene Praxis zu eröffnen. Entsprechende Räumlichkeiten mußten gefunden werden, Ausstattung, wie zum Beispiel CTG und vieles mehr. So entstand 1988 in Hemelingen unsere erste Hebammen Praxis. Seit 1990 befinden wir uns in der Parkallee 25. Bundesweit waren wir damit eine der ersten Hebammenpraxen. Inzwischen gibt es erfreulicherweise Hebammenpraxen in vielen Groß- und Kleinstädten.

**Inhaltliche Auseinandersetzungen in der Praxis – Unser Verständnis von Schwangerenvorsorge** Die Hauptarbeit in der Gemeinschaftspraxis war natürlich die Erstellung eines gemeinsam getragenen Konzepts für die Schwangerenvorsorge und damit verbunden unsere inhaltlichen Auseinandersetzungen mit den Mutterschaftsrichtlinien und den bestehenden Schwangerschaftsvorsorgemodellen. Durch unsere Berufsordnung sind wir zu bestimmten Untersuchungen verpflichtet, sind jedoch unabhängig von den Mutterschaftsrichtlinien der Ärzte, die ja in der Fülle an Parametern von vielen Gynäkologen in der Praxis noch überboten werden. So haben wir unter immenser inhaltlicher Arbeit über Jahre ein eigenes Konzept entworfen, durchaus auch auf dem Boden der Mutterschaftsrichtlinien, von denen wir einige Teile übernommen haben. Wichtig ist es uns, das System den schwangeren Frauen nicht als gegeben zu präsentieren, sondern eine Transparenz zu vermitteln, so daß die schwangere Frau selber entscheiden kann, das eine oder andere anzunehmen, bzw. sich dagegen zu entscheiden. Frauen sollten

sich über mögliche Konsequenzen der unterschiedlichen Diagnostik im Klaren sein, denn einige Untersuchungen haben eine Eigendynamik, die das Weiterleben des Kindes infrage stellen könnten.

Um das an einem Beispiel zu verdeutlichen, bietet sich der zweite Routinultraschall an, der üblicherweise um die 20. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird. Ist einer Frau ganz klar, selbst beim Diagnostizieren einer Behinderung das Kind auszutragen, entscheidet sich diese Frau möglicherweise gegen diese Form der Beurteilung ihres Kindes. Für den Ultraschall überweisen wir dann ggf. zum Gynäkologen.

Neben ganz traditionellen Untersuchungen, wie die Größe und Lage des Kindes zu ertasten, Herztöne abzuhören, Blutdruck-, Urin- und Gewichtskontrolle, einige Blutuntersuchungen, ergeben sich aus dem meist intensiven Gesprächskontakt der Frau und der betreuenden Kollegin eventuell noch mehr Untersuchungen. Eher entsteht das Gefühl von Sicherheit, durch den persönlichen Kontakt mit Hebammen, so daß viele Frauen auf weiterführende invasive Diagnostik verzichten. Dabei spielen sicherlich auch unsere Intuition und die Klarheit des Gegenübers eine wesentliche Rolle. Betonen möchte ich noch einmal, daß der Kontakt zwischen Hebamme und Frau bzw. dem Paar, das Wahrnehmen der schwangeren Frau in ihrem individuellen Prozeß und sozialem Gefüge das Kernstück unserer Betreuung ausmacht neben dem Erstellen diverser Parameter, die letztendlich als Hilfestellung dienen, die Schwangere in ihrer Gesamtheit zu erkennen. Bei medizinischen Risiken, die wir nicht mehr in unserem Rahmen verantworten können, überweisen wir dann zu Gynäkologen, bzw. Kliniken. Damit liegt unserer Arbeit das Verständnis zugrunde, daß Schwangerschaft zunächst einmal ein völlig normaler weiblicher Lebensprozeß ist, in dem eine Frau zur Mutter und ein Fötus zum Kind heranwächst. Dieser Wachstumsprozeß schließt gleichermaßen körperliche, seelische und soziale Veränderungen mit ein. Das Risiko ist bei diesem Verständnis die Ausnahme, eine Möglichkeit, jedoch nicht unsere Grundannahme.

Wir negieren nicht den medizinischen Aspekt der Schwangerschaft, orientieren uns jedoch in erster Linie am Befinden der Frau. Gleichzeitig unterstützt dieser Umgang die Eigenverantwortlichkeit der schwangeren Frauen in ihrer Selbstwahrnehmung und läßt sie mündig. Dadurch haben wir in unserer Praxis bedeutend weniger sogenannte Risikoschwangere und Frühgeburtsbestrebungen.

Es ergeben sich auch Grenzen an Begleitung. Wir können Schwangere nicht im emotionalen Sinne »retten«, z. B. soziale Bindungen ersetzen.

Wir begegnen hin und wieder einer enormen Anspruchshaltung von Seiten unseres Klientels – verständlich sicher, für sich das optimale zu suchen – z. B. manchmal dem Wunsch, sich von allen Kolleginnen aus unserer Praxis begutachten zu lassen. Zum Teil beschränkt sich dieser Wunsch nach Auswahl nicht nur auf unsere Praxis, sondern schließt andere Kolleginnen, die Hausgeburtshilfe leisten, ebenso mit ein.

Wenn sich beim Erstkontakt oder ggf. später tatsächliche Schwierigkeiten im Umgang miteinander ergeben – Vertrauensprobleme, oder es entsteht keine gelungene Beziehung – versuchen wir gemeinsam, Lösungen zu finden. Entscheidend für diesen Weg ist die Offenheit auf allen Seiten. Wir können helfen, den Projektionen auf die Spur zu kommen in dieser Zeit des Umbruchs und schwangere Frauen darin unterstützen, wirklich für sich selbst zu sorgen.

Noch einmal deutlich: »Retten« können und wollen wir die Frau nicht, wir sind auch nicht Übermutter/Übervater oder »göttlich/heilig« in unserer Arbeit. Wir sind Fachfrauen und bieten kompetente fachliche Begleitung mit herzlicher und auch liebevoller Zuwendung an.

Manchmal erscheint den schwangeren Frauen unser Weg als zu bedrohlich, vielleicht nicht ausreichend für ihre Bedürfnisse, oder sie mögen ihren Arzt/Ärztin nicht verlassen für die Dauer der Schwangerschaft oder auch nur mit unserer Existenz konfrontieren. Dann müssen wir die Schwangere auch gehen lassen, ohne uns von persönlicher Kränkung fangen zu lassen.

Wir bieten Wege an, nicht Lösungen. Es ist eine Möglichkeit der bewußten Gestaltung dieses Lebensabschnittes, eine Hilfestellung im Erkennen des eigenen Potentials zwischen wirklichen Bedürfnissen und medizinischer Notwendigkeit.

**Umgang mit Autoritätskonflikten der schwangeren Frau** Zum Teil entscheiden sich die Frauen, abwechselnd bei uns und einem Gynäkologen die Schwangerenvorsorge in Anspruch zu nehmen. Unproblematisch ist die Schwangerenvorsorge im Wechsel dann, wenn der Umgang (ärztlicher und unserer) keine zu große Unterschiedlichkeit aufweist. Das allerdings ist selten.

Und damit möchte ich zum nächsten Themenbereich kommen, dem des möglichen Autoritätskonfliktes der Schwangeren, sich zwischen unserer Form der Begleitung und dem gängigen Umgang mit Schwangerschaft entscheiden zu müssen. In ihrem sozialen Gefüge wird die Schwangere zwangsläufig mit diesen unterschiedlichen Haltungen konfrontiert, was sie wieder zurückwerfen kann auf das Bedürfnis nach maximaler Sicherheit und dem Wunsch, sich aus der Hand zu geben, sich der Bewertung durch eine höhere Instanz zu überlassen. Mit diesem für Frauen als quälend empfundenen Konflikt werden wir gar nicht so selten konfrontiert. Verhindern können wir diesen Konflikt nicht, nur immer wieder darauf hinarbeiten, daß der Konflikt sein darf, die Schwangere ambivalent sein darf und wir sie nicht bewerten und ihren Reifegrad als erwachsenen Menschen danach bemessen.

Wir versuchen auch, die Frau zu ermutigen, durchaus freundlich mit ihren Ängsten zu sein, allein das verändert die Angst oft selbst.

**Das Spannungsfeld Hebamme/Arzt** Da wir im prä-, peri- und postnatalen Bereich arbeiten, gibt es immer auch Berührungspunkte und Überschneidungen mit den Frauen- und Kinderärzten und damit Boden für Konkurrenz- und Kompetenzrängeleien. Doch nach anfänglichem Aufruhr von seiten der Ärzteschaft, z. B. des Bremer Gynäkologenverbandes: »Die Vorsorge gehört in die Hände des versierten Gynäkologen«, ist es erfreulicherweise im Moment recht ruhig geworden. Dem mag ein gewisser Gewöhnungseffekt zugrundeliegen; außerdem beobachten wir, daß seit der Gesundheitsreform das Interesse an Schwangerenvorsorge generell nachgelassen hat. Dem hinzufügen muß ich leider noch, daß wir nach wie vor den Ärzten nicht gleichberechtigt gegenüberstehen. Immer noch ist es Domäne der Mediziner, Krankenschreibungen zu erwirken oder z. B. Rezepte auszustellen. Erfreulicherweise ist jedoch eine Medikalisierung selten notwendig.

Betonen möchte ich aber auch, daß es durchaus mit einigen, wenn auch wenigen ärztlichen Praxen recht gute Kontakte und Austausch gibt und alle Beteiligten davon profitieren. Falls notwendig findet selbstverständlich eine Kooperation mit anderen Professionen und Einrichtungen, wie z. B. Kliniken statt.

**Praxisorganisation und Leistungsspektrum** Zum Schluß möchte ich noch unsere Praxisorganisation im äußeren und inhaltlichen Kontext aufzeigen. Wir sind sieben freiberufliche Kolleginnen, eine davon gerade im Erziehungsurlaub, so sind wir sechs Hebammen im Bereitschaftssystem, das heißt wir arbeiten in drei Zweierteams. Damit arbeiten jeweils zwei Kolleginnen in enger Teamarbeit mit gemeinsamer Klientel. Entscheidet sich ein(e) Frau/Pair zur Hausgeburt, so übernimmt die eine Kollegin den Bereich der Schwangerenvorsorge, die andere die Leitung des Geburtsvorbereitungskurses. Beide Kolleginnen sind so dem Paar sehr vertraut. Auch ermöglicht es dem Klein- bzw. Zweierteam einen intensiven Austausch. Das Zweierteam wechselt sich wochenweise mit der Geburtsrufbereitschaft ab. Diese Form der Zusammenarbeit, im Wechsel von »frei sein« und Rufbereitschaft, stellt für uns ein praktikables System dar und wirkt dem »Burn-out Syndrom« durch erhöhte Freizeitqualität deutlich entgegen.

Wöchentlich findet ein Treffen des Gesamtteams zur Organisation in der Praxis, zum Austausch und zur Weiterbildung ebenso wie für teamübergreifende Fallbesprechungen statt. Ein wichtiges Element in der Zusammenarbeit ist auch unsere 2-4 wöchentliche Supervision seit Beginn der Praxisgründung.

Nun noch zum Leistungsspektrum. Wir bieten Informationen und Beratung an für Schwangere und Paare, Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung für Frauen und Paare in Gruppen, Tanz für Schwangere in Gruppen, – unser Kernstück – Hausgeburtshilfe, Nachbetreuung im Wochenbett (regulär bis zum 10. Tag p.p. bzw. bis zur 8. Woche p.p.), Babymassagegruppen, Rückbildungsgruppen und Pekip-Gruppen. Aus unserem Angebot können die Frauen natürlich auch Einzelpakete herausgreifen, ohne sich für das gesamte Konzept entscheiden zu müssen. D. h., vielleicht möchte die schwangere Frau nur die Nachbetreuung zu Hause nach der Geburt in der Klinik oder nur die Vorsorgeuntersuchungen oder Leistungen aus dem Kursspektrum wahrnehmen. Voraussetzung für die Hausgeburt ist allerdings von unserer Seite die Schwangerenvorsorge und die Nachbetreuung im Wochenbett. Damit wollen wir zumindest in diesem Bereich den Blick für die Gesamtheit dieses Prozesses fördern, was durchaus auch unserer Arbeitszufriedenheit dient und in logischer Konsequenz unserer Entwicklung entspricht.

Eine kleine Statistik: Wir betreuen ca. 160 Hausgeburten im Jahr, haben wöchentlich ca. 60 Schwangerenvorsorgen, mindestens 7 Geburtsvorbereitungskurse, d. h., ca. 200 Personen suchen pro Woche unsere Praxis auf. In gewisser Weise verstehen wir uns auch als kleiner Lehrbetrieb durch Fortbildungsangebote. Ca. 10 Hebammenschülerinnen pro Jahr absolvieren im Rahmen ihrer Ausbildung bei uns ein Intensivpraktikum.

**Schlußwort** »Wenn Frauen das gängige Modell von Schwangerschaft und Geburt in sich aufnehmen, lassen sie zu, daß ihre Ängste die Oberhand gewinnen über ihr Wissen, daß das Leben insgesamt ein Risiko ist, dennoch aber voll gelebt werden muß – nicht mit unvernünftiger Vorsicht, sondern mit vernünftiger Umsicht.« (Gerlinde Unger)

Iris Bleyer-Rex **Mütter als Grenzgängerinnen –  
Lebenswelten im Widerspruch**

In den vergangenen Tagen wurde die weibliche Übergangsphase Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett historisch, kulturvergleichend, geburtshilflich und medizinisch betrachtet. Ich möchte die Perspektive erweitern um die Frage, wie dieser Übergang das Leben der Mütter verändert und wie diese Veränderungen individuell und gesellschaftlich wahrgenommen und bewertet werden.

»Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben«, diesen Titel trägt ein Buch von Elisabeth Beck-Gernsheim. Sie bezieht sich auf Erfahrungsberichte von Müttern, die übereinstimmend lauten: »Danach ist nichts mehr so, wie es war.«<sup>1</sup> Der »radikale Bruch« mit dem bisher Gewohnten, den die Geburt eines Kindes bedeutet, hat viele verschiedene Facetten. Ich werde mich im folgenden auf die häufig überraschenden und widersprüchlichen Erfahrungen konzentrieren, die Frauen im Zusammenhang von Familiengründung und Erwerbsarbeit machen.

Die meisten Frauen wünschen heute beides zu verbinden: die qualifizierte Berufsarbeit mit der Verantwortung für Familie. Forscherinnen sprechen von der »doppelten Lebensführung« als »neuem normativen Modell« und von der »doppelten Lebensplanung« junger Frauen.<sup>2</sup> Diese Begriffe verweisen bereits auf Konfliktbereiche: Die Frauen führen ja kein doppeltes Leben, schon gar kein Doppelleben – sondern sie wünschen, in ihrem einen Leben phasenweise verschiedene Schwerpunkte zu setzen. »Doppelte Lebensplanung« heißt die gesellschaftliche Anforderung und der individuelle Anspruch: Frauen sollen und wollen Familienleben und Berufsleben vereinbaren. Konkret bedeutet diese »doppelte Lebensplanung« jedoch, daß Frauen nicht nur für sich – und meistens mit einem Partner – ihr Leben planen, sondern gleichzeitig das Leben eines anderen Menschen, ihres Kindes. Dabei ist »Planung« in bezug auf Kinder ein irreführender Begriff. Daß ein »Kinderwunsch« etwas anderes ist als ein »Kinderplan«, der nur noch ausgeführt wird, erfahren in der einen oder anderen Weise viele Frauen schmerzhaft und am eigenen Leibe, wenn ihr Kinderwunsch nicht erfüllt wird.

Diese Unberechenbarkeit gilt für die jungen Frauen, die Beruf und Familie vereinbaren wollen, ebenso wie für diejenigen, die ihre Zukunft eindeutig familienzentriert sehen. Aber auch die eindeutig berufsorientierten Frauen müssen sich mit dem Modell der »doppelten Lebensführung« auseinandersetzen. So stellt sich allen Frauen die Frage nach der Planung und der Planbarkeit ihres Lebens, nach der Veränderbarkeit ihrer Wünsche im Laufe des Lebens und nach den Ambivalenzen ihrer jeweiligen Lebensform.

**Welche Widersprüche entwickeln sich im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und dem Mutterwerden?** Berufstätige Schwangere erleben häufig am Arbeitsplatz unterschiedliche Reaktionen auf ihre Schwangerschaft: Freude und Vorwurfshaltungen. Selten »paßt« die Schwangerschaft einer Kollegin in die Planung und Organisation der Arbeit. Da geraten Zeitpläne und Schichtpläne durcheinander, haben Schwangere Anspruch auf Schutz oder andere Tätigkeiten, fallen sie für mindestens 14 Wochen aus, womöglich noch länger ... Häufig schwingen in den Reaktionen von Kolleginnen und Vorgesetzten der Vorwurf mit, persönliche, das heißt private Interessen ohne Rücksicht auf Belange des beruflichen Umfeldes zu verfolgen, sowie Zweifel an der beruflichen Motivation und der individuellen Planungskompetenz. Besonders brisant wird diese Situation bei Berufsgruppen, die professionell mit Schwangeren, Müttern oder Kindern zu tun haben: in Kliniken, Praxen, Beratungsstellen, Kindergärten, Grundschulen, d. h. wenn Krankenschwestern, Ärztinnen, Hebammen, Erzieherinnen, Lehrerinnen u. a. schwanger werden.

Strukturelle Bedingungen wie Einstellungsstopp und Sparmaßnahmen wirken sich hier zu Lasten der Schwangeren wie der Kolleginnen aus, die ohne Aussicht auf Vertretung bleiben. Deshalb sind Regelungen notwendig, die Vertretungen sichern und Betriebe von den durch Mutterschutz entstehenden Zusatzkosten entlasten. Davon würden nicht nur die Schwangeren profitieren, sondern auch die anderen Beschäftigten.

Bis 1985 hatten die meisten erwerbstätigen Frauen lediglich 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung Anspruch auf Freistellung. Die Einführung des »Erziehungsurlaubs« bot Frauen verbesserte Wahlmöglichkeiten – trotz des unzulänglichen »Erziehungsgeldes« nutzen viele Frauen die Möglichkeit, eine »Familienpause« einzulegen.



Für einige zusätzliche Wochen, ein Jahr oder drei Jahre, und manchmal wird daraus – gewollt oder ungewollt – eine noch längere Zeit. Auch diese soeben verwendeten Begriffe sollten uns nachdenken lassen: »Erziehungsurlaub«, »Elternurlaub«, »Familienpause«. Eine Pause ist eine Unterbrechung, dient der Erholung ebenso wie der Urlaub, der die Unterbrechung der Normalität, der Erwerbsarbeit bedeutet. Pausen und Urlaube sind also die Abweichung vom Normalen. Und so wird diese Phase der frühen Mutterschaft lediglich aus der Perspektive der Erwerbsarbeit definiert, nicht aber aus den Blickwinkeln der Beteiligten: der Mutter, des Kindes, des Vaters. Aus den Blickwinkeln von Müttern und Vätern stellt sich das Leben mit einem Kleinkind keineswegs als Urlaub, sondern als besonders arbeits-, zeit- und anstrengungsintensive Phase ihres Lebens dar. Dabei ändert die Geburt des ersten Kindes die Lebensweisen von Frauen und Männern in unterschiedlichem Ausmaß. Teilten sich bis dahin Frauen und Männer berufliche und private Arbeiten tendenziell gleichmäßig auf, so kommt es nun bei den meisten Paaren zu einer Verlagerung der Aufgaben – bei den Vätern in Richtung Beruf, bei den Müttern in Richtung Familie.<sup>3</sup>

Die berufsorientierte Lebensplanung eines Mannes wird durch sein Vaterwerden nicht in Frage gestellt. Im Gegenteil: Zum Leitbild des Vaters gehört in unserer (westdeutschen) Kultur, daß er als der »Familienernährer« sich noch stärker als vorher im Beruf engagiert. Der moderne Vater erfüllt seine väterliche Aufgabe dadurch, daß er für die Familie »sorgt«. Konkret heißt dieses aber, daß er sich täglich von der Familie entfernt, um im Beruf zu arbeiten. Seine alltägliche Abwesenheit ist konstitutives Merkmal seiner Funktion für die Familie.<sup>4</sup> Insofern als die Funktion des »Familienernährers« keine konkrete Tätigkeit innerhalb des Familienalltags beinhaltet, ist der Begriff ein euphemistischer Kurzschluß. Es ist nicht die gesellschaftlich erwartete Funktion des berufstätigen Ehemannes und Vaters, daß er die Familie ernährt. Das freundliche Bild des »Familienernährers« verschleiert die harte Realität des Geldverdieners, der er ist.

Der Begriff ist nicht nur beschönigend, er ist gleichzeitig anmaßend: Er leugnet die ernährende Tätigkeit der Mutter, denn: Wer plant die Mahlzeiten? Wer putzt das Gemüse? Wer kocht und backt und füttert? In den meisten Familien sind Frauen die Ernährerinnen – nicht nur des Kindes, sondern auch des Mannes. Und zusätzlich sind sie

in vielen Familien auch Geldverdienerinnen, wenn nicht sogar die einzigen – z. B. als Alleinerziehende.

Mit der Familiengründung und der oben erwähnten Aufgabenverlagerung wird offenbar, daß die vorherrschende Form der Berufsarbeit der »anderthalb-Personen-Beruf« ist, so gerecht die Arbeitsteilung vorher möglicherweise auch erschien. »Denn, die Berufsarbeit ... setzt stillschweigend voraus, daß der Berufstätige die Zuarbeiten und Hilfsdienste anderer Personen in Anspruch nehmen kann. Das ist in den meisten Fällen die Aufgabe der Ehefrau.«<sup>5</sup> Indem sie Mutter wird, wird so die erwerbstätige Frau in neuer Weise zur Hausfrau.

In unserer Alltagssprache gibt es keine angemessenen Begriffe für die neue Lebensweise einer Mutter. »Sie ist im Erziehungsurlaub«, oder »sie bleibt zuhause«. (»Arbeitet Ihre Frau?« »Nein, sie ist zuhause!«) Sie läßt sich »an den Herd zurückschicken«, oder sie ist, wenn sie weiter erwerbstätig ist, »doppelt belastet«.

Daß der Erziehungsurlaub kein Urlaub ist, merkte ich schon an. Daß eine junge Mutter auch nicht »zuhause bleibt«, wird bei einem Blick auf ihren Alltag deutlich. Sie bewegt sich zwischen verschiedenen Innen- und Außenräumen, wenn sie Kinder begleitet, einkaufen geht, in Kindergarten und Schule Elternarbeit erledigt, Verwandte und Nachbarinnen besucht. Sie bewegt sich vermutlich mehr in öffentlichen Räumen als ein erwerbstätiger Mann, der täglich mit dem Auto zwischen Wohnung und Arbeitsplatz hin- und herfährt, und so lediglich die Illusion von Mobilität und Öffentlichkeit hat.

Zum Stichwort Herd: Damit Frauen zum Herd zurückgeschickt werden können, müssen sie ihn verlassen haben. Das aber haben die meisten bisher – trotz Erwerbstätigkeit – nicht getan. Die alte Tradition des Nährens liegt immer noch überwiegend in ihren Händen. Der Herd, der in anderen Kulturen als zentral und verehrungswürdig, als Symbol des guten Lebens angesehen wurde bzw. wird, befindet sich allerdings in unserer Gesellschaft auf der untersten Stufe der Wertehierarchie – trotz oder wegen seiner Lebensnotwendigkeit.

Zur Doppelbelastung: Ist es nicht erstaunlich, daß die Arbeit der Mütter als Belastung angesehen wird, wenn die Frau erwerbstätig ist, aber als Urlaub, wenn die Frau nicht erwerbstätig ist? Erstaunlich auch, daß der Beruf als Arbeit angesehen wird, wenn die Frau angeblich als Hausfrau keine hat, und als Belastung, wenn sie erwerbstätig ist. Ist

der Anspruch von Frauen, Beruf und Familie zu leben, nur unter dem Aspekt der Bürde zu sehen?

Möglicherweise ist aber mit dem Begriff der Doppelbelastung eine andere Überforderung gemeint als die quantitative. Frauen bewegen sich als Mütter – und besonders als erwerbstätige Mütter – in unterschiedlichen Erfahrungs- und Lebenswelten. Sie wechseln zwischen verschiedenen Welten mit je verschiedenen Logiken hin und her. Dieses Wechseln mag anstrengend sein, viele Frauen schätzen es jedoch positiv ein. »Belastend« wirkt vielmehr, daß im Alltag von Müttern und Kindern verschiedene Logiken kollidieren. So kommt es beispielsweise im Leben mit kleinen Kindern zur Konfrontation von »Urzeit und Uhrzeit«<sup>6</sup> – also z. B. von kindlichen Rhythmen und dem Zeittakt der Erwerbsarbeit. Ebenso kollidiert die unberechenbare kindliche Vitalität mit dem Anspruch auf Gleichmäßigkeit und Linearität, so schreit z. B. ein Kind, wenn es »eigentlich« ruhig oder friedlich sein »sollte«. Die Bedürfnisse des Kindes kollidieren mit einer strukturell kinderfeindlichen Umgebung – so wird vielleicht die Mutter mit dem Kind zum Abenteuerspielplatz fahren, weil das Spielen vor dem Wohnhaus zu gefährlich ist. Im Zusammenleben mit einem Kind erfahren Mütter, daß viele gesellschaftliche Bereiche am Modell des gesunden, rational und reaktionsschnell handelnden Erwachsenen ausgerichtet sind. Darum sind sie überall damit beschäftigt, zwischen ihrem Kind und der Umgebung zu vermitteln. Und vielleicht interpretieren sie es als eigenes Versagen, wenn sie in ihrem Bemühen scheitern, das Unvereinbare zu vereinbaren.

Die skizzierten Kollisionen vermehren die familiäre Arbeit, die überwiegend von Müttern geleistet wird. Sie sind gesellschaftlich bedingt und trotzdem wird es als private Angelegenheit von Müttern oder von Eltern angesehen, wie sie damit umgehen. Es sind diese alltäglichen Balanceakte, die besonders viel mütterliche Energien binden.

Ein besonders belastender Widerspruch aber, den Mütter erleben, besteht darin, daß ihre vielfältigen versorgenden und vermittelnden Tätigkeiten nicht als Arbeit wahrgenommen, geschweige denn honoriert werden.

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes, die erstmals 1994 veröffentlicht wurden, betrug das Jahresvolumen unbezahlter

Arbeit (in den alten Bundesländern) 77 Mrd. Stunden gegenüber 47 Mrd. Stunden bezahlter Arbeit.<sup>7</sup> Diese unbezahlte Arbeit wird überwiegend von Frauen geleistet. Sie ist sowohl für die konkreten Personen als auch gesellschaftlich unverzichtbar, und trotzdem gerät es Frauen zum Nachteil, wenn sie sich nicht auf die bezahlte Arbeit beschränken: Im Beruf und im System der sozialen Sicherung gelten Anforderungen, die den Frauen mit »Patchwork-Biographie« nicht gerecht werden. Hier wird ein einseitig berufsorientierter Arbeitnehmertypus verlangt, der 45 Jahre ununterbrochene Vollzeitarbeit leistet. Die normative Gültigkeit dieses Modells wird jedoch zunehmend in Frage gestellt:

- von Frauen, die im Durchschnitt kürzere Erwerbsarbeitszeiten wollen und zum Teil die individuelle Arbeitszeitverkürzung ohne Lohnausgleich in Form von Teilzeitarbeit vollziehen. Es sind nicht nur Mütter sondern auch andere berufstätige Frauen, die auf diese Weise die Qualität von Leben und Arbeit sichern wollen,
- durch Veränderungen in der Erwerbsorientierung von Männern,
- weil dieses Modell bei Massenarbeitslosigkeit für immer weniger Menschen realisierbar ist und weil in der aktuellen Krise deutlich wird, welche sozialen und finanziellen Kosten es verursacht.

**In dieser Situation scheint mir ein Perspektivenwechsel notwendig zu sein:** nicht die Mütter (und tendenziell die Frauen) versagen in ihrem Bemühen, dem Arbeitnehmertypus zu entsprechen, sondern dieses Modell entspricht nicht den Bedürfnissen konkreter Menschen. Es gilt daher, die Erwerbsarbeit als Teil der Lebenswelten mit diesen neu auszubalancieren und die verschiedenen Arbeiten gesamtgesellschaftlich und privat neu zu verteilen.

Ein Modell, das den Bedürfnissen von Müttern besser entspricht, kann sichtbar an deren Erfahrungen und Kompetenzen anknüpfen. Denn Mütter als Grenzgängerinnen haben Erfahrungen in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, in der Vermittlung unterschiedlicher Zeiten, mit eigenen und fremden prozeßhaften Veränderungen. Mütter als Grenzgängerinnen denken in Zusammenhängen und pflegen die Subsistenzlogik des vorsorgenden Wirtschaftens.<sup>8</sup>

Statt des »anderthalb-Personen-Berufes« gilt es beispielsweise, den »eine-Person-Beruf« zu entwickeln, der es ermöglicht, erwerbstätig zu sein, ohne daß dieses auf Kosten einer anderen Person geschieht; der es möglich macht, Ressourcen selbst wieder aufzubauen. Diese

Veränderung bedeutet auch, Ansprüche auf Lebensqualität direkt am Arbeitsplatz zu stellen – im Gegensatz zur (Un-)Logik des »Hier arbeite ich – dort lebe ich!«

Um es bildhaft auszudrücken: es geht um die Anerkennung und strukturelle Absicherung des »Patchwork« – nicht als Flickwerk, sondern als vielfältige und lebensnahe Alternative zum »Nadelstreifen«. <sup>9</sup>

In dieser Perspektive können aus den unterschiedlichen Erfahrungen und Anforderungen von Müttern Impulse zur Umgestaltung der Arbeitsgesellschaft entstehen – im Interesse von Müttern, Kindern und Vätern sowie insgesamt von Frauen und Männern in ihren verschiedenen Lebensphasen.

## Anmerkungen

- 1 Elisabeth Beck-Gernsheim: Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben. Frankfurt 1989, S. 12.
- 2 Birgit Geissler, Mechtild Oechsle: Zeitperspektive und Zeitknappheit in der Lebensplanung junger Frauen. In: Lutz Leisering, Birgit Geissler u. a.: Moderne Lebensläufe im Wandel. Weinheim 1993.  
Gisela Erler, Monika Jaeckel u. a.: Kind? Beruf? Oder beides? Brigitte-Untersuchung. Hamburg 1988.
- 3 Sigrid Metz-Göckel, Ursula Müller: Der Mann. Brigitte-Untersuchung. Hamburg 1985.
- 4 Colette Mergeay: Familie und Arbeitssuche – Zur besonderen Bedeutung der Frau bei der psychischen Verarbeitung von Erwerbslosigkeit im Familiensystem. Bremen 1989.
- 5 Elisabeth Beck-Gernsheim: Das halbierte Leben – Männerwelt Beruf, Frauenwelt Familie. Frankfurt 1980.
- 6 Maria S. Rerrich: Balanceakt Familie – Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen. Freiburg 1990.
- 7 Bundesministerium für Familie und Senioren, Statistisches Bundesamt (Hg.): Wo bleibt die Zeit? – Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland. Wiesbaden 1994.
- 8 Veronika Bennholdt-Thomsen (Hg.): Juchitan – Stadt der Frauen. Hamburg 1994.  
Adelheid Biesecker: Alte und neue Formen weiblichen Wirtschaftens. In: Bremen (Hg.) Dokumentation Arbeit, Zeit, Geschlecht. Bremen 1997.
- 9 Iris Bleyer-Rex: Lebenswelten und Eigen-Sinn – Politisches Lernen mit Frauen. In: Angestelltenkammer Bremen (Hg.): 20 Jahre Politische Bildung. Bremen 1995.



## Workshops





Workshop **Muttersein im Kontext weiblicher  
Lebensentwürfe und familialer Konfliktpotentiale**  
**Moderation: Mechtild Oechsle**

Schwerpunkt dieses Workshops waren die widersprüchlichen Erfahrungen von Müttern im Kontext veränderter weiblicher Lebensentwürfe und Lebensläufe, die Konflikte um eine veränderte Arbeitsteilung in der Familie und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die das Handeln von Frauen beeinflussen.

**Weibliche Lebensentwürfe im Kontext veränderter Lebenszusammenhänge** Die Lebensentwürfe von Frauen haben sich ausdifferenziert, es gibt nicht mehr die traditionelle weibliche Normalbiographie als verbindliches Lebenslauf-Modell für alle Frauen. Es gibt Wahlmöglichkeiten; empirisch können verschiedene Typen der Lebensplanung festgestellt werden (vgl. dazu Geissler/Oechsle 1996).

Dennoch gibt es ein neues Leitbild für Frauen – das der doppelten Lebensführung. Dieses Leitbild zeichnet sich durch die subjektive Gleichgewichtigkeit von Ausbildung und Beruf einerseits und dem Leben in der Familie andererseits aus. Beide Lebensbereiche haben einen hohen Stellenwert in den Lebensentwürfen vieler Frauen. Für diese doppelte Lebensführung gibt es aber kein ausgearbeitetes Verlaufsmodell, keine gesellschaftlich sanktionierte Abfolge von Lebensphasen und Übergängen. Die neue Norm sagt nichts über die konkrete Ausgestaltung der doppelten Teilhabe: weder darüber, auf welche institutionellen Hilfen und Vorgaben bei der Vereinbarung Bezug genommen werden, noch, wie die konkrete individuelle Prioritätensetzung aussehen kann. Die doppelte Lebensführung ist also bisher kaum mehr als ein Etikett. Insbesondere fehlt jede institutionelle Absicherung der Parallelität von Familie und Beruf: weder das Bildungswesen noch die Betriebe und Institutionen des Arbeitsmarktes noch die Sozialversicherungen haben ihr System von Normen, organisatorischen Regelungen und Leistungsvoraussetzungen soweit umgestellt oder erweitert, daß eine doppelte Lebensführung möglich, geschweige denn unterstützt würde. Das Dilemma, in dem junge Frauen sich befinden, ist also kurzgefaßt dieses: Die Vereinbarung von Familie und Beruf ist ihr eigener

Wunsch und steht ihnen als soziale Norm vor Augen – es gibt jedoch kein biographisches Modell, keinen »Normallebenslauf« dafür.

**Mutter-Werden – der Sprung in ein anderes Leben** So bezeichnet Elisabeth Beck-Gernsheim (1989) den biographischen Einschnitt, den Frauen erfahren, wenn sie Mutter werden. Anders als vorherige Frauengenerationen erfahren sie die Familiengründung als mehr oder weniger dramatischen Bruch zwischen der vorfamilialen Lebensphase und dem Leben als Mutter. Dies hat im wesentlichen zu tun mit den Veränderungen weiblicher Lebensführung vor der Familiengründung. Die gestiegene Bildungs- und Erwerbsbeteiligung sowie Möglichkeiten der Empfängnisverhütung haben für Frauen zu einer Verselbständigung im jungen Erwachsenenalter geführt, zu einem »Stück eigenen Lebens« (Beck-Gernsheim 1983), unabhängig von der Herkunftsfamilie und der Partnerbeziehung. Die Lebensführung von jungen Frauen und Männern vor der Familiengründung hat sich weitgehend angenähert.

Vor diesem biographischen Hintergrund wird das Mutter-Sein als Einschränkung erlebt, es bedeutet für die Mehrheit der Frauen ein Weniger an eigenem Geld und eigener Zeit, weniger Außenwelt und weniger Partnerschaft. »Das Kind beschneidet den Handlungsspielraum, die Wahlmöglichkeiten und Lebenspläne der Mutter« (Beck-Gernsheim 1989). Zugleich eröffnen sich mit dem Kind aber auch neue Dimensionen des Lebens; eine Intensität der Gefühle, die Erfahrung von Verantwortung und Bindung, die Entwicklung neuer Fähigkeiten. Dies verweist auf eine veränderte Bedeutung von Kindern (Kinder als Sinnerfüllung und als Möglichkeit der Selbsterfahrung); damit verbunden sind neue Erwartungen an Eltern und insbesondere an Mütter. Veränderte Erziehungsleitbilder, die vor allem Selbständigkeit und die Entwicklung des freien Willens betonen, stellen besondere Anforderungen an Eltern. »Erziehung verlangt ein differenziertes Austarieren von Forderung und Gewährenlassen, von Unterstützung und Ermunterung zur Eigenaktivität, von Schutz und Risiko« (Kaufmann 1995).

All dies macht das Mutter-Sein zu einer höchst spannungsvollen und widersprüchlichen Erfahrung von Frauen, die sie in der Regel individuell verarbeiten müssen. Es gibt keinen sozialen und kulturellen Raum, in dem Frauen sich mit diesen Erfahrungen auseinandersetzen könnten. Maya Nadig beschreibt dies als Spaltung zwischen Mutter-

schaft und öffentlicher Kultur, wie sie für unsere Gesellschaft charakteristisch ist (Nadig 1989). Mütterzentren sind in diesem Zusammenhang als Versuch zu sehen, einen Raum zwischen Privatheit und Öffentlichkeit zu schaffen, in dem Frauen sich mit den widersprüchlichen Erfahrungen von Mutterschaft auseinandersetzen und das Mutter-Sein anders gestalten können (vgl. Becker-Richter/Kortendiek 1995).

**Arbeitsteilung und innerfamiliäre Konfliktpotentiale** Verstärkt werden die ambivalenten Erfahrungen des Mutter-Seins durch innerfamiliäre Konflikte um die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern. Während das Zusammenleben von Mann und Frau vor der Familiengründung in der Regel durch eine mehr oder weniger partnerschaftliche Arbeitsteilung bestimmt ist, stellt sich nach der Familiengründung meist die traditionelle Arbeitsteilung wieder her. Empirische Untersuchungen belegen die nach wie vor geringe Beteiligung der Männer an Hausarbeit und Kinderbetreuung; im internationalen Vergleich schneidet hier die Bundesrepublik besonders schlecht ab. Während sich in vielen anderen europäischen Ländern ein Wandel in der familialen Arbeitsteilung abzeichnet, stellt die Bundesrepublik, neben Großbritannien, einen Hort der Stabilität in der familialen Arbeitsteilung dar. Unabhängig vom Umfang der Erwerbsbeteiligung der Frau beträgt die Beteiligung des Mannes an der Hausarbeit hier kaum mehr als zehn Stunden pro Woche (Künzler 1995).

Eine Reihe von Untersuchungen macht die damit verbundenen Konfliktpotentiale in Partnerschaft und Familie deutlich. Die Erwartungen von Frauen an Gleichheit und partnerschaftliche Arbeitsteilung in der Familie werden nicht eingelöst. Werden Männer und Frauen nach ihren Lebensentwürfen und ihren Vorstellungen über die (zukünftige) Arbeitsteilung in der Familie befragt, dann zeigen sich widersprüchliche gegenseitige Rollenerwartungen von Männern und Frauen. Männer wollen im Durchschnitt ein stärker traditionelles Lebenskonzept für Frauen als Frauen dies selbst wollen; dies gilt vor allem für die Zeit nach der Familiengründung. Aber nicht nur die Erwartungen von Frauen und Männer an einander werden widersprüchlicher und konfliktträchtiger, auch die Leitbilder und Selbstbilder von Frauen und Männer werden in sich widersprüchlicher; Altes und Neues steht hier oft unverbunden und konfliktträchtig nebeneinander. Leitbilder wie das der »guten

Mutter« oder der »selbständigen Frau« beinhalten für Frauen höchst widersprüchliche Anforderungen und werden nicht selten als unvereinbar erlebt.

**Strukturelle Rahmenbedingungen** Generell kann festgestellt werden, daß die institutionellen Rahmenbedingungen die doppelte Lebensführung von Frauen nicht erleichtern, sondern in mehrfacher Hinsicht erschweren. Der Arbeitsmarkt setzt in der Regel die volle Verfügbarkeit voraus; insbesondere qualifizierte Berufe sind 1 1/2-Personenberufe, die die Versorgungsarbeit einer zweiten Person voraussetzen. Institutionen wie Kindergarten und Schule gehen, insbesondere in der Bundesrepublik, immer noch von der Verfügbarkeit der Mütter aus. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie reicht weit über ein individuelles Problem hinaus; entscheidend ist die Schwäche der Familie gegenüber anderen Institutionen, insbesondere gegenüber den Vorgaben des Arbeitsmarktes. Insgesamt kann von einer »strukturellen Rücksichtslosigkeit« (Kaufmann) der Gesellschaft gegenüber der Familie gesprochen werden; diese Rücksichtslosigkeit trifft in erster Linie Frauen und hat tiefgreifende Auswirkungen auf ihre alltägliche Lebensführung und ihre Lebensläufe. Sie sind damit konfrontiert, die verschiedenen Lebensbereiche mit ihren widersprüchlichen Anforderungen durch individuelles Vereinbarungshandeln miteinander zu verbinden; sie tun dies mit viel Phantasie und Geschick und stoßen doch immer wieder an die strukturellen Grenzen der Vereinbarkeit.

**Diskussion** Die anschließende sehr lebhaft und engagierte Diskussion zwischen den über 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops machte die Konflikthaftigkeit des Mutterseins unter den heute gegebenen Bedingungen eindrucksvoll deutlich. Die zahlreichen und nicht selten kränkenden Diskriminierungserfahrungen, die von den überwiegend im Gesundheitsbereich und in Beratungseinrichtungen tätigen Frauen (darunter viele Ärztinnen) berichtet wurden, zeigen die strukturelle Rücksichtslosigkeit der Arbeitswelt gegenüber den Anforderungen eines Lebens mit Kindern. Auch die damit verbundene Abwertung der von Frauen geleisteten Arbeit – sowohl im Beruf als auch in der Familie – wurde von den Teilnehmerinnen thematisiert.

Aber auch in der Familie, von ihren Partnern, erfahren die Frauen häufig nicht die Unterstützung, die sie sich wünschen – auch dies wurde in der Diskussion sehr deutlich. Das hierin liegende Konfliktpotential für die Partnerbeziehung war ein weiteres wichtiges Thema im Gespräch zwischen den Teilnehmerinnen. Einige Teilnehmerinnen wiesen darauf hin, daß auch Männer, die interessiert daran sind, die herkömmliche Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern zu ändern, Erfahrungen von Diskriminierung und Abwertung machen – auch hier brechen sich Veränderungsimpulse an der Rigidität von Strukturen und Normen der Arbeitswelt.

**Fazit:** Nicht so sehr das Mutter-werden, sondern vor allem das Mutter-sein konfrontiert Frauen heute mit einer Fülle höchst widersprüchlicher Anforderungen, die nicht selten zu einer Zerreißprobe zwischen Beruf, Partnerschaft und dem Leben mit Kindern werden. Die damit verbundenen Drahtseil- und Balanceakte sind, bei aller Befriedigung, die die Präsenz in beiden Lebensbereichen für Frauen auch bedeutet, belastend und anstrengend. Daß diese Zumutungen von Frauen immer weniger ertragen werden und sich hier ein erhebliches Unmuts- und Konfliktpotential akkumuliert, dies wurde in der Diskussion – wieder einmal – deutlich.

## Literatur

- E. Beck-Gernsheim: Vom »Dasein für andere« zum Anspruch auf ein Stück »eigenes Leben«. Individualisierungsprozesse im weiblichen Lebenszusammenhang. In: Soziale Welt, H. 3; 1983.
- E. Beck-Gernsheim: Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben. Frankfurt/M, 1989.
- M. Becker-Richter, B. Kortendiek: Mütterzentrum – ein frauenpolitisches Selbsthilfeprojekt. In: Zeitschrift für Frauenforschung, H.4; 1995.
- B. Geissler, M. Oechsle: Lebensplanung als Konstruktion: Biographische Dilemmata und Lebenslauf-Entwürfe junger Frauen. In: U. Beck, E. Beck-Gernsheim (Hg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften, Frankfurt/M. 1994.
- B. Geissler, M. Oechsle: Die Lebensplanung junger Frauen. Zur widersprüchlichen Modernisierung weiblicher Lebensführung, Weinheim 1996.
- F.-X. Kaufmann: Die Zukunft der Familie im vereinten Deutschland, München 1995.
- J. Künzler: Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Die Beteiligung von Männern im Haushalt im internationalen Vergleich. In: Zeitschrift für Frauenforschung, Jg. 13, Heft 1 u. 2, 1995.
- M. Nadig: Die gespaltene Frau – Mutterschaft und öffentliche Kultur. In: K. Brede (Hg.): Was will das Weib in mir? Freiburg i.Br. 1989.

## Workshop **Schwangerenberatung und Geburtshilfe** **in Holland** Moderation: Mieke Damen, Übersetzung Joyce Krijger

In den Niederlanden gibt es keine niedergelassenen GynäkologInnen. In den dünn besiedelten Landesteilen, zum Beispiel auf den Inseln oder in Seeland, übernehmen die Hausärzte die Betreuung der Schwangeren und leiten die Geburten. Niedergelassene Hebammen haben dort zu wenig Verdienstmöglichkeiten. Im Jahre 1995 gab es in Holland 1276 Hebammen, davon waren 41 männlichen Geschlechts.

Es gibt ein Gesetz, das Schwangere verpflichtet, zu einer Hebamme zur Schwangerenvorsorge zu gehen. In der Schwangerschaft gibt es etwa 10 bis 13 Vorsorgeuntersuchungen. Zum Ultraschall werden die Frauen in Kliniken überwiesen. Bei etwa 40% der Schwangeren wird gar kein Ultraschall gemacht. Er ist nicht Voraussetzung für eine Hausgeburt.

Indikationen für Ultraschall sind:

- Blutverlust
- Terminunklarheiten/Kind zu groß oder zu klein
- zu viel Fruchtwasser
- Unsicherheit der Frau

Wenn die Frau nur ein Ultraschallbild haben will, die Hebamme aber keine Indikation feststellen kann, kann sie zu einem Fotografen gehen, der für 100 Gulden ein Bild macht.

Nach der Überweisung zu einer Gynäkologin/eines Gynäkologen kommt die Frau meist wieder zu der Hebamme zurück. Die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und GynäkologInnen ist heute besser als früher, Hebammen werden als Fachfrauen anerkannt.

Es gibt für die Betreuung eine klare Unterscheidung zwischen Physiologie/Normalität und Pathologie.

Bei Hausgeburten haben die Hebammen kein CTG dabei, sondern einen Doptoner und das Hörrohr.

Steißlagen sind eine Indikation für die Klinikeinweisung, aber nicht für einen Kaiserschnitt. Die Frauen müssen 750 Gulden für die Miete

des Gebärmutters in der Klinik zahlen, wenn es keine Indikation für die Geburt in der Klinik gibt.

Bei Erstgebärenden werden 40 % der Hausgeburten abgebrochen. In der Klinik hebt aber niemand den moralischen Zeigefinger, wenn eine Hebamme mit einer Frau unter der Geburt kommt.

Nach einem vorhergehenden Kaiserschnitt ist eine Geburt immer medizinisch, das heißt, die Frau muß im Krankenhaus gebären. Es passiert zwar selten etwas, aber es ist eine Indikation und die Geburt wird mit dem CTG überwacht.

Echte Notfälle unter der Geburt kommen sehr selten vor, in Miekies Praxis seit 1979 nur 2 oder 3 mal. Einmal im Jahr erhalten alle Hebammen eine Fortbildung bezüglich der Beatmung der Neugeborenen. Die Hebammen intubieren nicht. Der Mythos, daß in Holland bei jeder Hausgeburt ein Krankenwagen vor der Tür steht, mußte mal wieder dementiert werden. In der Praxis in Groningen gibt es kein CTG. Wenn eine Frau über den errechneten Geburtstermin hinausgeht, wird sie nach 40 Wochen plus 10 Tage zur Gynäkologin/zum Gynäkologen zum CTG geschickt. Wenn da alles in Ordnung ist, geht sie wieder nach Hause. Ab der 42. Woche muß sie zum Entbinden in die Klinik.

Bei der Wochenbettbetreuung gehen die Hebammen die ersten 3-4 Tage täglich zu der Wöchnerin, danach jeden 2. Tag bis zum 10. Tag nach der Geburt. Sie unterscheiden bei der Intensität der Betreuung, welche Frau es nötiger hat.

**Zur Ausbildung** Als Zugangsvoraussetzung ist das Abitur nötig. Die Ausbildung ist ein Studium von 4 Jahren und umfaßt sowohl theoretischen als auch praxisorientierten Unterricht. Der praktische Unterricht findet in Kliniken, die mit Hebammenschulen zusammenarbeiten, aber auch bei den niedergelassenen Hebammen statt. Die Ausbildung ist auf die Hausgeburtshilfe ausgerichtet. Hebammen sind in Universitätskliniken in der Ausbildung von MedizinstudentInnen tätig und nehmen auch die Prüfung in physiologischer Geburtshilfe ab.

Hebammen können nicht einfach irgendwo arbeiten, sondern der regionale Hebammenkreis entscheidet, wo noch eine Kollegin gebraucht wird, damit die Konkurrenz nicht zu groß wird. Die Hebamme muß dann eine Praxis kaufen, bzw. sich in eine Praxis einkaufen. Je



nach Größe kostet sie das 40.000 – 60.000 Gulden. Eine Hebamme verdient 1.001 Gulden pro Frau für die Schwangerenvorsorge, Geburt und Wochenbettbetreuung, inklusive Wegegeld.

Protokoll: Julie Friedrich, Hamburg

Workshop **Brauchen Frauen Anleitung und Übung zum Gebären? Sinn und Notwendigkeit professioneller Geburtsvorbereitung** Moderation: Ines Albrecht-Engel

Der Workshop wurde eingeleitet mit einem kurzen Diavortrag, der die historische Dimension des Themas anriß: Geburt bei Primaten und die besondere Situation der menschlichen Primaten mit der Erschwerung des Geburtsvorganges durch den aufrechten Gang. Die Bedeutung der Fruchtbarkeit und der Gebärfähigkeit der Frau für alle Kulturen zeigten Abbildungen vom Paläolithikum bis heute aus allen Erdteilen.

Geburt ist aber nicht nur wegen des aufrechten Ganges und der damit verbundenen Beckenveränderungen oftmals schwierig, sondern sicherlich vor allem durch die kulturellen Gegebenheiten, die in allen Ethnien diesen biologischen, physiologischen Vorgang bestimmen. Die kulturellen Bedingungen, die auf Geburten einwirken, die den Ort des Gebärens, die Gebärhaltungen, aber auch die Behandlung unter der Geburt sowie die Behandlung des Neugeborenen u.v.m. vorschreiben, dieses »kultürliche« beeinflusst den »natürlichen« Vorgang einer Geburt beim Menschen. Und darum »lernen« Frauen und Männer in allen Kulturen, wie sie sich – wünschenswerterweise – zu verhalten haben. In vielen Kulturen erfolgt das durch Miterleben im Alltag. Im Alltag westlicher Industrienationen ist Geburt kaum erlebbar. Sie ist institutionalisiert, in der Regel in Krankenhäusern – und findet dort abgeschirmt von der Außenwelt, von Fachleuten begleitet, statt.

In Mitteleuropa entwickelte sich in diesem Jahrhundert die ausgesprochene Dominanz der Medizin für die Begleitung von Schwangerschaft und Geburt. Nicht die bekannte Dorfhebamme, nicht die bekannte häusliche Umgebung und die vertrauten Personen sind bei einer Geburt anwesend, sondern Fremde in einer fremden, unpersönlichen Umgebung. In solch einer Situation soll/muß eine Gebärende sich einlassen können auf einen ganz elementaren, intensiven, auch schmerzhaften körperlichen Vorgang. Sie muß loslassen, nachgeben, schreien können. Alles das, was in unserem »normalen Arbeitsleben« gerade nicht erwünscht ist. Wie soll das während der Geburt dann gehen?

Das Wahrnehmen des Körpers und das Vertrauen in die körperlichen Vorgänge haben in unserer Kultur nur wenige Frauen. Wir müssen es wieder hervorholen, üben, erlernen. Wir müssen unsere eigene Kompetenz erkennen: unsere Kraft zu gebären. Wir müssen auch lernen, daß es verschiedene Wege gibt, daß wir ausprobieren, auswählen und entscheiden können. Dafür brauchen wir Informationen und den Austausch mit anderen.

Werdende Eltern brauchen einen Ort, eine Person für ihre vielen Fragen und Unsicherheiten, die in einer so entscheidenden Umbruchphase des Lebens massiv auftauchen. Sie müssen über ihre Ängste und Freuden reden können. Sie brauchen zum Abbau ihrer Ängste Informationen und die Stärkung ihres Vertrauens in sich.

Da die Diskussion darüber, was Eltern heute brauchen, nicht aufgezeichnet wurde, soll hier kurz vorgestellt werden, wie Geburtsvorbereitung – wie sie Eltern und Fachleute forderten – durch die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V. in Deutschland verwirklicht wird:

Geburtsvorbereitung – ein neuer Begriff tauchte vor fast zwanzig Jahren in Deutschland auf. Was hatte sich geändert? Oder sollte geändert werden? Als Vorbereitung auf die Geburt gingen schwangere Frauen damals zur Schwangerschaftsgymnastik. Diese Kurse wurden meist von Krankengymnastinnen geleitet und fanden ausschließlich für Frauen vor allem in Familienbildungsstätten und Krankenhäusern statt.

Es war die Zeit, in der Eltern ihre Unzufriedenheit mit der Geburtsmedizin äußerten und Forderungen nach Veränderungen stellten. Dabei ging es um Klinikroutine wie die Einleitung der Geburt und vor allem die Trennung von Mutter (Vater) und Kind im Wochenbett. Auch die Unterstützung in der Schwangerschaft, die sich auf die medizinische Vorsorge beschränkte, wurde als unzureichend empfunden. Eine der wenigen Möglichkeiten, andere Schwangere zu treffen, waren Kurse wie Schwangerschaftsgymnastik und Säuglingspflege. Leider war in diesen Kursen selten Gelegenheit für den Austausch untereinander. Auch fanden keine Gespräche über Ängste und Unsicherheiten durch all die erlebten und noch bevorstehenden Veränderungen statt. Die Kurskonzepte beschränkten sich auf Turnen und Atmen. Die Frauen und Männer, die die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e. V., GfG, 1980 gründeten, hatten selbst diese Erfahrungen beim Kinderkriegen

gemacht und/oder erlebten sie als unzulänglich in ihrem jeweiligen Berufsfeld. Sie wollten die Bedingungen in den Krankenhäusern verändern und Möglichkeiten zur außerklinischen Geburtshilfe fördern. Und sie wollten andere Eltern unterstützen in der wichtigsten Umbruchphase ihres Lebens. Das bedeutete eine neue Art von Kursen: Wir nannten sie Geburtsvorbereitung, und damit war eine umfassende, ganzheitliche Vorbereitung auf die Geburt und die Zeit danach für schwangere Frauen und ihre Partner gemeint.

Die GfG setzt drei Schwerpunkte in ihrer Arbeit:

- die Bedingungen der Geburtshilfe in Deutschland so zu verändern, daß Frauen aktiv und selbstbestimmt gebären können und der Start in die Familienphase positiv begleitet wird;
- mit allen Berufsgruppen »rund um die Geburt« interdisziplinär zusammenzuarbeiten, um gemeinsam werdende und junge Eltern optimal zu unterstützen;
- eine neue Form der Geburtsvorbereitung in Deutschland anzubieten und zu etablieren.

**Was war und ist das Neue an der Geburtsvorbereitung der Geburtsvorbereiterinnen der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung?** Das Neue ist, daß Geburtsvorbereitung nicht als Anpassung an bestehende Vorstellungen von (Klinik-) Geburten durchgeführt wird, sondern daß Frauen und Männer in der Geburtsvorbereitung ihre individuellen Möglichkeiten und Wünsche herausfinden – und ihre Art damit umzugehen. Das heißt, weder eine bestimmte Art des Gebärens, noch der Geburtsort oder andere Faktoren werden empfohlen. Die Frauen oder Paare werden ermutigt und durch Körperübungen, Informationen und Gesprächsmöglichkeiten unterstützt, herauszufinden, was für sie richtig ist. Das bedeutet konkret, daß verschiedene Gebärpositionen von den Paaren selbst gefunden und ausprobiert werden. Beim Atmen bedeutet es, daß nicht feste, starre Atemmuster geübt oder gar trainiert werden, sondern jede Kursteilnehmerin nimmt ihren eigenen Atem wahr, erspürt die Atembewegungen und die Atemveränderungen in unterschiedlichen Situationen und Belastungen und probiert dann, ausgehend vom eigenen Atem, verschiedene Atemmöglichkeiten aus, die ihr bei der Geburt helfen können, mit den Wehen mitzuatmen. Die Partner können durch ihre Einbeziehung in die Atemübungen und ihre

eigenen Atemerfahrungen dann bei der Geburt mitatmen und ihren Partnerinnen helfen, ihren gleichmäßigen bewußten Atem auch bei starken Wehen beizubehalten.

**GfG-Geburtsvorbereitung beinhaltet drei Aspekte:**

- Körperarbeit, also Übungen zur Körperwahrnehmung und Entspannung, zum Atmen und gegen körperliche Beschwerden.
- Information über Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach mit Darstellung unterschiedlicher Möglichkeiten.
- Austausch der Paare (oder Frauen) untereinander zur gegenseitigen Stützung und im Idealfall Zusammenhalt der Gruppe nach der Geburt durch weitere Treffen zum Austausch von Erfahrungen und auch praktischer Hilfe (z. B. gegenseitiges Babysitting).

Körperarbeit in der Geburtsvorbereitung bedeutet vor allem Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Bedürfnisse. Entspannungs- und Wahrnehmungsübungen, die Frauen helfen loszulassen, sich dem Geburtsgeschehen hinzugeben, sind wichtiger als passive Entspannung. Auch bei den gymnastischen Übungen ist die Wahrnehmung, z. B. der Haltung, des Atems und das Erspüren der eigenen körperlichen Möglichkeiten wichtiger, als das Trainieren bestimmter Bewegungsabläufe. Körperübungen sollen das Kennenlernen und Akzeptieren des eigenen Körpers und somit das Wohlfühlen unterstützen. Sie sollen nicht Frauen unter Streß stellen, etwas nach bestimmten Vorstellungen richtig zu machen und Gefühle der Unzulänglichkeit hervorrufen. Partnerübungen wie Berührungsentspannungen und Massagen stärken die Sensibilität für die Bedürfnisse der Partnerin und des Partners.

Informationen über die Veränderungen in der Schwangerschaft, die Entwicklung und das Erleben des heranwachsenden Kindes im Bauch, sowie verschiedene Möglichkeiten des Gebärens, der Ausgestaltung des Wochenbettes sind für werdende Eltern zur Entscheidungsfindung bedeutend. Eine Geburtsvorbereiterin muß Kenntnisse über »alles rund um die Geburt« haben. Sie muß diese Kenntnisse aber auch vermitteln können. Geburtsvorbereiterinnen müssen daher medizinisches Wissen ebenso erlernen wie Gesprächsführung und Gruppendynamik. Eine Geburtsvorbereiterin muß die notwendige Sensibilität für das Gruppengeschehen und für die Bedürfnisse der einzelnen Kursteilnehmerinnen entwickeln.

Da Geburtsvorbereitungskurse von GfG-Frauen in der Regel sehr umfangreich sind, zum Beispiel 10 x 2 Stunden, ist genügend Zeit für den Austausch der Paare/Frauen untereinander. Das ist wichtig. Geburtsvorbereiterinnen sehen sich nicht als Fachleute, die den Eltern nun wieder aus ihrer Sicht vorschreiben, was richtig und gut für sie sei. Wird der Austausch in der Gruppe durch verschiedene Gesprächsführungs- und Moderationstechniken gefördert, können sich die KursteilnehmerInnen selbst über Unterschiede austauschen, ihre Erfahrungen einbringen und somit das eigene Erleben besser einordnen. Die Kompetenz der Eltern zu stärken ist unser Ziel.

## Workshop **Wohlbefinden während der Geburt – zuviel verlangt?** Moderation: Mechthild Groß

Wohlbefinden (wellbeing) ist mittlerweile ein insbesondere in der psychologischen Forschung umschriebenes Konzept (Diener, 1984). Auch in der deutschsprachigen Forschung hat es seinen festen Platz (Abele, Becker, 1991). Dabei wird unterschieden zwischen einer affektiven und einer kognitiven Komponente. Die affektive Komponente unterteilt sich ihrerseits in positive und negative Affektbereiche. Diese beiden Bereiche gelten nicht nur als entgegengesetzte Pole eines bipolaren Kontinuums, sondern als zwei relativ unabhängige Bereiche (Sölva, Baumann, Lettner, 1995). Die Forschungsgruppe um Diener unterscheidet zwischen der Häufigkeit und der Intensität positiver und negativer Affekte (Diener, 1984). Zusätzlich zu den affektiven Bereichen wird Wohlbefinden hinsichtlich allgemeiner bzw. bereichsspezifischer Zufriedenheit erörtert (kognitive Komponente).

Trotz dieser Forschungstätigkeit gibt es kaum Hinweise für Wohlbefinden in der geburtshilflichen Literatur. Aus diesem Grunde wird zunächst von der Geburtserfahrung der Frauen und der Wahrnehmung der Gebärenden durch die jeweilige Hebamme anhand von Studien berichtet. In einem weiteren Schritt sind die wesentlichen Aussagen von Workshop-Teilnehmerinnen zu diesem Thema wiedergegeben.

### **1. Geburtserfahrungen der Gebärenden und die Wahrnehmung durch die Hebamme – ein Beitrag zum Wohlbefinden**

Häufig genannte Faktoren der Geburtserfahrung werden von Waldenström et al. (1996) genannt. Dies sind Unterstützung durch die Hebamme, Geburtsdauer, Schmerzen, Geburtserwartungen, Teilnahme am Geburtsprozeß und chirurgische Maßnahmen (sectio caesarea, vaginal operative Geburten).

Als allgemeine Begriffsbestimmung zur Geburtserfahrung wurde vorgeschlagen, darunter die persönlichen Erfahrungen der Gebärenden während der Geburt zu verstehen. Die Hebamme nimmt die Wünsche und Bedürfnisse der gebärenden Frau wahr und ordnet sie, damit sie die Frau durch die Geburt begleiten kann.

Ambler (1993) untersuchte die Geburtserfahrung der Gebärenden und wie diese mit der der Hebamme korrespondiert. Insbesondere geht sie auf die intrapartalen Wahrnehmungen der Frau ein. Damit sind Wahrnehmungen während der Geburt gemeint. 30 Erstgebärende und deren Hebammen wurden befragt. Der Vergleich der Wahrnehmung der Geburt bei den Frauen und den entsprechenden Hebammen zeigte in folgenden Bereichen signifikante Unterschiede:

- Fürsorgebereich: Die Frauen haben die Aspekte der Fürsorgefunktion anders als die Hebamme wahrgenommen.
- Bildungsfunktion: Es wurde gefragt, ob die Hebamme mit der Frau über deren Kenntnisstand hinsichtlich Wehen und Geburt gesprochen hat.
- Kommunikation und Beratungsfunktion: Ebenso wurde gefragt, ob die Frau während der Wehen und der Geburt Vertrauen zur Hebamme hatte, bzw. ob die Hebamme mit der Frau frei sprechen konnte.
- Advokatsbereich: Die Ergebnisse auf die Frage, ob die Hebamme die Fragen der Frau hinreichend beantwortet habe, zeigten, daß die Frauen den Aspekt der Advokatsfunktion (Befürwortungsfunktion) anders wahrgenommen haben als die Hebammen.
- Organisationsfunktion: Unterschiede gab es auch in der Frage, ob die Hebamme kompetent war.
- Für den klinischen Bereich wurde gefragt, ob die Frau sich sicher gefühlt hat in der Fürsorge durch die Hebamme. Hier gab es ebenfalls Unterschiede.

In allen genannten Bereichen gab es Unterschiede in der gegenseitigen Einschätzung zwischen Hebamme und Frau. In den ergänzenden qualitativen Daten von Ambler (1993) wurde als zentrales Thema der Hebamme formuliert, »mit der Frau« zu sein. Es bedeutet, den Frauen beizustehen, wenn sie von einem unsicheren Zustand in einen Zustand der Selbstbestimmung übergehen. Die Autorin ordnet dies dem Bereich der edukativen Funktionen zu. In diesem Rahmen wurde die Rolle der Hebamme als diejenige beschrieben, die den Frauen die Möglichkeit gibt, ihre Entscheidung zu treffen.

Rajan (1993) untersuchte in einer Sekundäranalyse Daten einer Erhebung des schottischen National Childbirth Trust von 1990 zur Schmerzerleichterung während der Wehen. Die Daten machten es möglich, unterschiedliche Schmerzwahrnehmungen der Frauen einerseits und der sie intrapartal Begleitenden (Hebamme, Gynäkologe



und Anästhesist) andererseits gegenüberzustellen. Rajan unterschied hinsichtlich der Schmerzerleichterung zwischen pharmakologischen und nichtpharmakologischen Methoden. Es wurde eine Skala konstruiert, die Grad und Richtung der Übereinstimmung bei den pharmakologischen Methoden zur Schmerzerleichterung zwischen Frauen und begleitenden Berufsgruppen aufzeigte. Die Skala, die von A bis D reicht, veranschaulicht die Sichtweise der Frauen von voller Übereinstimmung (A) bis hin zu kompletter Nichtübereinstimmung (D). Für die pharmakologischen Methoden wie Pethidin oder Epidurale bedeutet dies, daß jeweils über die Hälfte der einzelnen Professionellen mit der Sichtweise der Frauen übereinstimmte (=A). Ein weiteres Drittel der Hebammen und 25% der Gynäkologen und Anästhesisten stimmten teilweise überein (=B). Zwischen 6% und 7% aller Professionellen beurteilten die verwendete Methode als ineffektiv, während die Frau die gleiche Methode als effektiv beurteilte (=C). Zwischen 5% bei den Gynäkologen und Anästhesisten und 11% der Hebammen beurteilten die Methode als »gut« oder »sehr gut«, während die Gebärenden sie als ineffektiv oder nutzlos beurteilten (=D). Ähnliche Zahlen gab es auch für die nichtpharmakologischen Methoden wie Atmen, Massage, Entspannung. Dort beurteilten 8% der Hebammen die Methode als »gut« bzw. »sehr gut«, während die Frauen sie als ineffizient beurteilten. Nach Bradley et al. (1983) vergleichen Hebammen die Wehen jeder Frau mit allen Geburten im Laufe ihrer Erfahrung, während die Gebärende nur die eigene Erfahrung als Referenz hat. Die Hebamme ist deshalb ständig herausgefordert, die gebärende Frau entsprechend ihren Wünschen und Bedürfnissen einzuschätzen.

Groß (1992) hebt den Vergleich der mütterlichen Wahrnehmung mit dem korrespondierenden Blick der Hebamme hervor. Hebammenschülerinnen erarbeiteten Fragebögen, die durch Angaben von Kolleginnen und Müttern, sowie geburtshilflichen Daten ergänzt wurden. Es konnten 43 Geburtsverläufe jeweils aus der Sicht der einzelnen Frau und der Hebamme bzw. Hebammenschülerin dokumentiert werden. Bis auf eine Ausnahme waren die Gebärenden in der fünfstufigen Skala der Meinung, daß die Hebamme bzw. die Hebammenschülerin den Bedürfnissen »sehr gut« bzw. »gut« gerecht wurde. Es gab allerdings einen Geburtsverlauf mit einer Fehleinschätzung der Hebamme bzw. der Hebammenschülerin: Die Gebärende fühlte sich von den Begleiten-

den »überhaupt nicht« verstanden, während die beiden Begleitenden meinten, sie wären diesen Herausforderungen »gut« nachgekommen.

Eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen der Geburtserfahrung der Gebärenden und der Wahrnehmung durch die Hebamme ist Voraussetzung und Ausgangspunkt, damit das Wohlbefinden der Frau während der Geburt förderlich gestaltet werden kann. Generell wird die Bedeutung der Gesundheitsförderung darin gesehen, Wohlbefinden anwachsen zu lassen. Im Bereich der Gesundheitsförderung existieren bereits Vorschläge, wie die Förderung und der Schutz von Gesundheit gemessen werden können (Abelin, Brzezinski, Carsteirs, 1987). Es besteht allerdings kein Konsens über die Ergebnisse dieser Messungen und über die Bedeutung der zentralen Konzepte. Seedhouse (1995) vermisst aus der Sicht der Gesundheitsförderungsdebatte eine klare Positionsbestimmung zum Wohlbefinden. Wohlbefinden kann als zentrales Element der Gesundheitsförderung angesehen werden.

Aus theoretischer Sicht läßt sich damit ein Problem stützen, das auch von den Teilnehmerinnen der Gesprächsrunde angeschnitten wurde: Frauen sollen eine gelungene individuelle Geburtserfahrung haben. Wie kann die Hebamme dabei unterstützen? Wie kann das Wohlbefinden intrapartal gefördert werden?

## **2. Anregungen der Workshop-Teilnehmerinnen**

Am Workshop nahmen ungefähr 20 Frauen teil. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde ergab sich folgendes Bild: Nahezu alle Frauen hatten eine Ausbildung zur Hebamme absolviert und auch selbst Kinder bekommen. Die restlichen Teilnehmerinnen (4 Personen) waren Geburtsvorbereiterinnen und auch Mütter. Die Teilnehmerinnen näherten sich vorsichtig und behutsam dem Thema an. Teilweise wurde mit erheblicher persönlicher Betroffenheit berichtet. Eine offene Frage zu den Motiven und Erwartungen der Teilnehmerinnen leitete den Workshop ein. Die Teilnehmerinnen wurden zusätzlich aufgefordert, über ihr Verständnis von Wohlbefinden zu berichten: Zwei Hebammen, die erst vor wenigen Jahren geboren hatten, berichteten, wie sie während des eigenen Gebärens Wohlbefinden erfahren hatten. In ihrem Berufsleben als Hebammen möchten sie den Gebärenden vermitteln, was sie selbst erlebt haben. Da dieses nur ansatzweise möglich ist, fühlen sie sich »hilflos«, den

Gebärenden zu vermitteln, was sie selbst als Wohlbefinden erfahren hatten. Für diese Hebammen stellte sich die konkrete Frage, wie Frauen geholfen werden kann, damit es ihnen während der Geburt gutgeht. Als Ausdruck von Wohlbefinden können auch erotische Empfindungen verstanden werden.

Eine erfahrene ältere Hebamme sagte von sich, daß sie darauf achte, auch sich selbst wohlzufühlen. Als Zeichen ihrer verantwortungsvollen Hebammenarbeit gehe sie davon aus, daß sich ihr persönliches Wohlergehen positiv auf die Gebärende auswirken würde. Es ermöglicht ihr, umfangreich auf die Gebärende einzugehen.

Wohlbefinden kann für die einzelne Frau sehr verschieden sein. In der Hausgeburtshilfe gilt das »Zeitlassen« als wesentliche Bedingung für einen gelungenen Geburtsverlauf. Kolleginnen, die in einer Klinik arbeiten, berichteten vom »Leistungsdruck in der Austreibungsperiode«. Damit war gemeint, daß programmatische Geburtsverläufe, die vom Klinikablauf bestimmt waren, nicht mit physiologischen Gegebenheiten übereinstimmten (z. B. Schlafen der Gebärenden vorm Durchtritt des kindlichen Kopfes). Trotz restriktiver Arbeitsbedingungen (z. B. hohes Arbeitsaufkommen, ärztliche Anweisungen) in einer Klinik war es für eine leitende Hebamme aus einem großen württembergischen Kreißsaal die Regel, nach den Wünschen der Gebärenden zu fragen. Sie bemerkte, daß für Frauen, die sich unter der Geburt wohlfühlten, äußere Umstände, z. B. grüne Kacheln im Kreißsaal, an Bedeutung verlieren.

Eine Teilnehmerin, die selbst nicht Hebamme ist, berichtete von ihrer traumatischen Geburtserfahrung. Gefühle und Erinnerungen wurden wach. Sie wünschte sich Wohlbefinden und hofft, daß eine Aufarbeitung der Geburtserfahrung die belastenden Erinnerungen abmildern kann. Angesichts möglicher traumatischer Erinnerungen wurde Wohlbefinden im prophylaktischen Sinne von »Heilbleiben« verstanden. Viele Hebammen meinen, daß sie den Frauen während der Geburt wohltun. Die Wahrnehmungen der Frau können jedoch gänzlich andere sein als die der Hebamme.

Im Laufe dieser lebhaften Begriffsklärung kam die Arbeitsgruppe zu Überlegungen, was für die Frau wichtig sein könnte. Wohlbefinden umfaßt alle intrapartalen Empfindungen und Äußerungen der Frau. Die Frauen ihrerseits sind aufgefordert, sich zu »trauen«, ihre Wünsche

und Bedürfnisse zu äußern. Eine Teilnehmerin wünschte, daß Hebammen unter der Geburt immer die Wahrheit sagen sollten. Wohlbefinden hängt mit dem Ausmaß der zeitlichen Präsenz der Hebamme zusammen. Auch begleitende Personen können, ebenso wie die Hebamme, zum Wohlbefinden der Gebärenden beitragen. Nach Ansicht einer anwesenden Geburtsvorbereiterin kann Wohlbefinden im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses geübt werden.

Im Gespräch mit den Teilnehmerinnen wurden Vorbehalte gegenüber der Verwendung des Begriffs Wohlbefinden im geburtshilflichen Zusammenhang geäußert. Da sich für den deutschen Sprachgebrauch im geburtshilflichen Kontext momentan keine konsistente Verwendung des Begriffs »Wohlbefinden« abzeichnet, wurde als Hilfsbegriff für Wohlbefinden der Ausdruck des »gelungenen Gebärens« vorgeschlagen. Welche Zuwendungen (Bestätigung, Ermutigung, Präsenz) finden von Seiten der Hebamme statt? Was wird als Erleichterung/Wohlbefinden von der Gebärenden wahrgenommen und bleibt als Erinnerung bestehen?

Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß unabhängig von dem Geburtsmodus (Spontangeburt, vaginal operative Geburt, sectio caesarea) eine Gebärende die Geburt als »gelungen« bezeichnet, wenn ihren Wünschen und Bedürfnissen Rechnung getragen wurde.

Zusammenfassend bildeten sich einige Punkte heraus, die auch bei einem heterogenen Verständnis von Wohlbefinden (jede Hebamme bzw. jede Gebärende hat etwas anderes darunter verstanden) allen gleich wichtig erschienen: Die Gebärende wird nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt, die Hebamme beobachtet die Gebärende, nimmt sich Zeit, ist im Hier und Jetzt präsent und nimmt die Gebärende ernst. Dabei ist die Hebamme bemüht, sich selbst zurückzunehmen, damit sie feststellen kann, wo sie die Gebärende »abzuholen« hat. Dieses ist bei allen bestehenden Geburtsformen (Spontangeburt, vaginal operative Entbindung, sectio caesarea) erforderlich. Gemeinsam war den Äußerungen, daß es hierbei um mehr als nur die (kognitive) Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung geht.

### 3. Ausblicke

Die Anregungen aus der Literatur wie auch die Äußerungen der Teilnehmerinnen zielen in eine gemeinsame Richtung: Wie kann das Wohlbefinden der Gebärenden gefördert werden?

Sowohl das Konzept der Gesundheitsförderung wie auch die Hebammentätigkeit fokussieren auf einem gemeinsamen Anliegen: Es geht um Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verweisen in der Regel auf gesunde Phasen des Lebens. Diese Phasen werden in der Alltagssprache auch als normale bzw. physiologische Phasen bezeichnet. Letztere Bezeichnung wird häufiger in der Fachsprache gefunden.

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen Gesundheitsförderung und dem Gebären liegt darin, daß die Hebammentätigkeit ein prozessuales Geschehen begleitet. Die Frau befindet sich in einer ständigen Situation der Veränderung und des Übergangs. Gesundheitsförderung wird in diesem Kontext als ein Prozeß verstanden, den es in seinem Gelingen zu fördern gilt.

Bislang stehen retrospektive Daten zur Verfügung, die im Anschluß an die Geburt über die gegenseitige Einschätzung zwischen Hebamme und Frau während der Geburt berichten. Eine solche Einschätzung ist immer selektiv und kann nur unzureichend das komplexe Interaktionsgeschehen dokumentieren. Ebenso kann die persönliche Atmosphäre des Workshops kaum in Worten wiedergegeben werden. Trotzdem sei abschließend auf einen Zusammenhang zwischen den bereits zitierten Studien und der Aussage einer Teilnehmerin hingewiesen. Nahezu die Hälfte aller Hebammen und Gebärenden (48%) stimmen in ihrer jeweiligen Einschätzung hinsichtlich der Wirksamkeit der Schmerzermethoden überein (Rajan, 1993). Die Aussage einer Hebamme, daß sie darauf achte, daß sie sich selbst wohlfühle und hoffe, daß es dabei auch der Gebärenden gut gehe, kann in Beziehung gesetzt werden zu der Studie von Rajan. Möglicherweise begleitet die erwähnte Kollegin in mehr als der Hälfte Frauen, bei denen die eigene Einschätzung mit der der Gebärenden übereinstimmt.

Wenn die Hebamme die Frau im gesundheitsförderlichen Sinne während der Geburt begleiten möchte, dann hat sie sich zunächst zu vergewissern, daß sie die Gebärende annähernd so versteht, wie es von der Gebärenden selbst empfunden wird. Erst dann kann eine Arbeit

beginnen, die sich dem Wohlbefinden widmet und zu einer individuell gelungenen Geburtserfahrung beiträgt. Absicht und Ziel eines gesundheitsförderlichen Handelns werden auch von Sheila Kitzinger (1981, S. 108) beschrieben:

»Du bist eine Hebamme. Du assistierst bei einer Geburt. Tue Gutes ohne Umstände und Aufhebens. Erleichtere, was geschieht, und denke weniger, was geschehen sollte. Wenn Du die Führung übernehmen mußt, führe so, daß der Mutter geholfen wird, weiterhin frei und verantwortungsvoll zu sein. Wenn das Kind geboren ist, wird die Mutter sagen: ›Wir haben es selbst gemacht!« (Kitzinger 1981, S. 108)

### **Danksagung**

Ich danke Antje Kehrbach für ihre Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung des Workshops.

## Literatur

- A. Abele, P. Becker: Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik. Juventa, Weinheim 1991.
- T. Abelin, Z. Brzezinski, V. Carstairs: Measurement in health promotion and protection. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1987.
- N. Ambler: The Keeper of the Watch: The Role of the Midwife. A Comparative Study of the Woman's and Midwife's Perceptions. Proceedings of the 23rd International Congress of Midwives, Vancouver May 9-14, 1993. S. 82-97.
- C. Bradley, C. Brewin, S. Duncan: Perceptions of labour: discrepancies between midwives' and patient ratings. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 90: 1176-9; 1983.
- A. Diener: Subjective Well-Being. Psychological Bulletin 95: 542-75; 1984.
- M. Groß: Individueller und sicherer Geburtsverlauf unter Berücksichtigung der mütterlichen Bewegungen und Positionen. Deutsche Hebammenzeitschrift 44 (10): 415-8; 44 (11): 459-62; 44 (12): 501-8; 1992.
- S. Kitzinger: Childbirth in Society – Effective care in Pregnancy and Childbirth Oxford University Press. Oxford 1981.
- L. Rajan: Perceptions of pain and pain relief in labour: the gulf between experience and observation. Midwifery 9: 136-145; 1993.
- D. Seedhouse: »Well-being«: Health Promotion's red herring? Health Promotion International 10: 61-7; 1995.
- M. Sölva, U. Baumann, K. Lettner: Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 4: 292-309; 1995.
- U. Waldenström, I. Borg, B. Olsson, M. Sköld, S. Wall: The Childbirth Experience. A Study of 295 New Mothers. Birth 23: 144-54; 1996.

Workshop **Qualitätsdefinition, -nachweis, -förderung,  
-»sicherung« in der außerklinischen Geburtshilfe**  
Moderation: Anna Rockel-Loenhoff

Man kann in diesen Tagen einmal mehr das Wort »Qualitätssicherung« hören, gerade auch von Hebammenseite. Was dahintersteckt, läßt sich leicht erraten: Auf der einen Seite wäre ein Überblick über die eigene Arbeit als Hilfe zur Reflexion nötig, auf der anderen Seite möchte man den akademischen Quälgeistern mit ihrer unerotischen Sichtweise von Schwangerschaft und Geburt endlich einmal beweisen, daß freiberufliche Hebammen gut arbeiten. Dieser Rechtfertigungsdrang ist angesichts der verschärften Diskussion um perinatal verstorbene Kinder notwendig geworden und verständlich. Der Tod eines Kindes ist ein sehr seltenes Ereignis in der Hausgeburtshilfe und ganz sicher weder in der Klinik noch zuhause in jedem Fall vermeidbar. Sowohl in der Klinik als auch zu Hause muß solch einem Ereignis sorgfältig nachgegangen werden. Lohnt es sich aber, die Dokumentation so zu gestalten, daß auf ein dergestaltiges Unglück immer wieder hingewiesen wird?

Wir müssen imstande sein zu erkennen, daß uns die klinische Ausbildung mit Trugbildern bezüglich der Unzulänglichkeit des natürlichen Geburtsprozesses konfrontiert hat, die sich durch eigene Forschungen möglicherweise nicht bestätigen lassen.

Von daher ergeben sich gewisse Fragen:

- Wie können wir frauenspezifisch forschen?
- Oder geht es eher um Rechtfertigungsforschung nach bekannten Formeln?
- Gibt es zwischen vorhandener Forschung und fiktiver Frauenforschung einen Kompromiß, den Frauen und Hebammen tragen können?
- Inwieweit geht es um die »gläserne Klientin«, die »gläserne Hebamme«?

Geburt ist ein bio-psychosoziales Ereignis, welches sich in herkömmlichen naturwissenschaftlichen Zahlengrößen nicht oder nur höchst unvollkommen messen läßt. Die Verwendung zum Beispiel eines sog-



nannten Partogramms, in der der Geburtsfortschritt in einem Zeitdiagramm eingezeichnet wird, beschreibt eher die Hilflosigkeit gewisser Geburtsmediziner, das Geschehen zu erfassen, als den Geburtsprozess selbst.

Die Bereitschaft der Hebammen scheint groß, für ihre spezielle Situation in der Hausgeburtshilfe analoge Kriterien zuzulassen, zum Beispiel anhand des sogenannten »Peribogens«, der für die klinikeigene Sichtweise von Geburt offenbar passend erscheint (obwohl die Verwertbarkeit der Daten mehr und mehr auch von den Klinikern infrage gestellt wird).

Der Übereifer mancher Hebammen, mit einer möglichst umfassenden Dokumentation über einen Teil des Privatlebens ihrer Klientinnen »qualitätssichern« zu wollen, folgt dem Grundsatz: Je mehr Daten, desto größer und vielfältiger die Beweiskraft – oder aber, so sehen es die Pragmatiker, die Datenfriedhöfe. Der Datenschutz muß spätestens da einsetzen, wo Daten an andere Stellen weitergegeben werden. Es kann auf keinen Fall angehen, daß zum Beispiel Gesundheitsämter sich dieser Daten bedienen, sie interpretieren und veröffentlichen. Leider besteht eine große Rechtsunsicherheit bei den Hebammen, welchen Forderungen der übergeordneten Behörde sie nachzukommen haben. Unserer Ansicht nach kann das Gesundheitsamt beim Verdacht auf eine schwere Verfehlung Einsicht in die Dokumente der Hebamme fordern. Es widerspricht aber unserer Berufsehre, unsere Klientinnen identifizierbar zu machen. Das würde sonst bedeuten, daß es für eine Frau, die zu Hause entbindet, keinen Datenschutz und damit keinen Schutz ihrer Privatsphäre gibt. Solche Mißverständnisse werden solange passieren, wie ein privates (Geburts-) Ereignis verwechselt wird mit einem intensivmedizinisch zu betreuenden präpathologischen Vorgang. Wo immer fragliche Daten einer Klientin weitergegeben werden sollen, muß zuvor von ihr das Einverständnis eingeholt und der Hinweis gegeben werden, welche Nachteile die Weitergabe für sie bedeuten kann. Dies wird analog von der medizinischen Aufklärung erwartet.

Einigkeit besteht darüber, daß das Erheben von Daten nicht dazu führen darf, die Betreuungsleistung zu vernachlässigen. Allein arbeitende Hebammen sind von daher häufig gezwungen, Zeiten und Ereignisse nach Beendigung ihrer Betreuungstätigkeit, »sobald die Hände wieder frei sind«, zu dokumentieren, woraus schon eine gewisse

(Daten-) Ökonomie resultiert. Der Geburtsverlauf sollte rekonstruierbar sein, Selbstverständlichkeiten sind aus Praktikabilitätsgründen nicht dokumentierpflichtig.

Es ist keine Frage, daß die Daten der Klientin selbst jederzeit in verständlicher Form zugänglich gemacht werden müssen, so sie dies wünscht.

Wichtig ist im Regelfall die Dokumentation in erster Linie für die Hebamme, um bestimmte Auffälligkeiten und Gründe für Verlegungen zu revidieren.

Zur Dokumentation gehört für manche Hebammen, sich eine Art »Persilschein« für den Fall eintretender Komplikationen von der Klientin oder den werdenden Eltern unterschreiben zu lassen. Nun ist der Wunsch, in Zeiten, in denen jeder ungestraft eine Hausgeburtshebamme verleumden darf, sich gegen Regresse abzusichern, überaus verständlich. Ob es aber angebracht ist, bei der Aufzählung von nicht vorhersehbaren geburtshilflichen Unglücksfällen noch nicht einmal zu differenzieren, ob sie überhaupt behandelbar wären, geschweige denn, ob überhaupt eine Wahrscheinlichkeit für ihr Auftreten besteht, wage ich zu bezweifeln. Auf jeden Fall ist solche Aufzählung eher dazu da, Angst zu schaffen als zu mindern.

Die Dokumentation sollte enthalten:

- Angaben für den Fall einer Verlegung, Ergebnisse der Risikoeinschätzung
- fortlaufende Beobachtung des Geburtsprozesses und seine Auswirkungen auf Mutter und Kind (Rekonstruierbarkeit)
- nachgeburtliche Adaptation und Beziehungsaufnahme

und dient zur

- Überprüfung der eigenen Arbeit (resp. Verlegung/Eingriff/Pathologien)
- Arbeitshilfe/Entlastung
- Festhalten von Erfahrungswerten
- Suche nach Schwachstellen und deren Ausbesserung
- juristische Absicherung (?)

Das führt uns sehr schnell auf die Frage:

Was kann uns noch als Qualitätskriterium dienen und was davon ist datenerfaßbar?

Datenerfaßbarkeit scheint vorhanden bei:

- Sterblichkeit
- Morbidität
- Risikoschwangerschaftsverläufe
- Frühgeburtlichkeit
- invasive Eingriffe (Cerclage, Einleitung, (vag.) OP, Epi, Reanimationen, Medikalisierung)
- Verlegungen
- fetal outcome

**Wie läßt sich »Qualität« aus Hebammensicht definieren?** Aufschluß darüber ergab eine Befragung von Hebammen, die seit mehr als acht Jahren außerklinische Geburtshilfe leisten und in der Schwangerenvorsorge und in der Wochenbettbetreuung tätig sind.

Als oberstes Qualitätskriterium ergab sich dabei das Maß an Übereinstimmung zwischen den Erwartungen, die Frauen und Hebammen haben und den erbrachten Leistungen. Um die Qualität der Leistungen zu »sichern«, ist es vonnöten, die Bedürfnisse von Klientinnen (und Hebammen) zu kennen. Diese können von Frau zu Frau verschieden sein. Die Qualität der Hebammenarbeit zeigt sich also in der Fähigkeit der Hebamme, auf die individuellen Bedürfnisse von Mutter und Kind flexibel und adäquat zu reagieren und dabei ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen nicht zu negieren.

Ein weiteres Kriterium bezieht sich auf die Effizienz der Hebammenleistungen. Das heißt, der gesamte Arbeitsbereich muß immer wieder überprüft und ggf. verändert werden, inwieweit er neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot noch dem angestrebten Ziel, der Zufriedenheit von Mutter, Kind und Hebamme entspricht. Zum Teil ist dabei eine hohe Abstraktionsfähigkeit der Hebamme gefordert, was ihre eigenen Vorstellungen von befriedigender Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft anbetrifft. Der Aspekt der Kommunikation spielt dabei eine besondere Rolle. Wenn diese nämlich zwischen Hebamme, Klientin, Gynäkologe, Krankenhaus erschwert ist, wird das System zwangsläufig zu teuer. Die Kommunikation liegt aber nicht nur in der Verantwortung

der Hebamme. Qualität bedeutet neben einer verbesserten Kommunikation auch bewußteres Kooperieren und vermehrtes Koordinieren. Es zeigt sich hier, daß effektive Qualitätsförderungsprogramme bereichsübergreifend und multiprofessionell sein müssen.

Ein weiterer Forschungszweck läge im Nachweis einer veritablen »Hebammenkultur«, die sich zeigt in:

- Tradition (klassische Richtlinien)
- Ethik/Gesetz
- Zielrichtungen
- Sprache, Handlung, Kommunikation
- eigene Begriffsdefinition
- Organisation
- Weiterentwicklung, Forschung, Wissensweitergabe

Es stellt sich zusätzlich die Frage: Wie beweist man »Prophylaxe« (= angstreduzierend, eingriffvermeidend, kostendämpfend)?

Sind unsere Klientinnen später:

- eigenverantwortlicher, selbstsicherer
- gesundheitsbewußter, stillwilliger
- fähiger zu Kommunikation und Beziehung
- zufriedener?

Und was resultiert daraus?

Wie läßt sich unsere oft unsichtbare Arbeit darstellen?

- Erfassen
- Improvisieren
- Kommunizieren
- Handeln: ethisch, respektvoll, fürsorglich
- Risiko-, Verantwortungs-, Reflexions- und Selbstdarstellungsbereitschaft

Wie steht es mit unserer eigenen Zufriedenheit und wie können wir sie erhöhen? An dieser Stelle scheint mir die Bemerkung wichtig, daß Qualität nicht zuletzt auch bedeutet, mit der gegenseitigen Diskriminierung aufzuhören.

### Einige Beispiele:

1. Eine Hebamme, die glaubt, regelmäßig und in kurzen Abständen untersuchen zu müssen, muß nicht verantwortlicher handeln, als eine, die nicht untersucht oder nur, wenn ihr das durch die Beobachtung des Verhaltens der Gebärenden sinnvoll erscheint.
2. Eine Hebamme, die regelmäßige Herzton-Kontrollen per CTG durchführt, handelt nicht unbedingt verantwortlicher als eine, die nur gelegentlich das Herzton-Rohr benutzt.
3. Eine Hebamme, die sich in jeder Phase der Geburt zur Hilfeleistung aufgerufen fühlt, handelt nicht unbedingt angemessener als eine, die sich im Hintergrund hält.
4. Eine Hebamme, die Zwillinge oder Beckenlagen-Kinder zuhause entbindet und dies nach den klassischen Regeln tut, handelt nicht weniger verantwortlich als eine, die dies für sich ablehnt.
5. Eine Hebamme, die nur Mehrgebärende entbindet, handelt nicht verantwortlicher als eine, die auch Erstgebärende betreut.
6. Ein medizinischer Eingriff, die Überweisung in eine Klinik kann richtig sein. Andere Verhaltensweisen können jedoch genauso richtig sein.
7. Die Bedeutung eines Geburtsstillstandes sollte richtig eingeschätzt werden. Die Biographie der gebärenden Frau zu kennen, kann dabei wesentlicher sein als enggesetzte medizinische Zeitlimits.

Diese Relativierungen von klinikübernommenen Standards erinnern an ein Zitat von Marie von Ebner-Eschenbach (in Abwandlung):

»Viele meinen, verantwortlich und hilfreich zu sein und haben doch nur schwache Nerven.«

Der Austausch mit Kolleginnen, die Einrichtung einer Supervision und die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen kann dazu beitragen, das eigene Tun zu reflektieren und sich selbst und den Kolleginnen gegenüber nachsichtiger und solidarischer zu sein.

**Fazit:** Wir sind am Beginn der Diskussion über »Qualität« aus Hebammen-sicht. Die eigene Definition der Begrifflichkeiten verspricht, spannend zu werden und eröffnet ein weites Blickfeld.

## Workshop **Pränataldiagnostik: Das Dilemma der Entscheidungsfreiheit**

Moderation: Ebba Kirchner-Asbrock

In zunehmendem Maße werden schwangere Frauen mit der Frage konfrontiert, ob sie das in ihnen wachsende Kind einer pränatalen Qualitätsprüfung unterziehen wollen. Um den Umgang mit diesen Fragen, um Ansprüche und Erwartungen an die vorgeburtliche Diagnostik – aber auch um den Widerstand gegen sie – soll es vor dem Hintergrund der Beratungserfahrung von ›Cara e.V.‹, der Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik in Bremen, gehen.

Die Mehrzahl der 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops kommen innerhalb ihres Berufsfeldes mit dem Thema »vorgeburtliche Diagnostik« in Berührung. Zu ihnen gehörten Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen, Medizinerinnen/ein Mediziner, Psychologinnen/Therapeutinnen, Beraterinnen aus Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sowie eine Mitarbeiterin von ›Selbstbestimmt Leben‹.

Als Einstieg in das Thema fand ein kurzes Rollenspiel statt, in dem alle Teilnehmerinnen/Teilnehmer Argumente für oder gegen vorgeburtliche Diagnostik (hier am Beispiel Fruchtwasseruntersuchung) austauschten. Die Aussagen wurden gesammelt und unter bestimmten Fragestellungen (z. B.: welche Ansprüche/Erwartungen/Hoffnungen kamen zum Ausdruck?) ausgewertet. Die folgende Darstellung der Erfahrungen aus den Beratungen bei ›Cara e.V.‹ – Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik in Bremen – sollte einen Einblick darin verschaffen, wer die Beratung in Anspruch nimmt, welche Themen angesprochen werden und welche Konflikte dabei deutlich werden.

Daraus einige Auszüge:

- Die Definition »Risikoschwangere« allein auf Grund des Alters (ab 35 Jahren) wird von vielen Frauen als verunsichernd erlebt.
- Auf diesen Boden trifft das Angebot von vermeintlicher Sicherheit durch vorgeburtliche Diagnostik, vermittelt durch Frauenärztin oder Frauenarzt.
- Häufig besteht kein realistisches Bild über die (begrenzten) Möglichkeiten dieser Diagnostik: mit ihr wird die Vorstellung verbunden, Leid

(wobei Behinderung mit Leid gleichgesetzt wird) abwenden zu können.

- Risiken, negative Folgen und Begleiterscheinungen dieser Diagnostik (unklare Befunde, »Schwangerschaft auf Probe«, später Abbruch als eingeleitete Geburt) werden häufig erstmalig in der Beratung thematisiert, das heißt: sie sind bisher gar nicht oder kaum angesprochen worden.
- Häufig fühlen sich schwangere Frauen hin und her gerissen zwischen ihren Ängsten, einem Leben mit einem behinderten Kind nicht gewachsen zu sein (z. B. Angst vor Autonomieverlust, davor ausschließlich und lebenslang auf die Mutterrolle festgelegt zu sein oder von ihrem Partner verlassen zu werden) und den Ängsten, durch eine Fehlgeburt das Ungeborene zu verlieren bzw. nach einem auffälligen Befund eine Entscheidung über Leben oder Tod fällen zu müssen.
- Viele Frauen beklagen, daß für sie der Entscheidungsprozeß zusätzlich belastet wird durch den Erwartungsdruck aus dem sozialen Umfeld, sich für die Diagnostik zu entscheiden. Hierbei wird der Druck durch Frauenarzt/Frauenärztin zumeist an erster Stelle genannt.

Viele schwangere Frauen wenden sich an »Cara«, nicht nur um Informationen zu erhalten, sondern um vielmehr darin ermutigt zu werden, ihre Skepsis gegenüber den vorgeburtlichen Tests ernstzunehmen.

Für alle Menschen, die in diesem Kontext beraten, ist die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zu diesem Thema (eigener Selbstbestimmungsbegriff, eigene behindertenfeindliche Anteile etc.) unerlässlich. Außerdem sollten sie grundsätzliche Fragen klären wie: »Will ich non-direktiv beraten? Gibt es überhaupt non-direktive Beratung? Wieviel von meiner eigenen Haltung will ich sichtbar machen?«.

## Workshop **Pränatales genetisches Screening – moderne Wahrsagerei?**

Moderation: Barbara Duden

Letztes Jahr im Frühsommer besuchte ich mit Hedda und Nils Christie Vindarasen. Das Dorf liegt eineinhalb Stunden Autofahrt südlich von Oslo in einer hügeligen Bauernlandschaft. Kleine Holzhäuser, die unregelmäßig und schief gebaut sind, sitzen zwischen Büschen und Wegen. Zum Dorf gehören Gärten, Felder, Wiesen, eine nierenförmige Kläranlage, große Stallungen, eine Bäckerei, ein Cafe, eine Bücherei. Hedda, Nils und ich kommen zu spät in den Theatersaal, wo man den ersten Akt von Peer Gynt spielt. Ich verstehe kein norwegisch, spüre aber wie gespannt die Zuschauer der Sache folgen. Atemlose Stille im brechend vollen Saal wird unterbrochen von aufmunternden Zurufen an die Schauspieler. Ich ahne, daß sie Helden heroisch monologisieren und die Kobolde und Trolde durch Tölpeleien die grandiosen Gesten unterlaufen. Schließlich ist der Akt vorbei. Wir drängen ins Freie, um in der naheliegenden Kirche Nils Festvortrag zum 20-jährigen Bestehen des Dorfes zu hören. Thema: »Was ist eine gute Gesellschaft?« Nils hat eine Papierrolle und Schere mitgebracht und schneidet nach und nach ab, wer in der modernen Gesellschaft weggesteckt wird: die »Alten«, dann die Kranken, die Sterbenden, dann die »Depperten«. Jedesmal trudelt ein Schnipsel zur Erde. Ich schaue mich um. Mein Lebtage vergesse ich die Gesichter der Zuschauer nicht: neben mir eine junge Frau im besten Kleid mit weißem Kragen, die gespannt wie ein Flitzebogen auf Nils Pointen wartet. Ihre hängende Unterlippe zittert. Gegenüber strahlt Tom der Bäcker und umarmt seine Freundin. Er hängt an Nils Lippen, wartet auf den Witz und schlägt sich beim Lachen auf die Knie. Dann erzählt Nils, wie wir uns eine gute Gesellschaft vorstellen. Da ist Platz für Vindarasen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nils Christie. *Jenseits von Einsamkeit und Entfremdung. Gemeinschaften für außergewöhnliche Menschen.* Stuttgart 1992.



Ich habe im Workshop von Vindarasan erzählt, um Distanz zu gewinnen zu den Selbstverständlichkeiten, die oft auch im kritischen Gespräch über pränatale Diagnostik stillschweigend mitlaufen. Dann haben wir die folgenden Thesen besprochen, die alle um eines kreisten: die falschen Worte im Gespräch um pränatale Diagnostik: Beratung, Diagnostik, Wissen, nicht-direktiv, Kind, Entscheidung, Sicherheit, Verantwortung, Zukunft.

1. In der »genetischen Beratung« professionellen Typs, sei es durch Arzt oder Genetikerin, geht es nicht um »Beratung« oder gar Ratgeben im guten und starken Sinne, sondern um die Einweisung in einen entkörpernden Denkstil in bezug auf sich selbst und das kommende Kind. Die genetische »Beratung« stellt eine soziale Umgangsform dar, die – ungeachtet der Intention des Beraters – die Beratene desorientieren und in ihrer Alltagswahrnehmung ver-rücken muß; das nenne ich nicht »Beratung« sondern professionell hergestellte Ratlosigkeit. Eine gute Beratung müßte versuchen, der Frau zu erklären, daß Statistik nichts über die Zukunft aussagt und daß Wahrscheinlichkeitszahlen für die einzelne Person sinnlos sind. Ist die fortgeschrittene Schwangerschaft der richtige Moment für eine Expreß-Einweisung in die Grenzen statistischer Aussagen? Ich glaube nicht.
2. Die sogenannte pränatale »Diagnostik« hat mit »Diagnostik« in der alten Bedeutung des Fachworts für ein ärztliches Verfahren in der Trias Diagnose, Therapie, Prognose im Rahmen einer Heilbehandlung nichts gemein. Ich erinnere die Klage eines Kinderarztes, der als Genetiker bei einem Kongreß darüber lamentierte, daß er nicht mehr als »Arzt« handeln kann. Es geht bei den »diagnostischen« Verfahren, das ist der einzige Zweck der Sache, um Selektion, um die Aussonderung von Anlageträgern und nicht um ärztliches Handeln im guten Sinn.
3. Das genetische Labor liefert kein »Wissen«, mit dem die Frau in bezug auf sich selbst etwas anfangen könnte, denn das genetische Screening liefert »Informationen« über Kodiertes, was einem Befehlsempfang gleichkommt. Wenn eine sich ihr Kind als Anlageträger eines genetisch kodierte Programms aufschwätzen läßt, dann weiß sie nichts über ihr Kind, sondern sie hat einen Befehl in bezug auf die Zukunft zur Kennt-

nis genommen. Statt Wissen zu geben, liefert die genetische Beratung gerichtete Ignoranz. Sie verwirrt. »Wissen« über das kommende Kind kann die Frau nicht erhalten, sie kann sich allenfalls den Ausschluß von einer/zwei Möglichkeiten aus einem Meer von Möglichkeiten bestätigen lassen. Dafür nimmt sie in Kauf, daß sie über die Testchancen von immer mehr genetischen Sonderungen etwas wissen soll und daß damit ihre Selbstwahrnehmung an die Erweiterung globaler Labor-technik gebunden wird.

4. Die Beratung soll »ergebnisoffen« und »nicht-direktiv« sein, das heißt die Berater sollen sich ausdrücklich jeder Stellungnahme enthalten. So will es der Code dieser Veranstaltung. Diese vermeintliche »Offenheit« ist eine Augenwischerei, wenn wir die »Natur« der mitgeteilten »Information« als das verstehen, was sie faktisch ist: eine »peremptorisch-probabilistische Einrede« gegen die eigenen Sinne. Was ist eine »peremptorische Einrede«? Vor Gericht nennt man das eine Einrede, die vernichtet, was dagegen zu sagen wäre. Eine »Klageansprüche vernichtende Einrede«.
5. Die Frau mag meinen, es ginge in der pränatal genetischen Beratung um ihr kommendes »Kind«, für das konkrete »Vorsorge« angeraten ist. Tatsächlich geht es nicht um ihre einzigartig biographische Schwangerschaft, sondern um die Zukunft und die Wahrscheinlichkeiten des Vorkommens von abweichenden Merkmalen in einer Population von Föten, in der ihr Kind ein konkreter Fall sein könnte. Der »Rat« über »das Kind«, das noch nicht geboren ist, ist eine Aufforderung zur gewaltsamen Distanzierung von sich selbst und die Forderung, die eigene Leibesfrucht in einem wahrnehmungsfremden Raum standpunktloser Objektivität zu verorten.
6. Die Beratung erlaubt der Frau nicht entschieden zu handeln, vielmehr vermittelt sie ihr professionell angeleitet den Schein, daß sie vor einer Entscheidung stünde. Und sie preßt diesen irrwitzigen Entscheidungszwang über das Schicksal des noch Ungeborenen in die Kalkulation von Chancen und die Abwägung von Wahrscheinlichkeiten. Die »Entscheidung« der Frau läuft darauf hinaus, sich dem Urteil über das mit einer genetischen Aberration behaftete Phantom im eigenen Inneren anzuschließen.

7. »Genetische Beratung« befördert keine Sicherheit. Wenn die Genetikerin uns mitteilt, daß »97 Prozent der Frauen von »uns« beruhigt werden können« (Frau Theile im Januar 97, Bad Dürkheim), dann heißt das, daß diese Frauen erst verunsichert wurden. Die Genetik erzeugt, vergrößert, verschärft die wachsende Verunsicherung der schwangeren Frauen in den 1990er Jahren, die ihr dann wiederum als Legitimation für ihren Einsatz dient.
8. Sie versetzt die Frau in einen Rahmen, in eine »mentale Topologie«, in der niemand »Verantwortung« im starken Sinn tragen kann – wenn wir nicht Verantwortung zum Vollzug des technogenen Sachzwangs bekommen lassen: Du bist verantwortlich zu tun, was Du sollst.
9. Schließlich wirft die Genetik in der modernen Schwangerschaft einen Schatten auf die Zukunft. Sie ist moderne Wahrsagerei, die im Gewand der Wissenschaft und scheinbar harter »Fakten« daherkommt und die in bezug auf die immer unsichere Zukunft nur die Funktion haben kann, die Frau für ihr Nicht-Anpassen an den technogenen Denkstil später zu strafen. Auch die Statistik hat nicht die Macht, den Schleier von der Zukunft zu ziehen. Was immer in der genetischen Beratung gesagt werden kann, sagt nichts darüber aus, was in der Zukunft rückblickend geworden sein wird. Nichts über die Zukunft dieses Kindes, sondern nur eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit von Merkmalen in einer Kategorie, zu der dieser Fall möglicherweise gehören könnte.

Wir müssen die Pränataldiagnostik mit einer anderen Sprache und aus einer anderen Perspektive untersuchen als üblich. Wir sollten aufhören, von »Diagnostik« zu sprechen, von Wissen und so fort. Wir müssen dies Verfahren als ein modernes Ritual fassen, das Wirklichkeiten neuer Art herstellt, denen auch Frauen sich nicht entziehen können. Rituale haben aus dieser Perspektive (Ivan Illich) drei Funktionen: sie schaffen soziale Wirklichkeit, d. h. sie erzeugen neue Wirklichkeiten – hier z. B. die allgegenwärtige Angst vor dem Mongolenkind, produzieren sie (in der Beratung), sie gestalten sie; zweitens legitimieren sie die existierende Wirklichkeit: die genetische Beratung paßt auf die Moderne, sie legitimiert die Verwaltung von Menschen; und drittens geben sie der Wirklichkeit einen Sinn, sie interpretieren sie, dogmatisieren sie: so und nicht

anders kann und muß es sein! Die Dürre an Vorstellungen, Ideen, Hoffnungen, anders mit Behinderten leben zu können, ist schon erstaunlich. Es erstaunt auch, daß die Frage nach den Kosten dieses umfassenden Rituals nicht deutlicher gestellt wird. Was wäre, wenn die Frauen dieses Geld bekämen, um unterstützt zu sein im seltenen Fall, daß eine Frau ein behindertes Kind hat? Unsere Diskussionen sind zu sehr überschattet von der Macht des derzeit Wirklichen. Darin sehen wir, was Pränataldiagnostik in dieser Gesellschaft »tut«, denn sie schafft eine Wirklichkeit, stellt sie als »Wahl«, »Chance«, Freiheit her, legitimiert sie und macht sie zur Natur der Sache. Dagegen helfen wohl nur Freundschaft, Zuneigung, Mut, Zuversicht – und Vindarsen.

## Workshop **Ermutigung zum politischen Handeln**

Moderation: Margaretha Kurmann und Eva Schindele

**Auslese durch pränatale Diagnostik** Fahndung nach Risiken, Risikoaus-schluß, Überwachung, Kontrolle – das sind die Begrifflichkeiten, die hierzulande die Schwangerschaftsvorsorge charakterisieren. Das Unge-borene nach möglichen Fehlbildungen oder Normabweichungen durch-zuchecken, gehört zu diesem risikoorientierten Konzept. Da in vielen Fällen gar keine therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, heißt Risikovermeidung oft Abbruch der Schwangerschaft; in manchen Fällen in einem Stadium, in dem der Fötus auch außerhalb des Mutter-leibs bereits lebensfähig ist.

Diese Form des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt verwickelt nicht nur einzelne Frauen in vielfältige Entscheidungskonflikte. Sie verändert auch ethische Maßstäbe und unser soziales Klima: Neue Ansprüche und Erwartungen werden an schwangere Frauen gerichtet. Vorgeburtliche Selektion, so ist zu befürchten, wird zunehmend zur gesellschaftlichen Verpflichtung, die Solidarität mit behinderten Kin-dern und ihren Familien aufgekündigt, die Toleranz gegenüber jeder Form von Anderssein.

**Nicht nur Privatsache** Daraus folgt: Vorgeburtliche Diagnostik ist nicht nur als eine Privatsache abzutun, die zwischen Arzt/Ärztin und Patientin ver-handelt wird. Die Entscheidungsautonomie von Frauen muß erst durch kritische Informationen und von medizinischen Institutionen unabhän-gigen Beratungsangeboten gestärkt werden. Doch Einzel-Beratung erübrigt nicht den politisch-ethischen Diskurs über die Auswirkungen Präna-taler Diagnostik. Schließlich werden Entscheidungen in einem sozialen Klima getroffen – in der Regel nach den Vorstellungen, die kulturell als Norm akzeptiert werden oder zumindest als vernünftig gelten.

Deshalb ist es notwendig, einen (frauen)-politischen Diskurs zu fördern, der die Normen hinterfragt, auf dessen Grundlage sich die risikoorientierte Schwangerenvorsorge und die vorgeburtliche Aus-lese bisher entwickeln konnte und sich noch weiter entwickelt. Es ist wichtig, auf politische Gremien einzuwirken und die Gesetzgebung in unserem Sinne mitzugestalten.

**Das Netzwerk** Diese Aufgaben hat sich das ›Netzwerk unabhängige Beratung und kritische Informationen zu vorgeburtlicher Diagnostik‹ (inzwischen ›Netzwerk gegen Selektion durch Pränatale Diagnostik‹) gestellt, das sich im September 1995 gegründet hat. Das Netzwerk will ermutigen, auf der Grundlage der Frankfurter Gründungserklärung gemeinsam politisch Partei zu ergreifen:

**Einige Auszüge aus der Frankfurter Erklärung des Netzwerkes:**

***Der frauenspezifische Blick*** Wir verstehen Schwangerschaft als weibliches Potential. Schwangerschaft ist ein Prozeß, der sich auf der körperlichen, seelischen und sozialen Ebene vollzieht. Frauen müssen ihre Schwangerschaft selbst bestimmen und gestalten können. Nicht das Ungeborene oder gar politische Zielsetzungen, sondern die Frau als Subjekt soll im Zentrum der Schwangeren-Vorsorge stehen.

***Medizin und Gynäkologie*** Die gängige medizinische Praxis ist nicht auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichtet. Die zunehmende Technisierung führt zur Entfremdung von sich selbst. Die Frauen werden in ihrer eigenen körperlichen und seelischen Kompetenz weder wahr- noch ernstgenommen. Dadurch werden Frauen verunsichert, körperliche und psychische Komplikationen können entstehen. Oft werden den Frauen zweifelhafte Therapien angeboten, oder es werden unnötige Eingriffe vorgenommen. Zunehmend werden Frauenkörper zu Forschungszwecken ausgebeutet. (...)

***Pränataldiagnostik als Teil dieser Medizin*** Pränataldiagnostik ist überwiegend fremdnützig. Sie hat nur scheinbar das individuelle Selbstbestimmungsrecht der Frau zum Ziel. Was als persönliche Freiheit daherkommt, wird zur Verantwortung für die Qualität des Kindes und endet als soziale Pflicht. Die Schere zwischen diagnostizierbaren Auffälligkeiten und Therapiemöglichkeiten geht immer weiter auseinander. In ihrem selektiven Ansatz liegt die vorgeburtliche Diagnostik jenseits des ärztlichen Heilauftrages. (...)

***Behinderung und behinderte Menschen*** Der Umgang mit behinderten Menschen muß sich an den Prinzipien von Selbstbestimmung, Partizi-

pation und Integration orientieren und nicht an einem Kosten-Nutzen-Denken. Vorgeburtliche Diagnostik verstärkt die Tendenz, sozialpolitische Probleme technisch lösen zu wollen. Behinderung ist weniger ein individuell-medizinisches Problem als vielmehr ein gesellschaftliches.

Das Angebot der vorgeburtlichen Diagnostik verstärkt eugenische Tendenzen in der Bevölkerung und wird zu einem Instrument einer »Eugenik von unten«. Wir verurteilen jede Ausgrenzung und Normierung von Menschen, die durch vorgeburtliche Diagnostik begründet, vorangetrieben und auf eine scheinbar objektive Grundlage gestellt werden. Es ist normal, daß Menschen verschieden sind. (...)

### **Netzwerk gegen Selektionen durch Pränataldiagnostik**

#### **Kontaktanschrift:**

Bundesverband für Körper und Mehrfachbehinderte

Brehmstr. 5–7, 40239 Düsseldorf

Telefon: 02 11/64 00 40    Telefax: 02 11/61 39 72

**Zur Diskussion im Workshop** Der selektive Charakter vorgeburtlicher Diagnostik wird dann deutlich, wenn sich die Versprechungen der Medizin, für gesunden Nachwuchs sorgen zu können, nicht bewahrheiten. Der Ausweg, der dann von der Medizin angeboten wird und dem die Mehrzahl der Frauen folgen, ist der Abbruch der Schwangerschaft. Durch die Neuregelung des § 218 wird der Abbruch jetzt mit der sogenannten »medizinischen Indikation« begründet – eine Frist für den Abbruch ist nicht mehr vorgesehen, so daß noch jenseits der 24. Woche abgetrieben werden darf. Damit das Kind nicht lebend auf die Welt kommt, gehen manche Kliniken dazu über, das Ungeborene bereits im Mutterleib abzutöten (Fetozid), um dann anschließend die Geburt einzuleiten. Diese Praxis ist für alle Beteiligten sehr belastend, vor allem auch für die betreuenden Hebammen. Hebammen sehen durch den Ausbau der Pränatalen Diagnostik eine Veränderung ihrer beruflichen Aufgaben und Pflichten und dadurch einen Wandel ihres Berufsbildes.

**Im Workshop zeigte sich**, wie emotional belastet diese Auseinandersetzung um die Folgen Pränataler Diagnostik ist; sie rührt an grundlegenden Verunsicherungen, die technische Möglichkeiten dann hervorrufen, wenn wir mit unserer Ethik nicht mehr nachkommen. Darüberhinaus ist diese Diskussion durch Sprachverwirrung (z. B. beim »Lebensbegriff«), aber auch durch die Debatte um den §218 und die Agitationen der »Lebensschützer« erschwert.

**Nach dem Workshop** »Ermutigung zum politischen Handeln« hat sich eine Gruppe von Teilnehmerinnen zusammengesetzt und eine Denkschrift verfaßt. Diese wurde in ihren wesentlichen Aussagen vom Plenum am nächsten Morgen verabschiedet.



# Denkschrift zur Pränatalen Diagnostik

1. Schwangerenvorsorge als kritisch-umsichtige Begleitung der schwangeren Frau bedeutet Schutz für sie und ihr Kind im Leib. Der fötale Check up durch Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Test oder (zum Teil) Ultraschall sucht nach Normabweichungen beim Ungeborenen. Diese Untersuchungen dienen der vorgeburtlichen Auslese und gehören als solche nicht in die Routine der Schwangerenvorsorge.
2. Es kann nicht die Aufgabe der Medizin sein, Menschen zu verhindern, weil sie eine Behinderung haben. Deshalb lehnen wir es ab, daß MedizinerInnen belangt werden, weil sie eine Behinderung des Fötus während der Schwangerschaft nicht entdeckt haben. Eine finanzielle Absicherung eines Menschen mit Behinderung muß von Schadensprozeßklagen abgekoppelt werden.
3. Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataler Diagnostik finden unter dem neutralen Deckmantel der »medizinischen Indikation« statt. Zum Unterschied von Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung unterliegen diese Abbrüche weder einer zeitlichen Frist noch muß sich die Frau beraten lassen. Während bei der »medizinischen« (in diesem Fall richtiger gesagt eugenischen) Indikation mit dem Hinweis auf das weibliche Selbstbestimmungsrecht die Verantwortung auf die Frau abgewälzt wird, muß sie beim nichtselektiven Abbruchsverlangen Rechenschaft ablegen. Darin zeigt sich, daß die vorgeburtliche Auslese normabweichender Föten staatlicherseits begrüßt wird. Eine gesellschaftliche Auseinandersetzung ist hierzu dringend notwendig.
4. Die vorgeburtliche Auslese schafft ein gesellschaftliches Klima, in dem immer weniger Platz für Anderssein ist. Wir fordern eine gesell-

schaftspolitische Umkehr, in der die Solidarität mit Eltern, die Kinder mit einer Behinderung haben, im Mittelpunkt steht. Dazu gehört neben einer sozialen auch vor allem eine finanzielle Unterstützung.

5. Ein Wertewandel in unserer Gesellschaft ist dringend notwendig. Wir fordern neue Optionen für Wissenschaft und Forschung. Sie darf nicht weiter in Richtung zunehmender Planbarkeit und Normierung von Menschen gehen. Vorhandene Ressourcen müssen so eingesetzt werden, daß Menschen in ihrer Vielfalt akzeptiert und unterstützt werden. Beziehungsfähigkeit als Grundwert muß gefördert und anerkannt werden. Unsere Gesellschaft verarmt, wenn ein funktionales Menschenbild zum alleinigen Sinnbild wird.

(15. September 1996)

**Podium**



## Podiumsdiskussion

### TeilnehmerInnen

**Barbara Duden**, Historikerin

**Ulrike Hauße**, Bremer Landesbeauftragte für Frauen

**Heribert Kentenich**, Gynäkologin, Chefarzt

**Karl Nagel**, Handelskrankenkasse Bremen (HKK)

**Beate Schücking**, Ärztin, Gesundheitswissenschaftlerin

**Barbara Staschek**, Hebamme, Diplom Pädagogin

### Moderation

**Katharina Felixmüller**, Journalistin

**Moderatorin** Ich begrüße Sie ganz herzlich zur Podiumsdiskussion zum Abschluß dieser Tagung. Wenn ich an diesem Punkt zunächst ein bißchen etwas über mich sage, dann einfach deshalb, weil ich weiß, ich bin hier mit lauter Expertinnen und Experten konfrontiert. Ich selber bin keine Expertin, klammert man die Tatsache aus, daß ich Mutter eines mittlerweile sechzehnjährigen Wunschkindes bin, das ich nur deshalb habe, weil seinem Erzeuger vorher ganz deutlich gesagt wurde, er ginge mit der Erzeugung dieses Kindes keinerlei Verpflichtung ein, auch keine finanzielle. Der Vater gewordene Liebhaber ist mir dann nach sechs Jahren abhanden gekommen. Er ist aber ein liebevoller Vater geblieben. Das muß ich fairerweise sagen. Soweit mein Expertentum in diesem Zusammenhang.

Zu Beginn des Podiumsgesprächs möchte ich Ihnen die Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit Fragen vorstellen. Aus den Antworten soll deutlich werden, welche Positionen sie hier vertreten. Ich beginne mit Herrn Nagel von der Handelskrankenkasse in Bremen, einer alten ehrwürdigen Institution aus dem Jahr 1904.

Herr Nagel, Schwangerschaft bedeutet für uns Frauen, nachdem wir sie meistens selbst festgestellt haben, der Gang zum Arzt, der Krankenschein, der Mutterpaß. Ist Schwangerschaft eine Krankheit, zumindest so, wie sie von den Krankenkassen behandelt wird?

**Herr Nagel** Das Thema will ich gerne aufgreifen, dergestalt, daß Schwangerschaft sicherlich keine Krankheit ist und auch nicht so behandelt werden muß, wie sie heute behandelt wird. Die Historie hat es mit sich gebracht, daß wir als Krankenkassen heute für Schwangerenvorsorge und Mutterschaft zuständig sind. Das muß absolut nicht so sein. Schwangerschaft und Mutterschaft sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und ich denke, Sie sind auf dem richtigen Weg, wenn Sie dieses Bewußtsein vorantreiben.

**Moderatorin** Könnte der Hintergrund Ihrer Aussage auch sein, daß die Krankenkassen, die zur Zeit arg gebeutelt sind, ein Interesse daran haben, einen nicht unerheblichen finanziellen Posten umzuverlagern, jedenfalls aus dem eigenen Zuständigkeitsbereich herauszulösen?

**Herr Nagel** Sie wissen alle, daß die Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge erfolgt. Die Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe erfolgt durch Steuermittel, und wenn wir Herrn Waigel hören, dann ist der Steuertopf immer leer. Und die Krankenkassen stehen vor einer ähnlichen Situation, Stichwort: Kostenexplosion, das muß ich nicht weiter erläutern. Tatsache ist, daß sich Einnahmen und Ausgaben bei den Krankenkassen decken müssen, sonst gehen die Krankenkassen ganz schlicht und einfach Konkurs, und das kann keiner wollen. Von daher müssen Beiträge entsprechend gestaltet, werden und wenn Herr Seehofer heute sagt, wir machen einen Beitragsstopp, dann ist das alles in Ordnung. Man muß nur dann auch wissen, daß dieser Beitragsstopp mit einem Leistungsstopp einhergehen muß, um die Gleichgewichtigkeit zu behalten.

**Moderatorin** Können Sie abschließend kurz sagen, was für einen Posten diese sogenannte Mutterschaftshilfe ausmacht, von der Schwangerschaftsbetreuung über die Geburt bis hin zur haushaltlichen Pflege, die die Krankenkassen ja auch übernehmen, damit wir einen Eindruck bekommen, wie die Relationen aussehen?

**Herr Nagel** Das kann ich für unser Haus machen. Wir haben 150.000 Versicherte, da kann man die Relationen schnell umsetzen. Im Jahr 1995 haben wir rund 15,7 Millionen DM für die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ausgegeben. Diese 15,7 Mill. DM teilen sich auf in: ärztliche Leistungen mit 2,7 Millionen DM, Hebammenhilfe mit 771 Tausend DM.

Das Problem ist natürlich, wo setzt Hebammenhilfe ein? Sie müssen bedenken: Wann wird Hebammenhilfe in Anspruch genommen? Von welchen Frauen wird Hebammenhilfe in Anspruch genommen? Dann relativiert sich solch eine Betrachtungsweise ganz erheblich. Das muß man hier mal ganz nüchtern sehen.

Der Anteil für den stationären Aufenthalt bei einer Entbindung beträgt 7,2 Millionen DM und dann gibt es den großen Posten des Mutterschaftsgeldes mit rund 4,6 Millionen DM, so daß dann insgesamt die 15,6 oder 15,7 Millionen DM herauskommen. Das sind also im Schnitt pro Entbindung oder Schwangerschaft – wie man das sehen will – knapp 7.600 DM. Das ist der Posten, der von den Krankenkassen für jede Schwangerschaft und Entbindung im Durchschnitt aufzuwenden ist.

**Moderatorin** Bei der Vorbereitung zu dieser Moderation habe ich mit verschiedenen Gynäkologen und anderen Institutionen gesprochen, natürlich nicht repräsentativ. Und mehrfach habe ich das Wort Geld gehört, und zwar, daß es auch bei der Schwangerschaftsvorsorge sehr viel ums Geld geht. In welcher Form, können wir vielleicht auch noch klären an dieser Stelle. Gastgeberin ist Frau Ulrike Hauffe, Bremer Landesbeauftragte für Frauen. Frau Hauffe, ich glaube, uns allen ist klar geworden, daß sich innerhalb der letzten zehn Jahre sehr viel verändert hat, was das Vertrauen und vielleicht auch den Optimismus in die Zukunft betrifft, wenn es darum geht, daß Frauen Kinder bekommen. Frauen haben heute einfach mehr Angst, als sie früher hatten. Aus Ihrer Position: wo sehen Sie die Ursachen dafür?

**Frau Hauffe** Die Entwicklung, die Frauen erleben, ist die einer Enteignung ihres Körpers, und dieser Enteignungsvorgang ist einer, den wir multipel wahrnehmen. Enteignung bedeutet in dem Fall, Frauen sind nicht mehr diejenigen, die selbstbestimmt entscheiden darüber, wie mit ihnen umgegangen wird, sondern der Körper ist eher funktionalisiert worden. Das Leben von Frauen findet unter unglaublich vielen Funktionen statt, und diese Funktionen sind nicht immer selbstbestimmte Funktionen. Ich erinnere an das Referat von Iris Bleyer-Rex. Diese Tagung ist eine Form der Wiederaneignung.

Um auf Ihre Frage zurückzukommen: Angst in der Schwangerschaft ist eine psychologische Kategorie, etwas, das das Individuum entwickelt, aber eigentlich steht dieses Gefühl für eine gesellschaftliche

Gesamterwartung. Frauen müssen heute als Schwangere gute Produkte abliefern, und diese guten Produkte sind nur dann gute Produkte, wenn sie gut einzuordnen sind in das, was ich das gesellschaftliche Milieu nennen möchte. Frauen haben gute Kinder abzuliefern. Und gute Kinder sind die, die gut in gesellschaftliche Zusammenhänge passen. Und wenn Frauen das nicht hinkriegen, dann werden sie ausgegrenzt.

**Moderatorin** Dann fühlen wir uns als Versagerinnen.

**Frau Hauffe** Dann sind wir es. So fühlen wir uns nicht nur. Dann sind wir es im Sinne einer gesellschaftlichen Kategorie.

**Moderatorin** Nach meiner Erfahrung geht es noch weiter. Dann »machen« wir gleich das zweite Kind, damit wir beweisen können, wir sind auch in der Lage, gesunde Kinder auf die Welt zu bringen.

Professor Duden, Sie sind Historikerin und haben sich mit Schwangerschaft und Geburt nicht nur vor einem historischen Hintergrund als Autorin beschäftigt. Kann es sein, daß Schwangerschaft und Geburt deshalb in unserer Gesellschaft in vielen Bereichen so negativ wahrgenommen wird, weil wir alle als Gesellschaft so furchtbar abhängig von Mutterschaft sind? Denn: Eine Position, von der wir abhängig sind, die lehnen wir ja eher ab. Ist das ein richtiger Gedankengang? Oder liegt die negative Wahrnehmung von Schwangerschaft an lauter ganz anderen Punkten?

**Frau Duden** Als Historikerin sehe ich eine neuartige Situation, einen historischen Bruch. In der Geschichte der Schwangerschaft ist die neue, angstmachende, verunsichernde – Frau Hauffe hat gesagt »Enteignung des Körpers« – ich meine die Zumutung der Verkörperung von Abstrakta für die Frau etwas Neues. Ich glaube, die Problematik am Beginn, wie in der späten Schwangerschaft, ist die Einladung zu »misplaced concreteness«, so sagt man im Englischen. Das hat es historisch noch nie gegeben. Ich glaube, im Verständnis für diesen Vorgang geht es darum, daß wir prüfen, mit welchen Worten wir sprechen. Wenn eine Frau schwanger ist, bringt sie ein Kind hervor und nicht Leben. Es ist also eine ganz wichtige Auseinandersetzung in der Geschichte der Schwangerschaft, daß die Frau zur Lebensproduzentin gemacht wurde. Leben ist ein Wertbegriff, in dem es höher-wertiges und niederwertiges gibt, solches, das eliminiert oder selektiert werden kann, und solches, das geschützt werden muß oder perfekt ist usw. Ich meine, daß wir diesen Begriff ersatzlos streichen müssen. Es geht für mich auch nicht um die Akzeptanz von



»Behinderung«, sondern um die Frage, welche Räume, Gelder, Möglichkeiten da sind. Ja, es geht um Liebe, Zuneigung, um die Not konkreter Menschen, um Kinder, die so und so, langsamer und schneller sind. Der Lebensbegriff erlaubt, Personen unterschiedlichen biographischen Schicksals, nämlich Sterbende, Behinderte, Ungeborene gleichzusetzen. Es ist ein Moment der modernen Gesellschaft, daß unterschiedliche biographische Situationen unter so einem Abstraktum versammelt werden. Das folgt daraus, wenn die Frau zur Lebensproduzentin deklariert wird. Dann wird ihr zugemutet, am Beginn der Schwangerschaft sich technologen, also durch technische Vermittlung in ihrer Leibwahrnehmung etwas einzukörpern, was noch nicht ist: nämlich diese sich entwickelnden biologischen Organisationsstadien. In der Zwangsberatung zum »Leben« wird ihr zugemutet, dieses Leben zu schützen. Andererseits wird in der späten Schwangerschaft durch Screening-Methoden, Tests, immer neue hypothetische Krankheiten, unter dem Begriff des Lebens ihr Zustand entpersönlicht. Das ist etwas anderes, als wenn wir von einem Kind sprechen. »Gen-Wust« in den Köpfen und »Bio-Quack« in der Selbstwahrnehmung fördert die Entkörperung. Aus einer historischen Perspektive fragen wir nicht nur nach der technischen und medizinischen Effizienz, sondern nach der symbolischen Wirksamkeit dieser Sprechweisen auf die Selbstwahrnehmung, die Biographie der Frau. Da wird Schwangeren immer mitgeteilt: »Du bist nichts, du weißt nichts, du bist schuld, du bist verantwortlich, du brauchst Beratung«, usw.

**Moderatorin** Frau Beate Schücking, Professorin und Ärztin, wir haben gestern sehr viel gehört über den europäischen Vergleich, aber wenn wir jetzt noch mal den Ansatz von Frau Duden hinzunehmen: Was ist das eigentlich für ein Begriff Leben und wie wird mit ihm hierzulande umgegangen? Gibt es andere Arten von Umgang in europäischen Ländern?

**Frau Schücking** Es gibt unterschiedliche Modelle, mit Schwangerschaft und Geburt umzugehen, in jeder kulturellen Tradition. Auch innerhalb Europas ist dies unterschiedlich historisch gewachsen. Diese Unterschiede sind für mich sehr bemerkenswert: In anderen Ländern setzt man sich nämlich andere Maximen, und diese führen häufig zu einer anderen und in manchen Aspekten auch vernünftigeren Medizin.

Dazu ein Beispiel: In der schwedischen Geburtshilfe, wie in der schwedischen Gesellschaft allgemein, ist Sicherheit ein besonders wichtiger Begriff: ebenso soziale Absicherung, auch ein sehr sorg-

fältiges Umgehen damit, damit nicht Menschen aus dem sozialen Netz herausfallen. In diesem Bereich wird sehr viel getan. Manches davon würde von uns vielleicht als übertrieben, in Richtung Überwachung oder »das ist ja wie im Sozialismus« beurteilt, wenn z. B. eine sehr nachgehende Betreuung der Kinder durch ausgebildete Kinder-schwestern erfolgt. Auf diese Art und Weise werden aber auch weniger Kinderärzte benötigt. Dieses Gesundheitssystem, das ganz auf Sicherheit setzt, das auch unseren medizinischen Anforderungen mehr als genügt, schafft es, in der Geburtshilfe den Frauen gute, nicht so hochtechnisierte Bedingungen anzubieten. Dies ist auch gesundheitsökonomisch interessant.

**Moderatorin** Wie groß ist die Gefahr, daß darin auch eine Entmündigung liegt: in dieser permanenten Begleitung, in dieser permanenten Hilfe?

**Frau Schücking** Keine einzige schwedische Frau hat sich bei mir über Entmündigung oder Bevormundung beklagt; alle hatten dieses System – in dem viel an Begleitung und Betreuung angeboten wird – akzeptiert. Viele fanden es allerdings gut, daß es auch in Schweden Veränderungen gegen-über früher gibt, daß Frauen mehr Wahlmöglichkeiten haben, daß ihnen zum Beispiel nicht vorgeschrieben wird, durch welche Hebamme sie sich betreuen lassen. Die Wahlmöglichkeit, die im Winterton-report als eine wichtige Option der Frauen vorkommt, sollte natürlich auch in einem solchen System gegeben sein.

**Moderatorin** Barbara Staschek, Sie sind Diplom-Pädagogin und Hebamme. Sie bilden auch Hebammen aus. Ich möchte das Stichwort Wahlmöglichkeit aufnehmen. Eine solche Wahlmöglichkeit gibt es ja auch bei uns. Wird diese Wahlmöglichkeit, sich vertrauensvoll bei der Schwangerschaftsvorsorge beispielsweise an Hebammen zu wenden, genügend wahrgenommen oder gibt es da immer noch das Gefühl: Vielleicht bleibe ich doch lieber bei meinem Arzt, der kennt mich so gut.

**Frau Staschek** Nach meiner Vorstellung wäre es sehr schön, wenn diese Wahlmöglichkeit mehr in Anspruch genommen werden würde und dazu gehört, daß sie bekannter wird. Als Sie Frau Schücking gefragt haben, hatte ich spontan den Satz im Kopf, diese Wahlmöglichkeit oder diese andere Betreuung gibt es auch bei uns seit ungefähr fünfzehn Jahren zunehmend, in dem Sinne, daß Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft wieder mehr angeboten wird. Im Rahmen meiner Arbeit mit Hebammen ist es in den letzten Jahren ein ganz wichtiger Punkt gewesen,

immer wieder zu sehen, daß, wenn den Frauen diese Angebote an Hebammenbetreuung überhaupt bekannt sind, sie diese dann auch gerne in Anspruch nehmen.

**Moderatorin** Also sind es nicht nur Spezialkreise, die sich von Hebammen betreuen lassen?

**Frau Staschek** Nein. Das ist etwas, was in der Vorbereitung zu dieser Tagung für mich auch sehr klar vor Augen war: die verbesserten Formen der Schwangerenbetreuung betreffen nicht nur ein ausgewähltes Klientel der Hausgeburtsfrauen. Meine eigenen Erfahrungen und auch die Erfahrungen anderer Hebammen, die mit »ganz normalen« Frauen arbeiten, die sich zu ambulanten Geburten entschließen oder zu Klinikgeburten, die auch von Ärzten betreut werden, also eventuell diese Parallelversorgung für sich wählen, zeigen, daß durch eine gute Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett die Gesundheit der Frauen und der Kinder am Ende dieser Zeit besser ist, als wenn diese Hebammenbetreuung nicht da ist.

**Moderatorin** Herr Prof. Dr. Heribert Kentenich, Sie sind Chefarzt einer großen Frauenklinik in Berlin und gleichzeitig Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Ist es eigentlich tatsächlich noch so, daß es ein erhebliches Kompetenzgerangel zwischen Arzt und Hebamme gibt? Oder sind die Ärzte mittlerweile auch bereit zu sagen, diese Form von Schwangerschaftsvorsorge können wir getrost den Hebammen überlassen, da sie das mindestens genauso gut machen wie wir?

**Herr Kentenich** Als erstes sollte man erwähnen, daß die Ärzte historisch den Hebammen etwas weggenommen haben, wofür die Hebammen eigentlich immer zuständig waren, nämlich die Geburt. Dieses zu sagen ist zwar heute bei Ärzten unpopulär, aber es ist eine Tatsache. Wenn man zum jetzigen Zeitpunkt Forderungen aufstellen sollte, dann müssen sie sich auf die Frauen selbst beziehen. Meiner Ansicht nach sollten die Frauen selbst entscheiden, ob sie primär durch einen Arzt oder durch eine Hebamme während der Schwangerschaft begleitet werden möchten. Ich meine »begleitet« und nicht nur »versorgt« oder »untersucht« werden. Gerade die psychischen Veränderungen in der Schwangerschaft machen deutlich, daß es um mehr als nur um Untersuchungen geht. Die Schwangere braucht nämlich Hilfe über das rein Medizinische hinaus.

Die Art und Weise, wie diese Hilfe gewährt werden kann, kann sehr

unterschiedlich sein. Unsere eigene Frauenklinik haben wir so umstrukturiert, daß in der Klinik der primäre Ansprechpartner unter der Geburt die Hebamme ist, was auch aus psychodynamischen Erwägungen heraus einen Sinn ergibt. Auf der anderen Seite bedeutet dieses nicht, daß die Ärzte ohne weiteres die Geburt aus der Hand geben sollten. Die Betonung sollte so sein, daß der Arzt das Schwergewicht auf Sicherheit legen sollte und die Hebamme auf Geborgenheit und Begleitung. Darüber hinaus haben aber Städte wie Bremen, Hamburg oder Berlin mittlerweile so breit gefächerte Angebote in der Geburtshilfe, daß die Frauen selbst entscheiden können, ob sie in der Klinik, zu Hause, im Geburtshaus oder z. B. mit Beleghebamme entbinden wollen.

**Frau Staschek** Es gibt noch die fest angestellten Hebammen in den Kliniken zu nennen. Ich denke, die Frauen können zumindest in diesen Städten weitgehend selbst entscheiden, welchen Weg sie wollen. Allerdings sind die administrativen und gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchlässigkeit dieses Systems noch schlecht und müssen verändert werden.

**Moderatorin** Vielleicht können Sie noch einmal den Prozeß während der Geburtshilfe schildern. Jede Hebamme ist ja verpflichtet, ab einem gewissen Moment den Arzt zu rufen, weil sie gewisse Handgriffe einfach nicht unternehmen darf, selbst wenn sie sie könnte. D. h. innerhalb der Klinik entscheidet die Hebamme den Fall, wann der Arzt zu kommen und wann er nicht zu kommen hat. Ist das richtig?

**Herr Kentenich** Bei einer Geburt in der Klinik muß meiner Ansicht nach der Arzt dabei sei. Dieses ist auch aus forensischen Erwägungen gefordert. Trotzdem bleibt die Hebamme die primär betreuende Person. Sie ist in der Lage zu entscheiden, wann sie einen Arzt nach der Aufnahmeuntersuchung vor der eigentlichen Geburt erneut im Kreißsaal hinzuzieht. Das wird immer dann sein, wenn eine Gefahr für die Frau oder das Kind droht.

Ärzte wenden oft ein, daß Hebammen den medizinischen Teil der Geburt nicht so gut überblicken können. Das stimmt meiner Ansicht nach nicht. Der medizinische Teil der Überwachung ist wie alles in der Medizin gut erlernbar, und die Praxis lehrt auch, daß Hebammen Gefahren frühzeitig erkennen. Eine Überwachung ist in jedem Fall sinnvoll. Probleme zwischen Arzt und Hebamme ergeben sich nur, wenn beide schlecht miteinander kommunizieren.

**Frau Staschek** Ich möchte in diesem Zusammenhang auf das deutsche Hebammengesetz hinweisen, weil ich das Gefühl habe, daß dieses sehr

klar und sehr deutlich den Aufgabenbereich der Hebamme definiert und leider in den vergangenen Jahrzehnten auch von den Hebammen selbst viel zu wenig Beachtung gefunden hat. Die regelrechte Schwangerschaft, die regelrechte Geburt und das gesunde Wochenbett sind Aufgabe der Hebamme, und in dem Sinne gibt es zwei Berufsgruppen, die für diesen Bereich zuständig sind, die Hebamme und der Arzt. Und allein durch diese gesetzliche Situation, haben wir hier die Notwendigkeit zu kooperieren und besteht auch eine Wahlmöglichkeit der Frauen. Das ist mir in diesem Moment wichtig, weil das die Arbeitsgrundlage der Hebammen ist. Damit regelt sich auch die Finanzierung dieser Arbeit über die Gebührenverordnungen.

**Moderatorin** Lassen Sie uns kurz bitte einmal, kleiner Zwischenschub, die Gebührenordnung erwähnen, Herr Nagel. Warum werden Hebammen eigentlich so schlecht bezahlt? Er ist dafür nicht verantwortlich, aber er muß es leider erklären.

**Herr Nagel** Das ist eine These, die Sie hier aufstellen, und ich will mal zurückfragen: Werden Sie denn schlecht bezahlt?

**Frau Staschek** Ja!!

**Herr Nagel** Ich habe keine andere Reaktion erwartet. Damit Sie keine Bedenken haben! Die Hebammen werden nach einer Gebührenordnung bezahlt, und die wird auf Bundesebene festgelegt, so einfach ist das.

**Moderatorin** Wer legt die fest?

**Herr Nagel** Also letztlich wird sie festgelegt durch den Bundestag. Das ist nämlich eine Verordnung mit Gesetzeskraft, die im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wird, und ich denke mal, daß der Gesundheitsminister vom Hintergrund dafür zuständig ist. Soweit mal zum Rahmen. Und dann müssen Sie in die Hebammengebührenordnung einfach mal reingucken. Da werden die einzelnen Leistungen sehr dezidiert dargestellt und die Frage ist dann die – ich habe mir in Vorbereitung dieses heutigen Termins einmal Hebammenrechnungen angeguckt – welche Leistungen erbringen die Hebammen konkret? Ich habe mich gefragt, warum sind die Rechnungen nicht höher? Die Hebammen rechnen Einzelleistungen ab, und eine Hebammenrechnung im Schnitt bewegt sich bei einer stationärer Entbindung um die 500,- DM, wenn die Hebamme denn überhaupt tätig wird. Das ist nämlich der nächste Punkt, den Sie einfach mal sehen und beachten müssen. Denn es gibt sehr viele Schwangere, die Hebammenhilfe weder vor noch nach der Entbindung in Anspruch nehmen. Ob

denn bei einer stärkeren Inanspruchnahme der Hebammenleistungen die Gebührenhöhe nicht eine andere wäre, das denke ich schon. Vielleicht mal so viel als Einstieg dazu. Ich merke schon, da kommt richtig Freude auf.

**Frau Staschek** Zum einen möchte ich Ihnen gerne zustimmen, weil ich auch der Meinung bin, daß die Hebammen noch einiges zu tun haben in der Entwicklung ihrer Angebotsstruktur Schwangeren gegenüber. Daß viele Hebammen auch in den Fortbildungen zeigen, daß sie im Umgang mit der Hebammengebührenordnung noch das eine oder andere zu ihren Gunsten lernen könnten. Auf der anderen Seite weiß ich aber auch, daß die Berufsverbände mittlerweile schon seit fast zwei Jahren versuchen, eine Verbesserung der Hebammengebührenordnung beim Bundesministerium und mit den Krankenkassen auszuhandeln und daß das nicht gelungen ist bis heute. Es gab zahlreiche Untersuchungen, Nachweise von Hebammen, mit denen sie zeigen, daß sie im Schnitt sehr viel arbeiten müssen, um mit dieser Hebammengebührenordnung ihren Lebensunterhalt zu bestreiten oder gar eine Familie davon zu ernähren. Aber ich würde gerne diese zwei Ebenen trennen. Was wir dazu tun können in der Fort- und Weiterbildung von Hebammen, sie mit dieser Hebammengebührenordnung oder mit dem Aufbau der Struktur zu unterstützen, das tun wir, aber es wäre wunderbar, wenn die Krankenkassen ihrerseits uns unterstützen würden in der Erlangung einer neuen Gebührenordnung insgesamt.

**Frau Hauffe** Ich merke, daß mir zwei Dinge in der Diskussion momentan nicht passen: und zwar bei der Sequenz zuvor ging es darum: »Frau muß nur wählen«, und jetzt geht es darum »Hebammen verdienen weniger als Ärzte.« Und ich denke, das sind Dinge die zusammengehören. Frauen wählen nicht einfach so und Frauen sind nicht in irgendeinem luftleeren Raum, in dem sie entscheiden. So ist es ja nicht! Sondern: es werden bestimmte Wertigkeiten produziert und – in dieser Gesellschaft sind diese Wertigkeiten absolut präsent, sie drücken sich auch in Berufsgruppen aus. Hebammen haben dabei eine soziale Minderwertigkeit im Rahmen der Rangfolge und diese Minderwertigkeit wird auch im Hierarchiesystem der Medizin immer wieder reproduziert. Diese Minderwertigkeit drückt sich auch in Geld aus. Ich weiß nicht, warum das Kilometergeld eines Arztes um so und so viel höher ist, als das Kilometergeld einer Hebamme. Die ökonomischen Zusammenhänge, also dieses gesamte Geflecht wofür Krankenkassen, Berufsverbände, aber auch eine Gesund-

heitspolitik zuständig sind, legen im Prinzip die angebliche Wahlmöglichkeit auf eine perfide Art und Weise vorher fest. Das ökonomische System suggeriert: Wenn ich zum Arzt gehe, habe ich die bessere Vorsorge, und wenn ich zur Hebamme gehe, habe ich eine Art von Vorsorge, die mich als Frau offensichtlich stigmatisiert als eine, die einen risikoreichen Weg geht. Und da bitte ich auch, nein, ich will das nicht nur bitten, ich will das fordern, daß es eine Aufwertung der Berufe – und ich will das noch ein Stück ganz kurz ausweiten – der Berufe oder Berufstätigkeiten gibt, die im Gesundheitswesen neben den Ärzten arbeiten und sie unterstützen. Diese Aufwertung ist absolut notwendig und diese Aufwertung betrifft auch die Arbeitsfelder der Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen, der Psychologinnen. Die Geburtsvorbereiterinnen und die Hebammen arbeiten beide an der Stabilisierung und Stärkung von Potenzen, die Frauen mitbringen. Und ich wünschte mir, daß Systeme darauf reagieren würden bzw. selber Fakten schaffen würden. Mit Systeme meine ich jetzt auch Versicherungssysteme, Geldsysteme, ökonomische Systeme. Ich wünschte, daß sie auf diese Arbeitsansätze reagieren und damit auch agieren würden, indem sie die Wertigkeiten zurechtrücken.

**Frau Schücking** Ich kann das sehr unterstützen, was gerade gesagt wurde, und möchte das auch noch etwas konkretisieren. Wenn gesagt wird: Frauen hätten ja eigentlich die Wahlmöglichkeit, dann sollte man sich ein Gedankenexperiment vorstellen: Was wäre, wenn viele Frauen sich entschließen würden, nur die Wochenbettversorgung, die ja gesetzlich geregelt ist und ihnen zusteht, in größerem Ausmaß durch Hebammen in Anspruch zu nehmen? Dann würde sich erstens sofort herausstellen, daß wir viel zu wenig Hebammen haben. Das zweite wäre, daß sich zeigt, daß viele Hebammen in Deutschland nur als Kreißaalhebammen ausgebildet sind. Da gibt es eindeutige Defizite, die in berufspolitische und gesundheitspolitische Forderungen umgewandelt werden müssen. Als weiteres ist mir in dem Statement von Herrn Kentenich aufgefallen, daß er mit großer Selbstverständlichkeit, gesagt hat: in der klinischen Geburtshilfe wird gefordert, daß der Arzt bei der Geburt dabei ist! Nun kenne ich das selber aus meiner geburtshilflichen Tätigkeit auch sehr gut. Die Hebamme führt, leitet die komplikationslose Geburt, weiß aber, sie muß mich als Ärztin irgendwann dazurufen. Werde ich dann dazurufen, fühle ich mich eigentlich überflüssig. Und dann bemühe ich mich, nicht überflüssig zu sein, indem ich mich in irgend-einer Weise

in das Geschehen einklinke, z. B. auch Hebammentätigkeit übernehme. Als Ärztin bin ich bei der normalen Geburt nicht unbedingt erforderlich. Warum ist die ärztliche Anwesenheit dennoch die Realität in deutschen Krankenhäusern? Wenn wir den internationalen Vergleich sehen, wissen wir, daß es z. B. für Frauen in Schweden völlig ungewöhnlich ist, einen Arzt bei der Geburt in der Klinik dabei zu haben. Die schwedische Frau erschrickt, wenn sie einen Arzt im Kreißsaal entdeckt, weil sie befürchtet, es könne eine Komplikation eingetreten sein. Mir wurde schon berichtet, daß sich ein Arzt damit entschuldigte, daß er gekommen sei, sich nur eine Tasse Kaffee zu holen. Auch in Norwegen und in Holland findet die normale Geburt ohne Arzt statt. Die Ergebnisse dieser Art von Geburtshilfe sind nicht schlechter als unsere! Warum ist es nicht möglich, auch in deutschen Krankenhäusern (vielleicht auch erstmal als Modellversuch) die Möglichkeit zu schaffen, daß in einem Kreißsaal mit Einverständnis der Frauen, die dort gebären, normalerweise der Arzt nicht zur Geburt hinzugezogen wird.

**Herr Kentenich** Ich möchte diese Idee neu aufgreifen: Es existiert eine Fiktion, die von Ärzten vertreten wird, als ob nur eine ärztlich geleitete Geburtshilfe sinnvoll sei. Auf der anderen Seite gibt es genau das Gegenteil, daß nur eine Hebammengeleitete Geburt sinnvoll sei. Mit beidem kann ich mich nicht identifizieren. Auch möchte ich dem widersprechen, daß die deutsche Geburtshilfe schlechter als die holländische oder schwedische sei. Das Gegenteil ist der Fall: Deutschland nimmt im Vergleich zum europäischen Ausland mit einer perinatalen Mortalität von unter 6 % die Spitzenstellung in Europa ein. Wir wissen, daß die Situation in Deutschland katastrophal schlecht vor 10 – 15 Jahren war. Jetzt ist das aber anders: Das ist eine Tatsache!

Man kann auch die Diskussion etwas idealistisch führen und so tun, als ob eine Geburt nicht gefährlich sei. Die Geburt selbst ist für das Leben des betreffenden Menschen genauso gefährlich, wie etwa die nächsten 30 Jahre danach. So gesehen ergibt es einen Sinn, daß ein medizinischer Standard unter der Geburt gewährleistet sein muß! Ich sehe also einen Sinn darin, daß der Arzt präsent ist. Natürlich darf man die Geburt nicht nur medizinisch sehen. Für mich ist die primär betreuende Person weiterhin die Hebamme. Aber auch der Arzt ist für das medizinische und psychische Wohlbefinden notwendig. Ich kann keinen Sinn einer möglichen Reform darin sehen, den Arzt aus dem



Kreißsaal zu verbannen. Man muß die Geburt so organisieren, daß beide präsent sind und gut miteinander kommunizieren können. Alte Rivalitäten zwischen Hebammen und Ärzten müssen diskutiert werden. Es muß die Kommunikation wesentlich verbessert werden.

Als Nebenaspekt möchte ich noch folgendes hinzufügen: Zur Zeit werden die höchsten Versicherungsprämien in der Geburtshilfe gezahlt. Und man steht in einem Rechtsstreit sehr schlecht da, wenn ein medizinischer Standard nicht gewährleistet wurde. Ich bin absolut für eine psychosomatische Sichtweise unter der Geburt. Es kann aber keine Experimente geben, die Mutter und Kind gefährden.

**Frau Duden** Ich habe interessiert zugehört, wie Sie das formuliert haben. Sie haben gesagt, die Geburt ist genauso gefährlich wie die nächsten dreißig Lebensjahre. Ich frage mich, sollen wir denn die nächsten dreißig Jahre in der Klinik verbringen?

**Herr Kentenich** Also, Entschuldigung, das finde ich einfach nur blöde. Natürlich geht es nicht darum, die nächsten 30 Jahre in der Klinik zu verbringen. Ich meine nur, daß eine Geburt ein schwerwiegendes Ereignis in jeder Hinsicht sein kann, so daß Hilfe schnell erreichbar sein muß. Eine Geburt kann potentiell äußerst gefährlich sein.

**Frau Duden** Aber in der Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Hebammen und Ärzten und Frauen ging es immer darum, daß die Medizin von der Pathologie ausgeht und von der Gefährdung. Ein Denkstil der Gefährlichkeit ist auch ein Machtmittel gewesen. Darauf wollte ich hinaus.

**Herr Nagel** Also mit den dreißig Jahren in der Klinik. Da kann ich Sie ganz schnell beruhigen. Nach nicht einmal zwei Jahren wären wir so pleite, daß sich überhaupt kein Mensch mehr einen Klinikaufenthalt leisten könnte.

Frau Hauffe hat hier Forderungen in den Raum gestellt, die wir als Krankenkassen Zeile für Zeile unterschreiben. Es ist überhaupt keine Frage, daß eine Verlagerung aus dem Bereich der ärztlichen Tätigkeit in den Bereich der Hebammentätigkeit, insbesondere während der Schwangerschaft, ein Thema ist, das viel mehr leben müßte, wo viel mehr – ich sag mal – nicht nur von Betroffenen, sondern in erster Linie von Berufsverbänden Leben hineingebracht werden müßte, denn dadurch würde ein Berufsstand aufgewertet. Es würde jedoch gleichzeitig eine Entlastung im ärztlichen Bereich erfolgen. Und Sie wissen

alle: wir bekommen immer mehr Ärzte und der »Kuchen« für die Ärzte wird nicht größer, sondern wird auf mehr Stücke verteilt, und von daher spitzt sich diese Konkurrenz noch zu. Auf die Gebührenordnung noch mal zurückkommend: in der Tat ist das sicherlich kein Ruhmesblatt, aber das ziehe ich mir weniger als Krankenkasse zu. Als Berufsverband, der die Hebammen vertritt, würde ich mir das eher zuziehen wollen: die letzte Änderung war 1994. Unsere wirtschaftliche Entwicklung war natürlich in den letzten zwei Jahren nicht so, daß da großartige Änderungsraten eine Rolle gespielt haben, aber die Frage ist natürlich, ob man da nicht einen ähnlichen Mechanismus hineinbringen könnte, daß man ihn an die Grundlohnsteigerung anpaßt, so daß die Hebammen genauso an der allgemeinen Einkommensentwicklung partizipieren, wie andere Berufsgruppen im Gesundheitsbereich auch.

**Moderatorin** Ich muß jetzt ein bißchen aufpassen, weil sonst bleiben wir bei dem einen Themenkomplex stehen, obwohl der sehr wichtig ist, das bezweifelt keiner. Aber es gab ja verschiedene andere Sachen, die uns hier in den letzten zwei Tagen doch auch sehr beschäftigt haben, und ich wäre dankbar, Frau Professor Schücking, wenn Sie auf das Thema Mutterpaß eingehen könnten. Vielleicht im gesamteuropäischen Vergleich, bzw. auf die Tatsache, in welcher Form eigentlich Kontroll- und Checklisten in anderen europäischen Ländern genauso gehandhabt werden im Zusammenhang Patienten/Hebamme/Arzt wie in Deutschland?

**Frau Schücking** Gerne! Ich muß nur vorher noch Herrn Kentenich kurz antworten: Ich möchte keine Polarisierung, denn ich kenne und schätze Ihr Engagement für Psychosomatik in der Geburtshilfe und finde es sehr wichtig. Dennoch muß gesagt werden, daß die perinatale Mortalität in den skandinavischen Ländern seit vielen Jahren auf dem Standard liegt, der in Deutschland erst in den letzten Jahren erreicht wurde; zwischen 5 und 6 Promill. Im Vergleich mit Holland wird häufig gesagt, die Zahlen seien dort schlechter. Das erklärt sich im wesentlichen daraus, daß die perinatale Mortalität anders berechnet wird. Seitdem sich in Deutschland das Personenstandsgesetz geändert hat, und Frühgeburten unter tausend Gramm auch in die Perinatal-Mortalität eingehen, sieht die deutsche Zahl wieder wesentlich unschöner aus. Die Diskussion um Perinatal-Mortalität anhand von einzelnen Promill-Punkten im internationalen Vergleich ist eben problematisch. Die andere Frage – auf die ich gestern in meinem Vortrag eingegangen bin – ist die juristische

Situation, Herr Kentenich. Ich verstehe sehr gut aus Ihrer Situation die Ängste, die Phantasien, die auftauchen: was es für juristische Konsequenzen haben würde, wenn man als erster so einen Alleingang machen würde, keinen Arzt im Kreißaal bei der Geburt dabei zu haben. Aber ich kann mir durchaus vorstellen, daß sich im Einverständnis mit der Frau ein solches Angebot so gestalten läßt, daß es juristisch abzusichern ist. Wenn die Frau selber sagt, ich will für meine normale Geburt in einem Kreißaal sein, in dem der Arzt nicht zugezogen wird, außer im Fall von Komplikationen, dann müßte das durchaus gestaltbar sein.

Jetzt zum Mutterpaß: Der deutsche Mutterpaß zeichnet sich dadurch aus, daß er inzwischen kein Paß und kein Heftchen mehr ist, sondern ein Buch; für manche Frauen wahrscheinlich ein Buch mit sieben Siegeln. Die von Sozialmedizinerinnen beklagte Entwicklung, daß immer mehr Frauen aus der sogenannten Unterschicht sich den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nicht unterziehen, und daß dies ganz besonders häufig Frauen mit zu erwartenden Komplikationen betrifft, hat vielleicht auch damit zu tun, daß der Mutterpaß immer komplizierter wird. Daß der Anteil der Hebammen in der Vorsorge praktisch nicht vorkommt, wäre ein weiterer Punkt. Ich setze mich sehr dafür ein, über eine Neugestaltung des Mutterpasses unter den Aspekten der Benutzerinnenfreundlichkeit und unter dem Aspekt des Einbeziehens der Hebammen nachzudenken.

**Frau Staschek** Zum einen möchte ich sagen, daß es auch in der Bundesrepublik bereits Beispiele gibt, die in Kreißsälen die Einbeziehung von Beleghebammen bei der Geburtsgestaltung möglich machen und Frauen diese Wahlmöglichkeit geben. Das sind Ausnahmen bis jetzt, aber es gibt sie.

Das andere Beispiel ist der Mutterpaß. Das macht mir auch immer wieder sehr viel Freude in der Praxis. Der Mutterpaß ist ja ursprünglich – so war es gedacht – als Dokumentationssystem, das die an einer Betreuung beteiligten Menschen in den Besitz der Daten und des Betreuungsverlaufs bringt, als eine Art Übersicht. Andererseits ist der Mutterpaß etwas, womit die Frau selbst etwas anfangen kann, Vorsorgen wahrnimmt und sich mit den medizinischen Aspekten der Schwangerschaft auseinandersetzt. In der Praxis heißt es, daß es in vielen Geburtsvorbereitungskursen oder in Vorbesuchen der Hebamme zu Hause eine Standardaufgabe ist, Frauen den Mutterpaß zu erklären. In dem Moment, wo eine Frau weiß, was da eigentlich mit diesen Kür-

zeln gemeint ist, warum ein Blutdruck zum Beispiel gemessen wird, wird das ihre Motivation steigern, weitere Vorsorgen in Anspruch zu nehmen. Also ich bin immer noch davon überzeugt, daß wenn jemand versteht, warum etwas gemacht wird und was es für sie für einen Nutzen hat, dann wird sie das weiterverfolgen. Der Mutterpaß hat für mich auch einen berufspolitischen Aspekt. Wenn die Hebammen in den letzten Jahren ihre Untersuchungen der Schwangerenbetreuung in diesen Mutterpaß eintragen und auch den eigenen Hebammenstempel, kommt in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Gynäkologen häufig Dynamik auf. Ich halte das aber für wichtig, weil es gar nicht mehr so selten ist, daß Hebammen an der Schwangerenbetreuung beteiligt sind, und wir möchten das nach außen hin dokumentieren und in dem Sinn auch diesen Mutterpaß benutzen. Also ich halte das wirklich auch für eine Chance, etwas zu verändern. Aber so ähnlich wie mit der Technik ist das auch ein Instrument, es ist verschieden wie ich damit umgehe – und ich kann das nutzen.

**Moderatorin** Also, daß es ein Kommunikationsproblem zwischen Ärzten und Hebammen gibt, glaube ich, ist in verschiedenen Bereichen deutlich geworden. Daß vielleicht die Ärzte auch erwarten, daß diese Form von Kommunikationsstörung seitens der Hebammen aufgehoben gehört und nicht umgekehrt, das will ich auch noch akzeptieren, aber ich denke, Herr Kentenich, so klar wie sich das polarisierend darstellt, ist es in der Praxis wohl doch nicht. Warum braucht Frau Ihrer Meinung nach einen Mutterpaß?

**Herr Kentenich** Ich will Ihnen sagen, wie ich mit dem Mutterpaß umgehe. Als Klinikarzt sehe ich den Mutterpaß, wie er von den niedergelassenen Frauenärzten oder von der Hebamme geführt wird. Ich prüfe ihn und vermeide Doppeluntersuchungen, damit ich länger beim ärztlichen Gespräch verweilen kann. Mir kommt es darauf an, die Frau bzw. das Paar für die Geburt vorzubereiten. Die Vorarbeiten haben die Ärzte draußen bzw. die Hebammen gemacht. Die Hebamme kann ja jetzt auch ihren Stempel in den Mutterpaß hineingeben, was sehr sinnvoll ist. Ein Problem sind die Doppelbetreuungen. Meiner Ansicht nach muß vermieden werden, daß Frauen 2 oder 3 mal vor der Geburt in Krankenhäuser einbestellt werden. Es muß klare Indikationen für erneute Untersuchungen geben, sonst führen sie nur zur Verunsicherung. Die Frau soll eine primär betreuende Person haben. Dieses kann ein Arzt oder eine Heb-

amme sein. Die primär betreuende Person ist diejenige, zu der man auch das meiste Vertrauen hat. Dieses Vertrauen bildet auch die Grundlage für eine Sicherheit.

**Frau Staschek** Ich glaube, daß wir im Moment eine Situation haben, die noch eine ganze Weile in dieser Parallelbetreuung leben muß, weil ein Teil dieser Parallelbetreuung entstanden ist aus der Unzufriedenheit der Frauen mit der ärztlichen Vorsorge. Das Check-up, das Frauen erleben, mangelnde Zeit, sich zu besprechen, mangelnde Zeit, Fragen zu stellen, wird zu einem großen Teil von Hebammen in der häuslichen Betreuung aufgefangen. Es ist ein Frust von vielen Hebammen, daß diese Vermittlungsarbeit von den Ärzten nicht anerkannt wird. Die Hebammen-tätigkeit ist eine andere als die ärztliche Tätigkeit, und grundsätzlich ist mir gerade bei Risikofrauen Parallelbetreuung eine positive, erfolgversprechende Vorstellung. Durch die spezifische Betreuungsbeziehung Schwangere-Hebamme entstehen Aspekte von Sicherheit, die immanent in der Tätigkeit liegen.

Moderatorin

Frau Hauffe, ist der Mutterpaß vielleicht auch ein Zeichen dafür, daß eine zunehmende Verkopfung dieser gesamten Vorgänge nicht nur von den Frauen selbst vorgenommen wird, sondern womöglich auch von den Ärzten zum Teil unterstützt wird?

**Frau Hauffe** Ich weiß nicht, ob ich es Verkopfung nennen würde. Es findet eine Delegation statt. Ich finde nicht, daß es so etwas gibt wie Opfer und Täter. Ich meine, daß wir alle in einem Gesamtsystem – auch Frauen übrigens – mit an der Spirale kräftig drehen und Frauen an der Abwertung von Berufsgruppen oder Aufwertung anderer Berufsgruppen beteiligt sind. Ich würde gerne Ihre Frage noch mal aufgreifen wollen, um noch einmal zu politisieren. Ich finde das alles richtig, was Sie hier diskutieren, aber mir gefällt nicht, wenn wir das auf der Ebene »jetzt handeln wir mal eben aus, was wir jetzt tun sollen/machen« diskutieren. Sondern mir geht es mehr darum, daß das, was wir hier diskutieren, alles Mechanismen sind, die letztendlich das System bestimmen. Und dabei ist der Mutterpaß ein Teil des Mechanismus, und die Wertigkeit von Berufen auch.

Ich finde übrigens, um die Frauen wieder mal ins Spiel zu bringen: in der Wertigkeit der Hebammen drückt sich auch die Abwertung der Fruchtbarkeit von Frauen aus. All das, was letztendlich an Fruchtbar-

keit, an Potenz usw. von Frauen geliefert wird, hat in dieser Gesellschaft wenig anerkannte, ökonomische Produktivkraft. Wir leben in einer Gesellschaft, in der Hausarbeit, in der Mutterarbeit, in der Erziehungsarbeit Begleitungsarbeit ist. Übrigens: auch deswegen werden Erzieherinnen so schlecht bezahlt, weil Mütter diese Erziehungsarbeit nebenher machen. Also muß man das nicht extra irgendeiner Berufsgruppe besonders bezahlen.

An dieser Stelle kann ich die Hebammen und die Geburtsvorbereiterinnen ins Geschehen bringen. Sie machen alle Arbeiten, die Frauen eh tun, und weil sie es immer schon getan haben, brauchen sie in einer beruflichen Definition auch keine besondere Aufwertung. Arbeit bekommt erst eine Aufwertung, wenn sie eine besondere, neue Norm repräsentiert, eine Norm, die letztendlich auch über Macht sich darstellt. Und als neue Norm wird Technikeinsatz bewertet. Und Technik ist etwas, was in dieser Gesellschaft wertvoll und übrigens auch ökonomisch produktiv bewertet wird. Wer profitiert denn von Technik? Wir müssen uns fragen, wie sind die ökonomischen Zusammenhänge in diesem ganzen Geflecht? Und sind dann Wertigkeiten, die wir einbringen, etwas, was gesellschaftlich wertvoll ist? Wenn ja, dann gehört es auch anders nach außen hin und – ganz klar – prägnant bewertet.

**Moderatorin** Danke, Frau Hauffe. Ich denke, das war sehr wichtig. Herr Prof. Kentenich, ich würde das gerne noch alles ein bißchen zuspitzen, und zwar vor dem Hintergrund: Wer profitiert denn eigentlich von Technik? Ich meine, ich denke, wir machen uns etwas vor, wenn wir nicht auch mal die Frauen erwähnen, die im Oktober schwanger werden wollen, damit sie, wenn sie hochschwanger sind, die heiße Zeit noch vor sich haben und nicht etwa im Hochsommer hochschwanger sein müssen. Es gibt die Frauen, die das Baby à la carte bestellen, es gibt diese Frauen tatsächlich, nachdem sich hier soviel kritisch über den Ultraschall geäußert wurde, am liebsten bei jeder Untersuchung oder alle zwei Wochen, das tun, was Gynäkologen als Babyfernsehen bezeichnen. Diese Form von Technisierung wird ja zum Teil auch durch die Forderungen von Frauen vorangetrieben, oder? Da darf Frau Duden gleich was sagen, erst Herr Kentenich bitte.

**Herr Kentenich** Technik und Planbarkeit haben gute Seiten, sie können aber auch schlechte Seiten haben. Es geht immer darum, wie man damit umgeht. Einfache Lösungen, daß etwas nur gut oder schlecht sei, sind

zu simpel. Ein Ultraschall kann einen Sinn geben, um Wachstumsverzögerungen zu entdecken. Ultraschall kann aber auch dazu verleiten, nur am Bildschirm »kleben« zu bleiben und nicht mit der Frau zu reden. Ein Problem stellt auch die Planbarkeit dar. Heutzutage sind wir der Auffassung, daß alles planbar ist und über die Technik kontrollierbar sei. Dieses ist eine Fiktion, denn Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Lebensereignisse, die wir nur begrenzt in ein planbares Raster einordnen können.

**Moderatorin** Noch ganz kurz Ihr Plädoyer zum Mutterpaß, bevor Frau Professor Duden darauf eingeht, weil ich weiß, das ist auch Ihr Thema.

**Herr Kentenich** Ja, ich habe das vorhin schon gesagt, ein Mutterpaß kann sehr hilfreich sein, um einen kurzen Überblick zu haben, was den bisherigen Verlauf der Schwangerschaft angeht. Er ist ein schlechtes Mittel, wenn man an den Eintragungen »kleben« bleibt und einfach nur neue hinzufügt.

**Moderatorin** Gut, aber darüber hinaus wurde ja eine Korrektur gefordert. Können Sie sich vorstellen, an welchen Punkten er korrigierbedürftig wäre?

**Herr Kentenich** Wenn es in Deutschland durchsetzbar wird, daß die primär betreuende Person in der Schwangerschaft entweder Hebamme oder Arzt ist, dann soll diejenige/derjenige auch den Mutterpaß führen. Ich hätte nichts dagegen, wenn dies die Hebamme ist und sie selbst entscheidet, wann und ob sie einen Arzt hinzuziehen soll oder nicht.

**Moderatorin** Gut, dann ist das etwas deutlicher geworden. Danke.

**Frau Duden** Zum Mutterpaß möchte ich eine kleine Geschichte erzählen. Eine Studentin, die schwanger war, sagte, sie geht erst zur Hebamme, um sich erklären zu lassen, wie fiktiv die Vorsorge ist, warum sie das nicht braucht. Und dann geht sie zur Gynäkologin und macht die ganzen Untersuchungen, weil sie die Gynäkologin sehr nett findet und weil sie versteht, daß sie als Ärztin diese Sachen machen muß.

Ich will noch etwas zur Technik sagen, und zwar aus der Perspektive der Historikerin. Zwei Sachen: Aus meiner Perspektive ist diese Geschichte der Konfrontation zwischen Hebammen und Ärzten eine Nachkriegsgeschichte. Wir denken leicht, daß dieser professionelle Konflikt im späten Mittelalter oder in der Renaissance lag. Tatsächlich aber sind es eigentlich die 60er Jahre. Auch nach dem Krieg, also in den 50er Jahren, war es noch durchaus üblich – man muß dabei Stadt/

Land und verschiedene kulturelle Milieus unterscheiden – daß die Hausgeburt selbstverständlich war, und es gab Hausgeburtshewbammen als Beruf von Frauen. Erst danach kam die totale Hospitalisierung der Geburt. In den 70er Jahren gab es von Feministinnen sehr viel Kritik an der Geburt in den Klinik. Erst danach begann die symbolisch/technische Umformung der Schwangerschaft. Das ist ein Vorgang der 70er oder späten 70er und 80er Jahre. Wichtige bei der Betrachtung von Technik ist nicht nur, daß die Fülle dieses technischen Einsatzes zum guten Teil ineffizient ist, d. h. nicht das tut, was sie verspricht. Oder sie ist kontraproduktiv, sie tut also etwas anderes, sie hat Nebenfolgen, von denen wir noch nichts wissen usw. Aber vor allen Dingen hat sie eine symbolische Wirkung auf die Selbst- und Leibwahrnehmung der Frau. Dort ist in den letzten fünfzehn Jahren so viel passiert. Heute sagen viele: »Gut, die Frau will das ja auch.« Frauen sind auch Bürgerinnen dieser Gesellschaft. Das hochtechnische Milieu der Gegenwartsgesellschaft »schwitzt« das aus, und deshalb geht es darum, zu begreifen – das ist hier mehrfach gesagt worden – daß Frauen sich zwischen zwei Stilen der Wirklichkeit oder zwei Wahrnehmungsformen entscheiden müssen. Die persönliche auf der einen Seite und/oder die kalkulierende, quantifizierende, kontrollierende auf der anderen. Ich gehe davon aus, daß Frauen schwanger sein und gebären können. Das ist eine Trivialität.

**Moderatorin** Danke schön.

**Frau Staschek** Ich möchte dem zustimmen, was Frau Duden gesagt hat und es aus der Praxis erläutern, weil ich glaube, daß der Umgang mit Technik oder der Umgang mit meinen Händen eine andere Beziehung schafft. Für die Schwangere und mich und auch für die Schwangere mit ihrem Baby, mit dem Ungeborenen. Und ich denke, gerade was wir gehört haben über die Zersplitterung der Welt und über die Widersprüchlichkeiten, macht es so wesentlich und auch so zukunftsweisend, an dieser sehr traditionellen Weise der Geburtshilfe, der leiblichen Zuwendung mit den Händen, der Fähigkeiten und Fertigkeiten, Diagnostik auch mit den Händen zu betreiben, festzuhalten. Das halte ich für unverzichtbar. Wenn wir noch einbeziehen, was Frau Schücking erzählt hat über die Aussagen der englischen Frauen: Einer der wesentlichen Wünsche, den die Frauen haben, ist Beziehung, ist Kontinuität, und das heißt für mich auch Zuwendung, das heißt für mich auch körperliche Zuwendung. Ein



Aspekt, ist mir darin immer wieder wichtig: durch die Spiegelung in der Beziehung der Frau, der Schwangeren mit der Hebamme besteht eine Möglichkeit, daß die Frau u. a. ermutigt wird, Kontakt aufzunehmen mit ihrem eigenen Körper und damit auch zu dem Ungeborenen. Und das in einer Weise, die liebevoll ist und wiederum mit den Händen geschieht. Vielleicht noch ein Nachsatz. Ich bin davon überzeugt, daß das Sicherheit schafft. Diese Art Kontinuität in der Betreuung zu haben, schafft Sicherheit.

**Moderatorin** Ja, ich glaube, das ist deutlich geworden.

**Herr Nagel** Ich kann das nur voll unterstreichen, was eben gerade gesagt worden ist. Die menschliche Zuwendung ist das, was immer mehr in den Hintergrund rückt. Und was hier gerade gesagt worden ist, das ist eine Forderung, die die Krankenkassen sowohl an Ärzte als auch Hebammen haben.

Nun zu der Frage: »Wer erbringt welche Leistungen?«

Das ist doch gar kein Problem! Es gibt eine bestimmte Anzahl von Schwangeren, und da werden die Leistungen erbracht. Und wie wir gerade gehört haben, werden die Leistungen nicht einmal, sondern zweimal erbracht. Die Geschichte von Frau Duden hat es ganz deutlich gemacht. Man sichert sich hier ab und geht auch noch da hin. Und das ist das Grundproblem, was es hier zu lösen gilt. Daß nämlich Ärzte und Hebammen einen Konsens finden, dergestalt, daß man sich abspricht, wer erbringt welche Leistungen. Und dann ist das Bezahlen auch überhaupt kein Problem. Den Krankenkassen ist das doch einerlei, in welchen Topf, das ist doch gar keine Diskussion mehr.

**Moderatorin** Herr Kentenich, wie ist es mit dem Gespräch bzw. mit der Bezahlung. Wenn das stimmt, was ich in den letzten Zeiten gehört habe, ging es ursprünglich bei der Gesundheitsreform darum, daß mehr Zeit für die Patientin da sein soll und daß das auch entsprechend – egal, ob nun von Hebammen oder Arzt – finanziert werden soll. Ich habe manchmal das Gefühl, genau das Gegenteil ist dabei rausgekommen.

**Herr Kentenich** Sie haben vollkommen recht. Das größte Dilemma heutzutage ist, daß wir über 20 Jahre eine sprechende Medizin gefordert haben und daß sie auch entsprechend honoriert wird. Heutzutage wird aber derjenige bestraft, der mit den Frauen redet. Hier müssen unbedingt Lösungen gefunden werden, damit sich die sprechende Medizin auch lohnt. Das gleiche gilt selbstverständlich für die Hebammen. Für mich

sind Hebammen eindeutig unterbezahlt. Das ist schlimm und das muß auch geändert werden.

**Herr Nagel** Bislang hatten wir den § 20 des Sozialgesetzbuches V, und noch gibt es den, aber nicht mehr lange, das ist durchaus richtig. Und das ist ein echtes Problem. Dann müssen sich Geburtsvorbereiterinnen und Hebammen sicherlich an den Tisch setzen und einen Konsens finden, wer welche Leistungen erbringt, damit auch hier das Problem der Doppelleistung nicht mehr stattfindet.

Ein Satz noch zu Herrn Kentenich mit der sprechenden Medizin und mit dem, was daraus geworden ist. Sie haben ja recht. Das ist ein Schuß, der völlig daneben gegangen ist. Nur muß man hier ganz locker fragen, warum sind im ersten Quartal 1996, also von Januar bis März 1996, dreißig Prozent mehr ärztliche Leistungen gegenüber dem Vorjahreszeitraum erbracht und abgerechnet worden? Haben wir dreißig Prozent mehr Kranke? Woran liegt es denn, daß man dieses Spektrum in dieser Weise verändert hat. Also ich denke, da müssen sich die Ärzte in allererster Linie mal an sich selbst wenden, um festzustellen, warum diese wundersame Leistungsvermehrung stattgefunden hat. Von daher denke ich, kann man das nicht einfach nur so darstellen, daß die sprechende Medizin nicht genügend bezahlt wird. Nein, nein. Die sprechende Medizin wird zusätzlich jetzt hineingenommen. Das ist das Problem. Es findet keine Verlagerung statt.

**Moderatorin** Also ich denke, die Gesundheitsreform als Thema würde hier in der Tat zu weit führen. Welche Auswirkungen sie auf die verschiedenen Berufsstände haben wird, welche Konsequenzen, das ist noch gar nicht abzusehen. In wie weit Berufsstände dabei auch noch vernichtet werden, weiß ich nicht.

Ich möchte das Ganze, da nicht mehr so viel Zeit ist, noch auf ein anderes Thema oder auf eine andere Ebene heben. Es gab ja nicht nur im Referat von Frau Hühn die These, daß vieles, was an Mutterschaftsbetreuung zur Zeit betrieben wird – wenn wir jetzt mal den klassischen Weg betrachten – dazu dient, die Mutter zu beherrschen bzw. auch die Mutterschaft beherrschbar zu machen. Herr Prof. Kentenich, welche Rolle werden Sie denn für sich als Arzt sehen innerhalb dieser divergierenden Interessen, über die wir gesprochen haben, innerhalb der vielen Widersprüche, die sich natürlich auch für die Frau ergeben. Aber ich denke mir, ein Teil davon färbt auch auf Ihr eigenes Rollenverständnis ab.

**Herr Kentenich** Sollte ein Frauenarzt ein Berufsverständnis haben, daß er seinen Beruf in erster Linie über Apparate oder Laboruntersuchungen ausüben will, so wird er schnell scheitern. Die Arbeit in der frauenärztlichen Praxis macht sehr schnell deutlich, daß es eine personale Beziehung zwischen der Patientin und dem Arzt/der Ärztin gibt. Hier muß sich der Arzt auch als Person einbringen. Nur eine so formulierte Medizin als personale Medizin bringt für die Patientin etwas. Und sie macht auch der Ärztin/dem Arzt Spaß. Es geht auch darum, daß ein Beruf Spaß machen soll.

**Moderatorin** Gibt es im Zuge der Entwicklung Dinge, die Sie schlicht als Überforderung betrachten würden, daß man Ihnen einen Teil der Verantwortung einfach so überträgt, von der Sie meinen, das kann und will ich überhaupt nicht übernehmen, das ist Sache der Frau? Ich möchte das Ganze mal ein bißchen umgekehrt betrachten.

**Herr Kentenich** Ja und nein. Wenn sich Medizin weiterentwickelt, dann gibt es auch Neues und neue Verantwortung. Dieses hängt viel mit neu entwickelten Techniken und den sich ergebenden Technologiefolgen zusammen. Es ist zwar oft üblich, vor Neuem und vor Technik Angst zu haben. Dieses ist aber eine zu einfache und zu lapidare Antwort, die generell in Richtung Technologiefindlichkeit geht. Man muß sich die Probleme sehr genau im Detail ansehen. So kann z. B. in Ultraschalluntersuchungen Schlechtes und Problematisches liegen, wenn die Ultraschalluntersuchungen das Wichtigste in der Betreuung der Patientin darstellen. Hier kann die Technik viel verunsichern. Auf der anderen Seite kann diese Technik aber auch die Sicherheit erhöhen und die Patientin beruhigen. Man muß das Problem konkret ansehen. Es ist nicht damit getan, das Ultraschall aus dem Fenster zu schmeißen.

**Moderatorin** Frau Staschek, es fielen die Stichworte Technologiefindlichkeit und Natürlichkeitsideologie. Wo sehen Sie denn da jetzt Ihre Position?

**Frau Staschek** Ich möchte gern an den Diskussionspunkt dieser Tagung kommen, an dem über Frauen als handelnde Subjekte gesprochen wurde. Heute früh haben wir gehört, das es einen Weg gibt zwischen Widersprüchen, die sich zum Teil auszuschließen scheinen oder sich auch wirklich ausschließen. Ich denke, daß die Position der Begleiter oder Begleiterinnen, egal, ob es sich um die Anwendung von Technik oder um Gespräche handelt, die ist, herauszukriegen, was die Frau

möchte und was in diesem speziellen Fall nötig ist. Es geht nicht um Technikfeindlichkeit, sondern es geht zum Beispiel um Indikationen, um Forschen, wann habe ich einen Informationswert, wann habe ich einen Zuwachs an Sicherheit. Das ist für mich immer wieder der Punkt, daß gerade mit den Schwangeren die professionellen Begleitpersonen sich als jemand verstehen, die den Frauen wieder die Chance geben, sich entscheiden zu können. Für mich ist die Frage »was braucht die Patientin, was möchte sie?« eine ganz zentrale in der Betreuung. Auch wenn das für die Begleitenden zu dem Widerspruch führen kann: professionelle Verantwortung / subjektive Verantwortung.

**Moderatorin** Geht die Frage sogar nicht noch weiter? Gibt es nicht in vielen Situationen Frauen, die überhaupt erst mal für sich herausfinden müssen, was sie wollen, was sie brauchen, weil sie zum Teil auch durch Informationen und Verunsicherung, aber auch durch Dinge, die sie sich selber irgendwie denken oder einbilden oder ähnliches, vollkommen zugeschüttet sind, daß sie diese Art von Spüren gar nicht mehr so vollziehen können, wie es notwendig wäre, um klar zu sagen, das will ich, das will ich nicht.

**Frau Staschek** Ja, das wollte ich ausdrücken. Ich habe das Gefühl, daß sowohl in den Kursen als auch in der Einzelarbeit über das Einüben von Wahrnehmen, von Gefühle fühlen und ausdrücken lernen, Frauen unterstützt werden in ihrem selbstbewußten Auftreten und in ihrer Entscheidungsfähigkeit. Ich halte das gerade mit den Schwangeren für eine wichtige Aufgabe. Das Bild ist für mich manchmal, den roten Faden zu finden oder den eigenen Standpunkt, Selbständigkeit im wahrsten Sinne des Wortes, auch zu erreichen in dieser Zeit. Und ich glaube, daß die Krisenhaftigkeit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett darstellen, auch eine Chance ist, sich von den ursprünglichen weiblichen Fähigkeiten einen Teil wieder anzueignen. Ich sehe in meiner Position als Hebamme und in ärztlicher Tätigkeit die Möglichkeit, darin Unterstützung zu leisten.

**Frau Schücking** Unsere Diskussionen in Deutschland sind unendlich komplex – wie die Zusammenhänge innerhalb unseres Abrechnungssystems der ambulanten Medizin, der stationären Medizin und in den unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen! Das ganze System neigt wenig zu pragmatischen Lösungen, wie ich sie aus anderen Ländern kenne. Als Beispiel möchte ich Ihnen dafür die holländische Indikations-

liste und die Idee hinter dieser Indikationsliste nennen. Das Prinzip ist nämlich, daß Schwangerschaftskomplikationen danach beurteilt werden, ob sie therapierbar sind. Wenn ja, dann ist die Konsequenz ganz selbstverständlich: Geburtsmedizin, Überweisung an den Facharzt, unter Umständen Geburt in einer Klinik, die über ein ausgefeiltes Pränatal-Zentrum verfügt, um wirklich das bestmögliche für Mutter und Kind tun zu können. Wenn nein, d. h. bei Komplikationen, die man nicht beeinflussen kann, ist die Konsequenz ganz selbstverständlich, daß die Frau weiter innerhalb ihres normalen Systems von der Hebamme betreut wird. Diese Art des Pragmatismus (die tief verwurzelt ist in der holländischen Mentalität, pragmatisch in allen Lebensbereichen vorzugehen) erscheint mir für uns sehr nützlich als Modell. Dazu ein Beispiel aus einem Interview. Eine Frau berichtete: »Ich hatte sehr große Probleme, schwanger zu werden. Schließlich war eine In-vitro-Fertilisation nötig, und dann ging es um die Planung, wie wird diese Schwangerschaft und wie wird diese Geburt überwacht und betreut und durchgeführt. Und die Gynäkologen wollten mich in der Klinik behalten. Sie konnten mir nicht begründen, warum. Meine Probleme bestanden ja nur darin, schwanger zu werden. Als ich einmal schwanger war, unterschied ich mich doch nicht mehr von jeder anderen schwangeren Frau, und andere Risiken hatte ich nicht aufzuweisen.« Diese Frau ist dann bei ihrer Hebamme geblieben. Sie hat eine Hausgeburt durchgeführt ohne Probleme. Eine solche pragmatische Haltung scheint mir bei uns völlig zu fehlen; vielleicht könnten wir hier etwas lernen.

**Moderatorin** Ich merke an der Unruhe, daß hier ein bißchen Aufbruchstimmung herrscht. Wir wollten eigentlich nur bis halb eins diskutieren. Frau Hauffe, bevor Sie gleich sprechen, das ist eine Wortmeldung aus dem Publikum:

**Publikum (Frau Kemmler, GfG e.V.)** Mir wird in der Diskussion hier deutlich, daß es immer wieder so einen berufsständischen Abklatsch, so ein hin und her gibt, und finde den letzten Beitrag, von Frau Staschek, ganz wichtig. Sie hat noch einmal die Stimme der Frauen hervorgehoben. Und da wird mir deutlich – ich bin aus der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – daß eben die Geburtsvorbereiterinnen immer wieder hinten runter fallen oder irgendwo ganz wenig genannt werden oder daß einfach gesagt wird: »ja, dann müssen die Geburtsvorbereiterinnen mit den Hebammen sich zusammensetzen«, d. h. die Hühner werden in den

Hühnerstall gesperrt, sollen sich die Augen aushacken und in Konkurrenz miteinander sein. Ich finde, das Berufsständische wird da zu sehr in den Vordergrund gestellt.

**Moderatorin** Gut. Frau Hauffe noch kurz dazu, und dann möchte ich Sie bitten, alle noch ein Schlußwort zu sprechen, was nichts Abschließendes hat, sondern etwas perspektivisch Forderndes formuliert, je nach dem, von welcher Position Sie hier argumentieren.

**Frau Hauff** Gabriele Kemmler hat mir das Stichwort gegeben bzw. schon etwas von dem ausgedrückt das ich sagen wollte. Ich möchte gerne den Schluß vom Vortrag von Iris Bleyer-Rex noch einmal aufgreifen. Sie bat um einen Perspektivenwechsel, um die Realität von Müttern, Vätern und Kindern in den Blick zu nehmen, und zwar nicht, um es nur pragmatisch zu tun, sondern, weil dort Potenz ist, weil Frauen wissen, wie Leben funktioniert. Auch in der Geburtsvorbereitung, der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe ist ein Perspektivenwechsel nötig. Wir müssen uns überlegen, ist als Perspektive nicht richtiger, eine auf die Frauen zentrierte Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe zu machen, die letztendlich dann aber auch ausdrückt, wer sie repräsentiert. Und das ist dann durchaus etwas, was zu verhandeln ist. Für mich bedeutet es an dieser Stelle, daß die Berufsgruppen, die primär die Gesundheit und die Potenz von Frauen wahrnehmen, stärken, begleiten, diejenigen sein sollen, die die primäre Zentrierung der Versorgungsübertragen bekommen. Die Ärzte, die ich auf keinen Fall für unnötig erachte, um das hier völlig klar zu stellen, finde ich, haben ihren Stellenwert, und auch Technik hat ihren Stellenwert, aber sie soll genau da den Stellenwert haben, wo sie nötig ist. Sprich: Ärzte haben für mich nicht die primäre Versorgungskompetenz für Schwangere, sondern sie haben sie dann, wenn sie für nötig erachtet wird. Da sind sie auch für mich eminent wichtig. Ich fordere also nicht nur einen ideellen Perspektivenwechsel, sondern einen Perspektivenwechsel in der Gesundheitspolitik und in der Frauenpolitik. Gabriele Kemmler sagt mit Recht: Die Geburtsvorbereitung hat sich nicht entwickelt, »weil da gerne mal einige Frauen ein bißchen jobben wollten«, sondern sie hat sich entwickelt aus einem Bedürfnis heraus, daß Frauen sich in diesem System – und übrigens auch durchaus von Hebammen – nicht repräsentiert gesehen haben mit ihren Fähigkeiten. Und so hat sich aus einer Selbsthilfebewegung in der Zwischenzeit eine große Bewegung entwickelt, die letztendlich auch für

mich exemplarisch das darstellt, was Barbara Staschek eben auch ganz richtig gesagt hat: die Stützung der Frauen in ihren Potenzen. Und diese konkrete Arbeit erwarte ich von den Geburtsvorbereiterinnen und von den Hebammen in der Schwangerenvorsorge auch ganz deutlich.

**Herr Kentenich** Ich stimme Frau Hauffe neunundneunzig Prozent zu. Ich will aber noch etwas hinzufügen, worüber wir bisher noch nicht gesprochen haben. Wir haben nicht über Randgruppen gesprochen. Es gibt Frauen, die durch unsere sozialen Netze fallen. Dieses ist vor allen Dingen ein Problem der Großstädte, wo wir nur sehr wenig Konzepte haben. Das Projekt einer Familienhebamme, wie es hier in Bremen aufgebaut wurde, hatte sehr positive Aspekte – auch für andere Metropolen in der Bundesrepublik. Wir müssen erkennen, dass diejenigen, die am unteren sozialen Rand leben, auch in Zukunft schlechter während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett versorgt werden.

**Frau Duden** Wenn ich die Zeitgeschichte anschau, ist in den letzten zwanzig Jahren am Frauenkörper etwas symbolisch bewirkt worden. Der Frauenkörper ist ein Zeichen für Entmächtigung, glaube ich. Und wenn ich den Technikeinsatz prüfe, dann zeigt sich gerade beim Einsatz der Technologie in der Geburtshilfe, daß Technik nicht mehr im traditionell ärztlichen Rahmen eingesetzt wurde, sondern den Rahmen in dem Maße verändert hat, in dem sie routinemäßig eingesetzt wird usw. Wir brauchen Analysen über die Geldströme. Dann frage ich mich immer zwei entscheidende Fragen: 1. Was brauchen wir nicht, weil es ineffizient, kontraproduktiv usw. ist, und 2. Was brauchen die Frauen anstelle? Also was ist das, was wirklich den Frauen helfen würde? Das ist entscheidend.

**Frau Schücking** Ich möchte sehr gerne an dem Punkt, was brauchen wir anstelle, weitermachen. Es gibt Modelle aus anderen Ländern, von denen wir lernen können, z. B. die Trennung von Geburtshilfe und Geburtsmedizin. Vielleicht muß ein System, was sich anderen Orts bewährt hat, nicht komplett so übernommen werden. Auch nicht im Sinne von anstelle, wir schaffen unser System ab und ersetzen es einfach durch ein anderes. Das wird keinesfalls funktionieren. Aber wir brauchen Modelle, die wir auch auf Tagungen wie dieser, anfangen zu entwickeln, um sie vielleicht in Zukunft durchführen und durchsetzen zu können. Dazu brauchen wir natürlich politische Unterstützung. Und wir brauchen Initiativen, daß sich beispielsweise ein Bundesland oder eine Stadt bereit erklärt, so

ein Projekt zu unterstützen. In diesem Zusammenhang möchte ich die Bedeutung von solchen Tagungen wie dieser hier hervorheben, und Frau Hauffe sehr herzlich danken dafür, daß sie diese Initiative ergriffen hat. Und ich will sie weiterhin aufrufen, solche Entwicklungen zu unterstützen und uns, wenn wir Modelle umsetzfertig haben, Tips zu geben, wo sie umgesetzt werden könnten; vielleicht ja in Bremen!

**Frau Staschek** Ich freue mich, daß dieser Aspekt jetzt hier doch hereingekommen ist, obwohl er in den letzten beiden Tage wenig Platz hatte, und möchte es verbinden mit der Anregung zu einer weiteren Tagung, die dann diese Frage in den Mittelpunkt stellt. Sie haben das Projekt Familienhebamme genannt. In verschiedenen Organisationsformen gibt es auch das Einbeziehen freiberuflicher Hebammen, die durch gezielte kommunale Unterstützung mit Problemfamilien intensiv arbeiten. Aktuell droht diesen Projekten allerdings immer wieder am Jahresende gekippt zu werden. Mir ist persönlich ein Anliegen zu sagen, daß es Möglichkeiten gibt, über die bestehenden Strukturen diese Frauen mehr einzubeziehen. Und genau diese Frauen brauchen im Prinzip sehr stark die Kooperation der beiden Berufsgruppen, auch, daß man sich gegenseitig unterstützt.

**Moderatorin** Herr Nagel, ich weiß, Krankenkassen finanzieren gerne Seminare und Arbeitsgruppen. Vielleicht können wir Sie zum letztgenannten Thema hier an dieser Stelle festnageln? Das wäre doch eine Investition in die Zukunft.

**Herr Nagel** Ja, also vom Grundsatz her kein Problem. Wir können uns gern darüber unterhalten. Aber jetzt mal zum Thema. Nach so viel wohlgesetzten Worten ist es fast banal, auf Finanzen hinzuweisen. Ich werde es dennoch tun, denn es hängt alles am lieben Geld. Das wissen Sie genauso gut wie wir alle. Und unter dem Aspekt, daß es finanzierbar bleiben muß, habe ich einfach die Bitte, daß man sich unter den einzelnen Berufsgruppen näher kommt, daß man sich abspricht, wer welche Leistungen erbringt, damit Doppelleistungen vermieden werden, und eine Fortsetzung dieses Gespräches unter Krankenkassenbeteiligung, dem stehe ich ganz positiv gegenüber.

**Moderatorin** Danke, Herr Nagel. Sie haben es vernommen! Ich möchte zum Abschluß noch so einen Satz sagen, den ich oft gehört habe von einem praktischen Arzt in Hamburg, mit dem ich über Veränderungen in den letzten zehn, zwanzig Jahren gesprochen habe. Der alte Herr ist so Mitte



sechzig und eigentlich ganz gescheit, und er sagte mir: »Sieh mal, eine Mutter dient vier Herren: Ihrem Mann, ihrem Kind, ihrem Haushalt und aber auch sich selbst.«

Auf das sich das verändern möge!

Danke schön für Ihre Aufmerksamkeit, Ihre Konzentration und nun kommt Frau Hauffe mit einem richtig offiziellen Abschluß.

**Frau Hauffe** Ich freue mich, diese Tagung nun beenden zu können und möchte dabei kurz auf die Worte in meiner Eingangsrede zurückkommen. Ich habe gesagt, wir kommen hier nicht mit fertigen Antworten, sondern mit neuen Fragestellungen und mit neuen Blickwinkeln für einen gemeinsamen Lernprozeß. Ich habe davon gesprochen, daß wir einen interdisziplinären Raum herstellen für das öffentliche Gespräch. Und ich habe gesagt, daß wir mit den Einsichten, die wir hier auf dieser Tagung erarbeiten werden, in unseren privaten, im beruflichen und im politischen Leben weiter Einfluß nehmen können. Und wenn ich diese Sätze meines Beginns – die ich als Hoffnung geäußert hatte – im Nachhinein anschau, dann möchte ich an dieser Stelle sagen: ich glaube, dieses ist eingelöst! Wir sind hier in einer sehr konstruktiven Weise zusammen gekommen, trotz der Brisanz in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, dem Hadern und dem Hangeln und dem Kämpfen, um uns mit der Frau im Mittelpunkt des Geschehens zu befassen. Und daß das möglich war, dafür danke ich allen Teilnehmenden hier ganz herzlich.

Als Frauenpolitikerin bin ich natürlich auch berufen zu sagen: Jetzt will ich die Erkenntnisse dieser Tagung auch politisch durchsetzen. Und damit greife ich Barbara Stascheks Forderung gerne noch mal auf: Ich finde, daß Frauenforschung gemacht werden muß über die positiven und kostensparenden, stabilitätsorientierten Ansätzen in der Arbeit der Hebammen und der Geburtsvorbereiterinnen. Dort gibt es Forschungsbedarf, der mit Sicherheit im Ergebnis interessante Zusammenhänge deutlich machen würde. Ich fordere diese Forschungsvorhaben hier ein.

Ich fordere von der Gesundheitspolitik, daß sie reflektiert, was sie ins Zentrum ihrer gesundheitspolitischen Strukturen im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt stellen will und wie sie damit in der Folge Finanzierungssysteme entwickeln und auch neue Wertigkeiten schaffen will. Ich fordere selbstverständlich den Perspektivenwechsel, den Iris Bleyer-Rex beschrieb, denn es kann nicht angehen, daß wir Mütter, wir

Frauen diese unglaublich großen gesellschaftlichen Leistungen ohne gesellschaftliche Wertschätzung erbringen, zum Wohle übrigen aller.

Und es ist wichtig, in der Sozialpolitik zu prüfen, wie Gesetze gemacht sein sollten, in denen Frauen das, was sie gesellschaftlich einbringen, auch repräsentiert sehen. Gerade die letzte Woche in Bonn hat uns bewiesen – und Heribert Kantenichs Hinweis greife ich dankbar auf – wie sehr die Wertigkeit von Frauenleben und das, was Frauen einbringen, mißachtet wird.

Alles, was in Bonn entschieden worden ist, wird größtenteils wieder auf dem Rücken der Frauen ausgetragen. Dem widerspreche ich aufs Schärfste.

Ihnen allen möchte ich danken für die fundierten Diskussionsbeiträge, besonders in den Seminaren und Workshops. Die Teilnehmerinnen haben sich offensichtlich mit all ihrer Kompetenz eingebracht, egal, zu welcher Berufsgruppe sie gehören. Und Sie sind in großer Akzeptanz miteinander umgegangen. Dafür danke ich sehr.

Allen Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmern wünsche ich eine gute Heimreise und bitte Sie, mit dem weiterzuarbeiten, was wir hier diskutiert haben. Über Rückmeldungen darüber würde ich mich sehr freuen. Und ich greife gerne die Botschaft von Beate Schücking auf: »Macht damit weiter.«

Aber wir PolitikerInnen können nur durch gute fachliche Unterfütterung gute und richtige Wege gehen. Herzlichen Dank!



## Adressen der ReferentInnen

Albrecht-Engel, Ines

Ethnologin,  
Geburtsvorbereiterin,  
1. Vorsitzende GfG  
Burckhardstr. 32  
34346 Hann. Münden

Bleyer-Rex, Iris

Dipl. Soziologin  
Angestelltenkammer Bremen  
Bürgerstr. 1  
28195 Bremen

Damen, Mieke

Groepspraktijk van  
Verloskundigen  
Werfstraat 2  
9712 VN Groningen  
Niederlande

Duden, Barbara

Prof. Dr. phil. Historikerin  
Institut für Soziologie  
Universität Hannover  
Schneiderberg 50  
30167 Hannover

Felixmüller, Katharina

Journalistin  
Bebelallee 13  
22299 Hamburg

Groß, Mechthild

Hebamme, Krankenschwester,  
Dipl. Psychologin  
Uni Bremen,  
FB Pflegewissenschaften  
Postfach 330440  
28334 Bremen

Hauffe, Ulrike

Bremer Landesbeauftragte  
für Frauen, ZGF  
Knochenhauer Str. 20-25  
28195 Bremen

Hühn, Cornelia

Dipl. Psychologin  
Feministisches Frauengesund-  
heitszentrum Frankfurt  
Kasselerstr. 1a  
60486 Frankfurt

Kentenich, Heribert

Prof. Dr.  
DRK-Kliniken Westend,  
Frauenklinik  
Pulsstr. 4  
14059 Berlin

Kirchner-Asbrock, Ebba

Dipl. Soz., Päd. Beraterin  
Cara Beratungsstelle zur  
vorgeburtlichen Diagnostik e.V.  
Große Johannisstr. 110  
28199 Bremen

Kurmann, Margaretha

Dipl. Theologin, Beraterin  
Cara Beratungsstelle zur  
vorgeburtlichen Diagnostik e.V.  
Große Johannisstr. 110  
28199 Bremen

Mergeay, Colette

Dipl. Psychologin  
ZKH Bremen Nord, Frauenklinik  
Hammersbecker Str. 228  
28755 Bremen

Nadig, Maya

Prof. Dr. Ethnologin  
Europäische Ethnologie  
Universität Bremen  
Bibliothekstr. 1  
28359 Bremen

Staschek, Barbara

Dipl. Pädagogin, Hebamme,  
Supervisorin  
Gehrenrode 5  
37581 Bad Gandersheim

Nagel, Karl

Handelskrankenkasse Bremen  
Martinistr. 26  
28185 Bremen

Wallheinke, Anne

Hebamme  
Hebammen Praxis Bremen  
Parkallee 25  
28209 Bremen

Oechsle, Mechtild

Prof. Dr.,  
Sozialwissenschaftlerin  
Universität Bielefeld  
33615 Bielefeld

Rockel-Loenhoff, Anna

Prakt. Ärztin, Hebamme,  
1. Vorsitzende des BfHD e.V.  
Birkenweg 11  
59425 Unna

Schindele, Eva

Dr., Autorin,  
Sozialwissenschaftlerin  
Elsasser Str. 27  
28211 Bremen

Schücking, Beate

Prof. Dr. med.  
Ärztin, Psychotherapeutin  
Universität Osnabrück,  
A6 Gesundheitswissenschaften  
Postfach 44 69  
49069 Osnabrück

## Adressen der am Kongreß beteiligten regionalen Einrichtungen

### Angestelltenkammer Bremen

Bürgerstr.1  
28195 Bremen

### cara e.V.

Beratungsstelle zur  
vorgeburtlichen Diagnostik  
Große Johannisstr. 110  
28199 Bremen  
Tel 0421/591154  
Fax 0421/591154

### FGZ

Frauen Gesundheits Zentrum  
in Bremen  
Verein zur Förderung der Gesund-  
heit von Frauen und Kindern e.V.  
Elsflether Str. 29  
28219 Bremen  
Tel 0421/3809747

### Hebammen Praxis Bremen

Parkallee 25  
28209 Bremen

### Pro Familia Bremen

Stader Str. 35  
28205 Bremen

### ZGF

Bremische Zentralstelle für  
die Verwirklichung der  
Gleichberechtigung der Frau  
Knochenhauerstr. 20-25  
28195 Bremen

## Adressen der am Kongreß beteiligten überregionalen Einrichtungen

### AKF

Arbeitskreis Frauengesundheit  
in der Medizin, Psychotherapie  
und Gesellschaft e.V.  
Hindenburgstr. 1 a  
32257 Bünde  
Tel 05223/188320  
Fax 05223/17046

### BDH

Bund Deutscher Hebammen  
Postfach 1724  
76006 Karlsruhe  
Tel 0721/981890

### BfHD

Bund freiberuflicher Hebammen  
Deutschland  
Geschäftsstelle: Clea Nuß-Troles  
Am alten Nordkanal 9  
41748 Viersen  
Tel 02162/352149  
Fax 02162/352149

### DGPGG

Deutsche Gesellschaft für  
psychosomatische Gynäkologie  
und Geburtshilfe e.V.  
Präsident: Prof. Dr. med.  
Heribert Kentenich  
DRK Frauen- und Kinderklinik  
Pulsstr. 4  
14059 Berlin

### Frauengesundheitszentren

Dachverband  
Goethe Allee 9  
37073 Göttingen  
Tel 0551/484530

### GfG

Gesellschaft für Geburtsvor-  
bereitung Bundesverband e.V.  
Postfach 220106  
40608 Düsseldorf  
Tel 0211/252607  
Fax 0211 /202919

### Netzwerk

gegen Selektion durch Pränatal-  
diagnostik über: Bundesverband  
für Körper- und Mehrfachbehin-  
derte  
Brehmstr. 5-7  
40239 Düsseldorf  
Tel 0211 / 6 40 04 - 0  
Fax 0211 / 6 40 04 - 20

### Netzwerk

zur Förderung der Idee der  
Geburtshäuser in Europa e.V.  
c/o Catherine Korset  
Fröhnerstr. 22 a  
13595 Berlin

### Pro Familia

Deutsche Gesellschaft für Familien-  
planung, Sexualpädagogik  
und Sexualberatung e.V.  
Stresemannallee 3  
60596 Frankfurt  
Tel 069/639002  
Fax 069/639852

