GENDER OPEN REPOSITORIUM

Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt. Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen

Seehaus, Rhea

2015

https://doi.org/10.25595/3848

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Seehaus, Rhea: *Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt. Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen*, in: FZG (FZG – Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien), Jg. 21 (2015) Nr: 2, 51–67. DOI: https://doi.org/10.25595/3848.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/fzg.v21i2.20936

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien 21/2: 51-67

Rhea Seehaus

Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt

Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen

Zusammenfassung: Schwangerschaft und Geburt werden zunehmend zu Ereignissen, die werdenden Eltern ein großes Maß an Informationsarbeit abverlangen. Sie müssen sich eine differenzierte Expertise zu Geburtsorten und -arten aneignen, Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungstechniken treffen sowie sich auf den Ablauf der Geburt vorbereiten. Schwangerschaft und Geburt sind damit als persönliches Projekt gerahmt. Auf Grundlage ethnografischer Beobachtungen in Informations- und Bildungsveranstaltungen kann jedoch konstatiert werden, dass es hauptsächlich die Schwangere – und weniger ihr Partner – ist, die in diesem Sinne als ‚unternehmerisches Selbst' adressiert wird, welches das Projektmanagement übernehmen muss. Der Beitrag fragt aus praxeologischer Perspektive danach, welche konkreten Adressierungen die Schwangeren in den Natalitätsinstitutionen erfahren, welche Subjektpositionen ihnen angeboten werden und welche Formen der Responsibilisierung damit einhergehen.

Schlagwörter: Schwangerschaft; Geburt; unternehmerisches Selbst; ethnografische Elternschaftsforschung; Praxisanalyse.

Pregnancy and Birth as an Individual Project

How Institutions Address Pregnant Women in Information and Educational Events

Abstract: Increasingly, pregnancy and birth are becoming events for which the parents-to-be have to gather a lot of information: They have to acquire a wide expertise about birth locations and birth options, make decisions about medical treatment and prepare themselves for the birth. According to that, pregnancy and birth are framed as an individual project. But this paper, based on ethnographic observation in information and educational events, shows that it is mostly the pregnant woman herself, and not her partner, who is addressed as the 'entrepreneurial self' responsible for the project management. Adopting a praxeological perspective, this paper asks in what ways pregnant women are addressed by the institutions, which subject-positions the institutions offer them and which forms of responsibility go along with this.

Keywords: Pregnancy; birth; entrepreneurial self; ethnographic parenthood research; analysis of practice.

Einleitung: Geburt als Projekt der Schwangeren (und ihrer Partner)

Schwangerschaft und Geburt sind zunehmend in medizinische Risikodiskurse eingebettet und zugleich umfassend durch vielfältige Kontroll- und Dienstleistungen (vgl. Sänger et al. 2013) sowie Aufklärungs- und Übungsprogramme

© 2015 Budrich Unipress. 10.3224/fzg.v21i2

(vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011) normativ gerahmt. Werdende Eltern müssen verschiedene Geburts- und Vorbereitungsoptionen prüfen, Entscheidungen treffen und überdenken, sich über Geburtsrituale kundig machen, potentielle Geburtsorte besuchen und auf Passung überprüfen sowie die gewünschte Geburtsbegleitung finden. Ratgeber müssen gekauft und gelesen, Geburtstechniken bzw. Schmerzerleichterungstechniken eingeübt werden. Die Eltern werden dabei vielfach zu ExpertInnen (vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011: 91): Sie müssen medizinische Vorgänge, mögliche Behandlungs- und Diagnosetechniken und weitere Serviceleistungen verstehen und bewerten können. Geburt wird damit zu einem Ereignis, dessen genaue und gründliche Planung erwartet wird. Villa, Moebius und Thiessen (2011: 12) beschreiben die Geburt in diesem Sinne als ein weiteres Projekt im Leben des ‚unternehmerischen Selbst', das es zu managen gilt (ebd.: 12). Diesen Gedankengang möchte ich im Folgenden anhand der Analyse von Beobachtungsprotokollen eines ethnografischen Projektes zur pränatalen Elternschaft[1] aufgreifen und weiterführen. In der sozialwissenschaftlichen Forschung haben Studien zu Schwangerschaft und Geburt seit einiger Zeit Konjunktur (u.a. Hirschauer et al. 2014; Mozygemba 2011; Mozygemba 2013; Nowicka/Tolasch 2014; Villa/Moebius/Thiessen 2011; Wulf/Hänsch/Brumlik 2008; Wulf et al. 2008). In ebenfalls ethnografischer Weise haben sich insbesondere zwei Studien mit diesem Thema beschäftigt. Hirschauer, Heimerl, Hoffmann und Hofmann (2014) untersuchen in ihrer Studie zur Soziologie der Schwangerschaft auf der Basis von Interviewdaten, wie Schwangerschaft zum sozialen Ereignis wird. Während sie sehr ausführlich unter anderem darauf eingehen, wie die Schwangerschaft als kommunikative Tatsache hervorgebracht wird und welche unterschiedlichen Personengruppen wie z.B. „Ko-Schwangere" (Hirschauer et al. 2014: 270) daran beteiligt sind oder wie und mit welchen Hilfsmitteln das Ungeborene als „Inwärtiger" (ebd.: 278) inszeniert und konstituiert wird, ist die Geburt als Transitionsschwelle zwischen Schwangerschaft und Eltern-Sein sowie zugehörige Vorbereitungskontexte kein explizites Thema der Studie. Die letzte Schwangerschaftsphase wird stärker anhand von Praktiken wie „Namensgebung" und „Nestbau" (ebd.: 263) beschrieben.

Schadler untersucht in ihrer „posthumanistischen Ethnographie der Schwangerschaft" (2013), ebenfalls auf Grundlage von Interviewdaten, wie die Schwangerschaft als Ergebnis diverser Praktiken gefasst werden kann, an denen verschiedene menschliche und nicht menschliche Akteure partizipieren. Den Komplex der Geburtsvorbereitung greift sie in ihrer Studie in einem kurzen Unterkapitel auf und beschreibt die Teilnahme der werdenden Eltern an Infoabenden und Bildungsveranstaltungen wie Geburtsvorbereitungskursen sowie die darin angesprochenen Themen (vgl. ebd: 252f.). Außen vor bleiben jedoch die während der Schwangerschaft stattfindenden institutionellen Anrufungen, die in solchen Informations- und Bildungsveranstaltungen an Schwangere gerichtet werden.

Dies zum Ausgangspunkt nehmend, richtet sich der folgende ethnografisch angelegte Beitrag[2] auf die Phase der Schwangerschaft, die kurz vor Geburt stattfindet, und greift die institutionellen Adressierungen und die damit einhergehenden Verpflichtungen auf, die Schwangere in speziellen Kontexten der

Natalität erfahren. Empirisch lassen sie sich auf Grundlage von Beobachtungsprotokollen und den darin rekonstruierten Praktiken beschreiben.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Schwangeren

Geburtshilfe und -geschehen haben in den letzten fünfzig Jahren tiefgreifende institutionelle Veränderungen erfahren. Diese stehen in engem Zusammenhang mit dem allgemeinen Paradigmenwechsel, den das Gesundheitswesen vollzogen hat und der insbesondere anhand der Umgestaltung der ÄrztIn-PatientIn-Beziehung zu beobachten ist. Diese war bis Mitte des 20. Jahrhunderts vom so genannten „benevolenten Paternalismus" (Dierks/Siebeneick/Röseler 2001: 7) geprägt: PatientInnen galten als passive Kranke, denen Entscheidungen abgenommen wurden und die ärztliche Interventionen erdulden mussten. Diese mit dem ärztlichen Wissensvorsprung begründete Hierarchie wird nun zunehmend durch das Paradigma der PatientInnen-Autonomie[3] abgelöst (vgl. Keller 2008: 21). PatientenInnen werden verstärkt als NutzerInnen und damit auch als (wählerische) KundInnen eines wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems entworfen (vgl. Dierks/Siebeneick/Röseler 2001: 14). Dies lässt sich auch für den geburtsmedizinischen Bereich feststellen. Schwangere gelten in der Geburtshilfe (unter anderem) als Konsumentinnen mit hoher Erwartungshaltung, um die es zu werben gilt und die von den Qualitäten der jeweiligen Entbindungseinrichtung zu überzeugen sind (vgl. Tuschy et al. 2012: 251): So versuchen sich die Einrichtungen auf dem konkurrenzstarken ‚Markt der Geburtshilfe' mit ihrer besonderen Gebäratmosphäre, ihrer exklusiven, an den Bedürfnissen der Schwangeren orientierten Ausstattung, den verfügbaren Gebärmöbeln, der Mitbetreuung des Vaters etc. als attraktiver Entbindungsort zu profilieren – wie sich in der Regel sowohl an den Homepageauftritten als auch bei den Informationsveranstaltungen erkennen lässt.

Erste Wurzeln dieser weiblichen Autonomie im Gebärprozess gehen bereits auf die Frauengesundheitsbewegung zurück (vgl. Mozygemba 2011: 110). Frauen wehrten sich gegen das „paternalistische System der Medizin" (ebd.) und gründeten Gesundheitsangebote, die das Ziel hatten, auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichtet zu sein und ihnen ihre körperliche Selbstbestimmung zurückzugeben (vgl. Dackweiler 2010: 151). Barbara Duden (2010: 602) beschreibt, wie die Frauengesundheitsbewegung damit zugleich für Frauen die Weichen als zukünftige Konsumentinnen des expandierenden Gesundheitsmarktes stellte: Frauen konnten und sollten sich selbstbestimmt für die Art der medizinischen Behandlungspraxis entscheiden. Es war dies ein Prozess, der die Entwicklung von unmündigen Patientinnen zu selbstbestimmten Kundinnen beförderte (vgl. Villa/Moebius/Thiessen 2011: 14) nicht nur ein höheres Maß an Eigenverantwortung und Partizipation zugestanden, sondern dies auch in erhöhtem Umfang von ihnen erwartet wird. Selbstbestimmung wird als Recht *und* Pflicht zugleich deklariert und damit letztendlich als Selbstverantwortung definiert. Dieser neoliberale Umbau des Gesundheitssystems brachte eine zunehmende Individualisierung mit sich:

> Da die Wahl der Handlungsoptionen innerhalb der neoliberalen Rationalität als Ausdruck eines freien Willens auf der Basis seiner selbstbestimmten Entscheidung erscheint, sind die Folgen des Handelns dem Subjekt allein zuzurechnen und von ihm selbst zu verantworten. Diese Strategie kann in verschiedenen Risikofeldern eingesetzt werden und führt dazu, dass gesellschaftliche Verantwortungsbereiche zu einer Angelegenheit individueller Vorsorge geraten (Lemke 2000: 38).

Dem zugrunde liegt die Konstruktion eines verantwortlichen, autonomen Subjektes, das die Folgen des eigenen Handelns trägt und – in Bezug auf die Gebärenden – „das Geburtsgeschehen selbst individuell bestimmen soll" (Rose 2010: 212). Für Schwangere bedeutet in diesem Sinne die Rückeroberung des Körpers, dass ihnen zwar Selbstverfügung in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt zugestanden, gleichzeitig jedoch auch erwartet wird, dass sie sich vorbereiten und ihren Körper optimieren, um erfolgreich zu entbinden. Die in diesem Sinne an die Schwangeren gerichtete Botschaft lautet: „Es gibt nicht nur Wahlmöglichkeiten, sondern auch eine Verantwortung" (Rose 2010: 212). Diese gelte es „aktiv wahrzunehmen und sich nicht tatenlos den vorgegebenen klinischen Prozeduren zu überlassen" (ebd.).

Methode und heuristisches Konzept

Der Beitrag bezieht sich auf Ergebnisse des ethnografischen Projekts „Statuspassage Elternschaft. Zur Herstellung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten in den pränatalen Praxen von Müttern und Vätern", welches 2013-2014 an der Frankfurt University of Applied Sciences durchgeführt wurde. In diesem wurden teilnehmende Beobachtungen[4] bei insgesamt 23 Informationsabenden von Geburtseinrichtungen, zehn Geburtsvorbereitungs-, sieben Stillvorbereitungs-, zwei Säuglingspflegekursen, zehn Besuche in Babyausstattungsgeschäften sowie in einem Geburtsvorbereitungskurs für Männer durchgeführt. Kurse und Infoabende fanden in drei Großstädten und angrenzenden Stadtteilen statt. Die Infoabende wurden in vier Krankenhäusern mit einer gynäkologischen Abteilung, einem Universitätsklinikum und einem Geburtshaus durchgeführt. Die Geburtsvorbereitungskurse fanden sowohl in einem Geburtshaus als auch einer Familienbildungsstätte statt, die Stillvorbereitungskurse in den Krankenhäusern und die Säuglingspflegekurse in der Familienbildungsstätte. Diese (semi-)öffentlichen Räume, in denen Elternschaft stattfindet, können, so unsere Annahme, als soziale Arenen verstanden werden, in denen Eltern-, Mutter- und Vaterschaft praktisch formiert werden. Um die sozialkonstruktivistischen Wirkungen des praktischen Tuns der Akteure in den Settings in den Blick zu nehmen, wurde ein ethnografisch-praxeologischer Forschungszugang gewählt. Der Gegenstand der Untersuchung wurde damit durch die „sozialen Praktiken" (Breidenstein et al. 2013: 32) gebildet. Dieser Gegenstand ist, im Gegensatz beispielsweise zu lebensgeschichtlichen Ereignissen, nicht „im Kopf" (ebd. 40) verortet, sondern in den „*situierten öffentlichen* Ausdrucksformen kultureller Ereignisse und Situationen" (ebd. 40, Hervorh. i. Org.). Erfasst werden sollten

jene sozialen Formierungs- und Normalisierungsprozesse, die in Praxisroutinen eingelagert sind und von dort aus ihre Wirkungen entfalten.

Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996) in einer mehrphasigen Verschränkung aus Datenerhebung und Datenauswertung. Denn als ein Charakteristikum der ethnografischen Vorgehensweise lässt sich ihre anfängliche Offenheit sowie die Feld- und Gegenstandsanpassung verstehen. „Sinnvolle Beobachtungseinheiten, Informantenauswahl und Datentypen" (Breidenstein et al. 2013: 50) können nicht alle vorab geplant werden, sondern müssen „in Anpassung an die Eigenschaften des Feldes" (ebd.) erst herausgefunden werden. Nach einer ersten explorativen ethnografischen Feldphase in der die Infoabende der Krankenhäuser und des Geburtshauses sowie ein Geburtsvorbereitungskurs begleitet wurden, erfolgte die inhaltliche Kategorisierung der ethnografischen Beobachtungsprotokolle zur Entwicklung von Forschungsthesen aber auch weiterführenden Fragestellungen (vgl. ebd. 125). Daran schloss sich eine zweite fokussierte Feldphase zur Überprüfung und Weiterentwicklung dieser Thesen und Beantwortung der neuen Fragen an. Im Rahmen dieser zweiten Phase wurden weitere Informationsabende und Geburtsvorbereitungskurse mit speziellen Foki beobachtet und der Feldzuschnitt um die Beobachtungen in den Babyausstattungsmärkten, den Säuglingspflegekursen und Stillvorbereitungskursen sowie um den Geburtsvorbereitungskurs für Männer erweitert.

Für den vorliegenden Beitrag wurden die Beobachtungen in Geburtsvorbereitungskurse und bei Infoveranstaltungen einbezogen. Anhand der Beobachtungen lässt sich für diese Kontexte konstatieren, dass es in erster Linie die Schwangeren (und nicht das Elternpaar) sind, die als jeweils zuständiges ‚unternehmerisches Selbst' angesprochen werden, um das notwendige Projektmanagement zu leisten. Deshalb werden auch in diesem Beitrag die Väter allenfalls als unterstützende Nebenakteure angesprochen. Um sich den Adressierungen der Schwangeren in diesen Kontexten anzunähern, wird im Folgenden Althussers Konzept der ‚Anrufung' (vgl. Althusser 1977) aufgegriffen. Die in diesem Kontext entstehenden Adressierungen sind zu verstehen als „soziale Zuschreibungen, die die Aufforderungen zu bestimmten Verhaltens- und (Be-)Handlungsweisen vermitteln" (Ott/Wrana 2014: 19). Sie werden beispielsweise durch institutionalisierte Settings vollzogen oder sind diskursiv in gesellschaftlichen Institutionen, politischen Programmen und sozialen Konstellationen enthalten (vgl. Ott/Wrana 2014: 19). Diese dabei angerufenen Subjektpositionen sind vielfältig und oftmals widersprüchlich. Konstitutiv für das ‚Funktionieren' der Anrufung ist die Adressierung *und* die Beantwortung dieser.

Da sich der Beitrag ausschließlich auf die Informationsabende und die Geburtsvorbereitungskurse bezieht, werden diese beiden Felder im Folgenden kurz vorgestellt. Informationsabende zur Geburt sind in unserem Sample monatliche Abendveranstaltungen von Hebammen und/oder ÄrztInnen. In der Regel umfasst das Publikum bei den Infoabenden 50 bis 100 Personen. Eine Ausnahme bildet das Geburtshaus, dort nahmen zwischen 10 und 20 Personen teil. Die Veranstaltungen sollen Eltern die Möglichkeit geben, sich Informationen über die Einrichtung, Geburtsmöglichkeiten und -personal, Anmeldeprozeduren etc.

zu verschaffen. Sie bestehen aus einem allgemeinen Vortrag, der Möglichkeit für die Eltern Fragen zu stellen, einer Führung durch die Kreißsäle/Geburtszimmer und – falls vorhanden – durch die Wochenstation.

Die beobachteten Geburtsvorbereitungskurse richten sich vornehmlich an Paare und dienen der Kompetenzvermittlung für die Geburt bzw. für die unmittelbare Zeit nach der Geburt. An den Vorbereitungskursen nahmen zwischen 10 und 20 Personen teil. Diese Kurse sind eine lockere Mischung zwischen Theorievermittlung, praktischen Übungen und Fragen der Teilnehmenden und werden von Hebammen, Krankenschwestern, PädagogInnen etc. geleitet.

Abschließend sei noch auf die methodische Schwierigkeit verwiesen, die die ethnografische Erforschung der Adressierungen von Schwangeren mit sich bringt. Das stark monologische Setting lässt hauptsächlich die institutionellen Adressierungen sichtbar werden. Aufgrund der Publikumsrolle der Schwangeren gelingt es demnach vielfach kaum, den zweiten, „antwortenden Akt" (vgl. Wrana/Ott 2014: 30) in den Blick zu bekommen. Dies gilt auch für die Geburtsvorbereitungskurse, auch wenn diese weniger monologisch geprägt sind. Der Fokus wird demnach im Folgenden auf den institutionellen Adressierungen liegen, auch wenn damit letztendlich ausgespart bleiben muss, inwiefern Schwangere versuchen, die zugerufenen Subjektpositionen tatsächlich auszufüllen, zu modifizieren oder abzuwehren.

Empirische Untersuchung institutioneller Adressierungen Schwangerer

Anhand exemplarischer Auszüge aus ethnografischen Beobachtungsprotokollen werden vier verschiedene Varianten gezeigt, wie Schwangere in institutionellen Settings adressiert werden. Im Zentrum steht dabei immer wieder die Anrufung als eigenverantwortliche, selbstbestimmte Schwangere. Beachtung finden jedoch auch die gleichzeitig durchscheinenden Negativfolien von nicht erwünschten Subjektivitäten.

Den Körper zum richtigen Zeitpunkt bearbeiten und vorbereiten

Schwangere werden in den Institutionen immer wieder zur Bearbeitung ihres Körpers aufgefordert. Es gilt, den Körper beweglich und flexibel zu halten und optimal vorzubereiten, was sich in bestimmten sportlichen Übungen, Ernährungstipps und Atemtechniken zeigt. Solche Hinweise werden insbesondere in den Geburtsvorbereitungskursen sichtbar. Schwangere werden beispielsweise angehalten, sich breitbeinig hinzusetzen, um den Leistenbereich geburtsfördernd zu dehnen. Oder sie bekommen für die letzten vier Schwangerschaftswochen einen speziellen Akupunkturplan vorgeschlagen und den Tipp, zeitgleich anzufangen in ansteigenden Mengendosierungen Himbeerblättertee zu konsumieren. Beides gilt als probates (Hebammen-)Mittel, um die Geburt schneller voranzutreiben. Darüber hinaus sollten dammvorbereitende Sitzbäder gemacht sowie Atemtechniken erlernt und mit dem Partner eingeübt werden. Begründet

werden diese Empfehlungen zur Arbeit am eigenen Körper mit der potentiellen Aussicht auf eine schnellere und schmerzarme Geburt.

Im Folgenden soll dies anhand einer Szene zu einer speziellen Schwangerschaftsdiät ausgeführt werden. Diese Diät wird bei den Informationsabenden eines Krankenhauses vorgestellt – der vortragende Arzt empfiehlt sie sehr dezidiert – und wird in der folgenden Szene auch in einem Geburtsvorbereitungskurses zum Thema:

> *Als die Hebamme über Geburtserleichterungen spricht, bittet sie mich plötzlich von der Empfehlung des Großkrankenhauses zu berichten, da ich das ja „durchexerziert" hätte.*[5] *Ich bin etwas überrumpelt, aber alle Augen sind bereits auf mich gerichtet. Also erkläre ich kurz den Zusammenhang zwischen einem hohen Blutzuckerspiegel und der verminderten Ausbildung von Prostaglandinrezeptoren im Gebärmutterhals (Im Nachhinein bin ich mir gar nicht mehr sicher, ob ich das korrekt dargestellt habe, aber die Hebamme korrigiert mich nicht). Ich beschreibe die Empfehlung des Großkrankenhauses, deshalb die letzten Wochen vor der Geburt kein Weißmehl und keinen Zucker zu essen. Ich blicke in einige erstaunte, teilweise auch fassungslose Gesichter. Da ich merke, was das in der ein oder anderen auslösen könnte (zumal mir am Vortag bereits der Süßigkeitenkonsum der Schwangeren aufgefallen war), sage ich noch, dass ich natürlich nicht wüsste, ob es wirklich helfen würde und man sicher selbst entscheiden müsse, ob einem das gut tue. Aber die Hebamme erklärt, dass sie auch den Eindruck gehabt hätte, dass eine Geburt schneller verlaufen würde. Sie selbst würde es auf jeden Fall machen. Was man hätte, das hätte man, schaden würde es sicher nicht. […kurze Zeit später…] Christoph beugt sich vor und angelt sich eine Süßigkeit aus dem Kreis. Er bietet sie Meike an. Sie guckt ihn mit einem wehleidigen Blick an und schüttelt langsam dem Kopf. Ich frage mich, ob sie die Süßigkeit nun aufgrund meiner Ausführungen nicht isst, denn gestern aß sie durchaus von den angebotenen Süßigkeiten. (Geburtsvorbereitungskurs Geburtshaus)*

In beiden Veranstaltungsformaten, dem Informationsabend und dem Geburtsvorbereitungskurs, zeigen sich institutionelle Praktiken, die als „Arbeitsappell[e]" (Bröckling 2002: 177) an die Schwangeren verstanden werden können. Sie sind aufgefordert, ein bestimmtes Maß an „Arbeit an sich" (Rieger 2002: 79) selbst zu leisten. Dies führe, so die implizite Verheißung, zu einer ‚besseren' Geburt, womit je nach Kontext eine schnellere, schmerzärmere, ungestörtere oder verletzungsärmere Geburt gemeint ist. Das Versprechen mit einer bestimmten Diät leichter zu gebären, reicht aus, um – textimmanent und ohne Worte – die Strafe, die bei einer Nicht-Einhaltung folgt, als ‚Drohung' mitlaufen zu lassen. Beides zusammen stellt weniger eine rigide Anweisung als vielmehr eine Responsibilisierung der Schwangeren dar, die sie zur zentralen Verantwortlichen des Geburtsgeschehens erklärt und auf deren Selbstaktivierung zielt. Dieser Konstruktion können sich die so Adressierten vermutlich kaum entziehen, gerade weil die damit einhergehenden Verheißungen so enorm sind. In dem Moment, in dem die Idee der geburtserleichternden Wirkung einer speziellen Ernährung im Raum steht, können das Gehörte kaum ignoriert und die benannten Lebensmit-

tel vermutlich nicht gedankenlos weiter verzehrt werden. Stattdessen wird die Schwangere vor eine persönliche Entscheidung im Hinblick auf ihre Ernährung gestellt: Hält sie das Ganze für Unsinn und gewichtet sie ihren Appetit höher als die anstehende Geburt oder unterwirft sie sich der Nahrungsaskese? – egal wie sie sich entscheidet, der spätere Geburtsverlauf wird damit auch vor dem Hintergrund der getroffenen Entscheidung kritisch reflektiert werden. In den institutionellen Settings entsteht so für die Schwangere eine doppelte Botschaft: ‚Wenn du genau zuhörst und das tust, was wir dir sagen, dann wirst Du rechtzeitig im Krankenhaus sein und eine bessere Geburt haben. Tust du das jedoch nicht, bist du selbst schuld, wenn die Geburt nicht so abläuft, wie du es wolltest, wenn sie sehr schmerzhaft ist oder lange dauert'.

Wie engmaschig das diskursive Geflecht solcher Anrufungen wirken kann, offenbart sich in der dargestellten ethnografischen Szene eindrucksvoll. Es ist hier nicht mehr der Arzt, der zu einer speziellen Diät auffordert, sondern die Ethnografin selbst, indem sie seine Tipps weitergibt. Sie verspürt zwar Unbehagen, da sie plötzlich selbst zur Verkünderin der Individualisierungsbotschaft an die Schwangeren wird, kann diese Dynamik aber letztlich nicht durchbrechen. Ihre Bemühungen, die implizite ‚Drohung' zurückzunehmen, reproduzieren – unbeabsichtigt – erneut die Responsibilisierung. Zwar betont die Ethnografin, dass jede Frau selbst entscheiden müsse, ob sie den Tipps folge, zielt damit jedoch genau auf die Aktivierung der Schwangeren. Die ‚Begleiterscheinungen' einer Geburt – Schmerz und lange Dauer – werden durch diese aktivierenden Praktiken in den individuellen Verantwortungsbereich jeder Schwangeren verlagert.

Aufforderung zur Deutung von Körperzeichen

Sowohl während der Infoabende als auch der Geburtsvorbereitungskurse zeigt sich eine spezielle körperbezogene Adressierung der Schwangeren. Sie sollen einerseits ihren Körper beobachten und spezifische, schwangerschafts- oder geburtsindizierte Merkmale erkennen, andererseits wird von ihnen eine diagnostische Kompetenz zum ‚richtigen' Interpretieren der körperlichen Zeichen erwartet, um die ‚richtigen' Maßnahmen zu ergreifen. So werden Schwangere beispielsweise angewiesen bei Blutungen immer in das Krankenhaus zu kommen, aber gleichzeitig sollen sie vorab eruieren, ob es harmlose Blutungen sind. Diese könnten zum Beispiel nach einem längeren Spaziergang auftreten. In diesem Falle würde es reichen, die Beine hochzulegen anstatt ins Krankenhaus zu fahren. Das gelte jedoch nicht, wenn das Blut frisch und hell sei. Die diagnostischen ‚Qualifizierungen', die institutionell versucht werden, bleiben dabei allerdings letztlich diffus und widersprüchlich. So gerät die Schwangere auch hier wieder in eine diffizile Situation: Sie soll die körperlichen Phänomene richtig erkennen, zugleich wird permanent vermittelt, dass die registrierten Phänomene niemals eindeutig sind. Sie kann auch Fehler machen und die Geburtshilfeinstitution unnötig, weil zu früh, beanspruchen, z.B. weil sie Blutungen nicht als harmlos identifiziert. Auch können Fehldiagnosen zu gefährlichen Verspätungen führen:

In Variationen wiederholt sich – insbesondere in einem Krankenhaus – das Narrativ von dem schon-fast-rausfallenden-Kind und den sich anschließenden unwürdigen Gebärsituationen, was nicht nur eindrücklich macht, was passiert, wenn die Schwangere Geburtszeichen nicht erkennt, sondern textimmanent auch mitteilt, dass die Geburtsklinik solche Geburtsverläufe nicht wünscht. Eine exponierte Rolle spielt bei diesen diagnostischen Wissensvermittlungen das Ereignis des Blasensprungs.

> *Man solle auch kommen, wenn mehr als „ein Teelöffel" Fruchtwasser abgehe. Das sei ja auch manchmal mit der Blase etwas schwierig mit dem dicken Bauch, aber es sei schon mehr Flüssigkeit. Die Ärztin wird sehr energisch: „Tragen Sie etwas helles, unabhängig der jeweiligen Mode, und bringen Sie das mit". Wegen der vermehrten Sekretion würden die meisten Frauen ja sowieso schon Slipeinlagen benutzen, man solle das „Höschen oder die Slipeinlage" mitbringen, denn viele würden sich nach so etwas umziehen und „wir haben dann eine trockene Frau und können den Blasensprung nicht mehr nachweisen". Sie spricht das mit ernster Miene, es scheint wichtig, sie betont es später noch einmal. (Informationsabend Krankenhaus)*

Schwierig am Blasensprung scheint, darauf verweist die Szene, diesen als solchen und damit als natal relevantes Ereignis zu identifizieren. Anhand der Menge der austretenden Flüssigkeit soll er von einer harmlosen Schwangerschaftsinkontinenz unterschieden werden. Den diagnostischen Kompetenzen der Frauen wird offenbar allerdings nicht getraut: Zwar sollen und können sie die Flüssigkeitsmenge einschätzen, jedoch nicht die Herkunft der Flüssigkeit selbst. Deshalb erhalten sie die eindrückliche Aufforderung, sich so zu kleiden, dass die Flüssigkeit von der Institution bestimmt werden könne. Während es in den Szenen meistens darum geht, die Laienkompetenz der Frauen zu betonen, wird an dieser Stelle die medizinische Expertise deutlich gestärkt: Nur die klinische Institution kann letztendlich – bei ausreichender Mithilfe der Frau – einen Blasensprung einwandfrei feststellen.

Den Frauen wird vermittelt, dass es spezifische körpergebundene Indikatoren für den Beginn der Geburt gebe, mit deren Einsetzen sie sich ins Krankenhaus begeben sollten. Doch die präzise Bestimmung dieser Indikatoren ist trotz oder vielleicht gerade wegen der damit einhergehenden Informationsfülle zu den Indikatoren kaum möglich. So erhalten die Schwangeren einen Auftrag, den sie vermutlich nicht erfolgreich erfüllen können.

Die dargestellten Vorgänge verweisen auf einen weiteren Umstand des Gebärens in der Gegenwart: Dass die Natalitätsinstitutionen den werdenden Müttern so umfangreiche Diagnosekompetenzen vermitteln, erinnert daran, dass die Schwangere offenbar keine kundigen Menschen (mehr) um sich hat, die bei der Deutung der Körperzeichen sicher helfen und erforderliche Maßnahmen veranlassen können. Die Schwangere ist vielmehr bei der Diagnoseaufgabe auf sich allein – und ihren Partner/ihre Partnerin – gestellt.

Einen Fahrplan haben und flexibel bleiben

Die Schwangere muss ihren Körper nicht nur geburtsbereit machen und richtig einschätzen, sondern sie muss auch ein Geburtskonzept planen, das alle Elemente zum gewünschten Geburtsablauf umfasst, z.B. Gebärhaltung, Gebärutensilien, Schmerzmittel, Musikuntermalung und Raumdüfte. Diese Aufgabe unterstellt als Selbstverständlichkeit eine gut informierte Schwangere, die bereits konkrete Vorstellungen über die Geburt entwickelt habe, die es dann nur noch dem Personal mitzuteilen gilt. Dabei entsteht zugleich der Eindruck, dass eine Geburt ein ganz „regelhaftes Naturereignis" (Krumbügel 2014: 74) und damit durchaus planbar sei. Mit dem Verweis auf die Expertise werden die Frauen erneut als eigenverantwortliche Subjekte adressiert.

> *Während der Kreissaalführung kommt die Hebamme auf ihre Arbeit zu sprechen. Eine gute Geburt sei eine solche, erläutert sie, bei der die Hebamme nichts machen, sondern nur dabei sein und staunen würde. Hebammen würden immer dann Angebote machen, wenn die Frauen das möchten.*

So wird zum Beispiel manchmal das Idealbild einer guten Geburt gezeichnet, in dem die Gebärende in der offensiv-gestaltenden Regieposition und die Helferin in der defensiv-abwartenden und zuschauenden Rolle beschrieben wird. Botschaft dieser Bilder ist: Die Schwangere weiß, was sie will, kann, braucht und was ihr gut tut. Sie wendet sich ausschließlich bei konkretem Bedarf an die Hebamme, ansonsten verbleibt diese im Hintergrund. Diese Subjektanrufungen der Frauen als ‚eigenverantwortliche Schwangere' gehen oftmals mit der Präsentation einer ‚Negativfolie' einher, wie auch der Fortgang der Szene zeigt.

> *Es würde auch immer welche geben, die nicht wüssten, was sie wollten. Die würden dann unter der Geburt so dastehen und Wehen veratmen: Die Hebamme klammert sich mit beiden Händen hinter ihren Rücken an den Heizkörper, fällt ins Hohlkreuz, streckt das Becken nach vorne, wirft den Kopf nach hinten und schnauft schwer. Das sei nicht gut, sagt sie, als sie die Pantomime abbricht, denn das Kind müsse ins Becken und würde so nicht ins Becken kommen. Sie schmunzelt, wirft aber auch einen intensiven Blick in die Runde der ZuhörerInnen, so als solle das allen klar werden. Sie würde dann in der Regel fragen, was die Frauen möchten. Manche würden dann jedoch sagen, dass sie das nicht wüssten. Sie imitiert eine Frau mit weinerlicher, aufgelöster Stimme. Dann würde sie fragen, ob die Frau in die Wanne wolle. Die würde dann manchmal völlig entsetzt sein, dann würde sie fragen, ob sie noch ein bisschen laufen wolle. Wenn die Frau dann sage „zu anstrengend" (wieder die weinerliche Stimme), dann sage sie der Frau, dass es nur noch zwei Möglichkeiten gäbe: Entweder im „Bett einkuscheln oder auf den Pezziball". Sie strahlt die Anwesenden an, so könne man auch nach dem Ausschlussprinzip arbeiten. (Informationsabend Krankenhaus)*

Es ist die planlose und – das zeigt sich zwischen den Zeilen – unvorbereitete Schwangere, die als negativer Gegenentwurf präsentiert wird. Mit einer solchen

passiven Haltung, so die implizite Drohung, schade die Schwangere sich selbst und dem Geburtsablauf. Nicht zu wissen, was man unter der Geburt will und nicht mit der Hebamme zu kooperieren, wird in dieser Inszenierung nicht als legitimes und normales, sondern unmissverständlich als verpöntes und unerwünschtes Verhalten dargestellt. Die Mitteilung ist eindeutig: Die Hebamme kümmere sich zwar auch in diesem Fall mit aller Kraft, aber die Schwangere gerate in die Gefahr, dass sie am Ende Dinge über sich ergehen lassen müsse, die sie nicht wolle. Die Schilderung des „Ausschlussprinzips", bei dem die ‚unkooperative' Verweigerung aller Vorschläge der Hebamme durch die Schwangere nach und nach dazu führt, dass am Ende nur noch die Wahl zwischen Bett und Pezziball bleibt, entbehrt nicht einer gewissen Strafsymbolik. Auch in anderen Szenen zeigt sich dies immer wieder: Wenn die Schwangere ohne Willen ist, gilt es, die Vorschläge der Hebamme zu befolgen, wie beispielsweise ein Bad in der Entspannungswanne auszuprobieren, auch wenn man sich das gerade nicht vorstellen kann.

In diesem Zusammenhang wird insbesondere in den Geburtsvorbereitungskursen vielfach darauf verwiesen, dass die Schwangeren unbedingt ihren Partner über ihre Vorstellungen unterrichten sollten. Denn dieser könne dann die Schwangere noch mal an ihre Wünsche erinnern – und sie gegebenenfalls auch gegenüber der Institution durchsetzen. Dem Vater wird damit die Aufgabe zugeschrieben, die in kritischen Situationen letzten Reste der Selbstbestimmung und der Schwangeren zu verteidigen und ihre Wünsche und Bedürfnisse gegenüber dem Personal zu vertreten. Allerdings werden auch der ‚eigenverantwortlichen Schwangeren' Grenzen gesetzt – dann nämlich, wenn die Geburt im medizinischen Sinne nicht problemlos verläuft. In diesen Fällen wird die Kompetenz der medizinischen Experten über die Laien-Expertise der Gebärenden gestellt. Trotz des selbst entwickelten ‚roten Fadens' des Geburtsgeschehens müssten die Schwangeren dann möglicherweise Entscheidungsvorgaben – wie die Wahl zwischen Bett oder Pezziball – akzeptieren. Die Aufforderung an die Schwangere in diesen Szenen lautet, dass sie zwar genau planen, aber gleichzeitig flexibel und offen für den Verlauf sein müsse – und sich im Zweifelsfall auch durch die Geburt führen und fremdbestimmen lassen müsse.

‚Selbstbestimmt' die Geburtsposition wählen

Ein Thema vieler Beobachtungsprotokolle ist das der Gebärposition. Die Institutionen halten diese offenbar für äußerst thematisierungswürdig. Während insbesondere in den Medien Bilder der auf dem Rücken liegenden Gebärenden dominieren, zeigt sich dies in den Natalitätsinstitutionen in anderer Weise. Frauen werden häufig aufgefordert, die Gebärposition einzunehmen, in der sie gut gebären können, und es werden zugleich Tipps für die beste Position gegeben. Generell fehlt in diesen Szenen selten der Verweis, dass die Rückenlage mittlerweile als ungeeignete Gebärpositionen angesehen wird. Eine Hebamme beschreibt sie beispielsweise sehr drastisch als die „schrecklichste, beschissenste, schlechteste Geburtsposition nach dem Kopfstand". Während vielfach dazu

aufgerufen wird, dass Frauen sich aktiv gegen das Gebären in der Rückenlage wehren müssten, wenn – unkundiges – Personal sie z.B. in diese Position bringen will, wird auch manchmal das Beispiel von Frauen präsentiert, die von sich aus in der Rückenlage gebären wollen.

> *Die Hebamme erzählt, dass es auch vorkomme, dass Frauen ‚klassisch' auf dem Rücken liegen wollen zur Entbindung. „Hallo Herr Gynäkologe! Entbinden Sie mich!" sagt sie in einem ironischen Ton. Sie hebt die ausgestreckten Arme im 90°-Winkel vor sich, führt die Ellenbogen aneinander und spreizt die Arme als handele es sich um die Beine. Hinter mir gibt es wieder Gelächter. (Informationsabend Krankenhaus)*

Indem der Wunsch nach der Rückenlage für die Austreibungsphase gekoppelt wird mit der lächerlichen Figur einer Gebärenden, die nicht selbst etwas für die Geburt tun, sondern sich vom Arzt ‚bedienen' lassen will, wird die Rückenlagen-Entbindung zum Inbegriff des verwerflichen Entbindens. Auch ohne dies explizit zu formulieren, wird dem Publikum deutlich, dass die Geburtshilfeinstitution von der Gebärenden anderes erwarte.

Als Alternativen zur Rückenlage werden Geburtspositionen wie die „tiefe Hocke" oder der Vierfüßlerstand empfohlen und vor allem der Wechsel zwischen diesen Haltungen, je nach Geburtsphase und -fortgang. Zusätzlich wird den Schwangeren auch eine Vielzahl an vorhandenem Gebärmobiliar vorgestellt (Gebärseil, -hocker, -bett und -wanne) und diese mehr oder weniger stark beworben. Es entsteht der Eindruck, dass diese verschiedenen Utensilien mittlerweile zur Standardausstattung der Kreißsäle gehören.

Die Szenen verweisen zum einen auf die Pluralität der Gebärpositionen und zum anderen auf den Zwang zur Wahl und zum Ausprobieren. Dies lässt sich, nach Tew (2007: 266), als relativ neue Entwicklung verzeichnen, denn noch bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts war es üblich, dass Frauen in der so genannten „Steinschnittlage" (Tew 2007: 278) entbanden, bei der sie auf dem Rücken lagen, die Knie anwinkelten und die Unterschenkel auf Stützen lagerten. Erst in den 1980er Jahren, nach vielfältigen Protesten von Frauengruppen, kam es zu einer graduellen Auflockerung, so dass Frauen auch in halbsitzenden Positionen entbinden durften. Allmählich verbreiteten sich auch andere Gebärhaltungen[6] und in den Entbindungsinstitutionen wurde zunehmend passendes Gebärmobiliar zur Verfügung gestellt.

Diese Vielfalt weist der Schwangeren darüber hinaus jedoch zugleich eine weitere Aufgabe zu: Sie soll sich mit den unterschiedlichen Möglichkeiten auseinandersetzen und für sich entscheiden, welche Körperhaltung sie bevorzugt. Sie muss dadurch Eigenverantwortung übernehmen und wissen, was ihr und dem Geburtsverlauf gut tut. Zugleich darf sie sich nicht einfach auf den Rücken legen, will sie nicht als unselbständige Gebärende gelten. Die Subjektposition, die mit der Rückenlage einhergeht, wird im gesamten Material abgewertet. Betrachtet man jedoch die materiale Ausstattung der Kreißsäle, führt dies letztendlich zu einer paradoxen Anrufung. Alle Kreißsäle sind immer mit einem Gebärbett ausgestattet, das vielfach den Mittelpunkt des Raumes bildet,

während anderes Gebärmobiliar nicht zwangsläufig in den Räumen vorhanden ist. Dies kann als materiale Normalisierung des Gebärverhaltens verstanden werden, denn Hocker oder anderes Zubehör müssen – auf Wunsch der Schwangeren – aus Schränken oder anderen Zimmern geholt werden, wenn diese nicht gerade von anderen Gebärenden belegt sind. Das Bett muss dann als wirkmächtige Instanz verstanden werden, das die verpönte Rückenlage – entgegen allen institutionellen Verlautbarungen – praktisch fördert oder geradewegs erzwingt. Doch trotz dieser Prominenz des Bettes (und damit implizit auch der Rückenlage als offenbar institutionell favorisierte Geburtshaltung) wird in den Entbindungsinstitutionen immer wieder darauf verwiesen, dass dies nicht die beste Geburtshaltung/das beste Gebärutensil sei. Lediglich in einem Krankenhaus eröffnet die Krankenschwester bei der Kreißsaalführung, dass „90%" der Frauen im Kreißbett entbinden würde. In anderen Kulturen seien auch andere Entbindungshaltungen normal, aber „wir" seien das nicht gewohnt, deshalb würden die Frauen hier „in der Regel" im Kreißbett entbinden.

Fazit

Der Beitrag zeichnete anhand ethnografischer Protokolle die Adressierungen Schwangerer in Natalitätsinstitutionen am Beispiel von Bildungs- und Informationsveranstaltungen nach. Es zeigt sich, dass in diesen Institutionen eine massive „Individualisierung des Geburtsgeschehens" (Rose 2010: 213) stattfindet. Rose fasst diesen Umschwung in der Geburtsmedizin folgendermaßen zusammen: „Während sie [die Schwangere, d. A.] in der medikalisierten Geburtshilfe ein Objekt fremder, über sie verfügender, feindseliger Instanzen war, wird sie jetzt mit Nachdruck als zentrales Subjekt der Geburt eingesetzt und angerufen" (Rose 2010: 210). Inhärent ist diesen Adressierungen zugleich eine „Machbarkeitsidee" (Krumbügel 2014: 13): Vor dem als selbstbestimmt entworfenen Schwangerensubjekt werden verschiedene Veränderungs- und Optimierungsmöglichkeiten ausgebreitet, die eine schmerzarme, kürzere und insgesamt ‚bessere' Geburt verheißen – wenn es ihnen denn folgt. Das Leitbild der dabei stattfindenden Subjektivierungsprozesse lässt sich als „das unternehmerische Selbst" (Bröckling 2002: 178) identifizieren, in dessen Figur sich verschiedene „gegenwärtige Subjektivierungsprogramme" (ebd.) verdichten, deren Ziel es ist, die gesamte „Lebensführung auf unternehmerisches Handeln" (ebd. 179) auszurichten. Die Schwangeren sind aufgefordert, ihren Körper optimal auf die Geburt vorzubereiten, diagnostische Körperarbeit zu leisten und sich einen genauen Plan über den Geburtsablauf und die favorisierten Gebärpositionen zu machen – kurz: Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt zu begreifen. Damit zeigt sich eine Analogie zur bereits angesprochenen Individualisierung gesellschaftlicher Risiken im Gesundheitssystem. Dabei bleibt noch darauf hinzuweisen, dass damit die vormals feministische Idee der Selbstbestimmung und Autonomie – ungeahnt und ungewollt – in dem ‚unternehmerischen Selbst' und dessen Selbstverantwortung aufgeht (vgl. Dackweiler 2010: 147). Die Rekonstruktion der Szenen zeigt, dass dabei vielfach auch Modifikationen

und Anpassungen der höchst privaten Lebensführung der Schwangeren betroffen sind – so zum Beispiel durch eine spezielle geburtserleichternde Diät oder Genussverzicht (u.a. Kaffee, Alkohol, spezielle Freizeitaktivitäten) zu Gunsten des Ungeborenen. Geburt – und letztendlich auch Schwangerschaft – können deshalb als „biopolitisches Feld" (Villa/Moebius/Thiessen 2011: 15) verstanden werden, in dem (vermutlich) Selbst- und Fremdführungstechniken ineinandergreifen.

Dennoch – und dies soll im Folgenden nur kurz aufgegriffen werden – zeigen sich diesbezüglich auch Paradoxien: In bestimmten Situationen sind die Gebärenden auch damit konfrontiert, dass sie ihre Selbstbestimmung aufgeben sollen. Dieser deutliche Wechsel der Adressierungen hängt mit den verschiedenen Logiken der Natalitätsinstitutionen zusammen. Neben der bereits aufgezeigten Logik der Selbstbestimmung, die sich auf das autonome und mündige Subjekt bezieht, existiert auch die Institutionenlogik, die sich auf die ärztliche Pflicht beruft, Leben zu schützen – und dabei sowohl das Leben der Mutter als auch das des Ungeborenen fokussiert. Das selbstbestimmte Subjekt wird, so scheint es anhand der Szenen, in der Regel während der Schwangerschaft und zu Beginn des Geburtsprozesses angerufen. Dies hängt vermutlich einerseits mit der derzeitigen Wirkmächtigkeit dieser Figur im neoliberalen Gesundheitssystem zusammen (vgl. Lemke 2000: 38), andererseits unterliegen auch die Gebärinstitutionen einer strikten Marktlogik (vgl. Dierks/Siebeneick/Röseler 2001: 14) – die Schwangere kann die Institution frei wählen –, in der sie um Kundinnen werben müssen. Sobald jedoch der Prozess der Geburt begonnen hat – so zeichnet es sich in verschiedenen Szenen ab – werden viele Gebärende nicht mehr als freie Kundinnen und selbstbestimmte Gebärsubjekte angerufen: Ab einem gewissen Fortschritt des Geburtsprozesses (z.B. mit starken Wehen) ist es vielen nicht mehr möglich, selbständig die Institution zu verlassen und ihre so vielfach angepriesene Selbstbestimmung lässt sich dann nur noch in engen Grenzen realisieren. Das gleiche gilt für die Fälle, in denen das Wohlergehen des Kindes gefährdet ist – auch da wird die Patientinnenautonomie der Gebärenden massiv eingeschränkt, wie beispielsweise die Erzählungen zu den Notkaiserschnitten deutlich machen. Es lässt sich zusammenfassen, dass Schwangeren in den untersuchten Kontexten verschiedene Subjektpositionen zugerufen werden: Die zentrale Adressierung der Schwangeren als selbstverantwortliches Subjekt wird an bestimmten Stellen revidiert und von anderen Adressierungen ‚übertönt'. Adressiert wird dann das ‚ideale Gebärendensubjekt' als eines, das sich möglichst widerstandslos in die institutionellen Prozeduren und Mechanismen einfügt. Im Feld der Natalität existieren somit sowohl Adressierungen als selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Subjekt als auch Adressierungen als – quasi entmündigtes – ‚Patientinnensubjekt' nebeneinander.

Korrespondenzadresse/correspondence address

Rhea Seehaus
Frankfurt University of Applied Sciences
Gender- und Frauenforschungszentrum der hessischen Hochschulen
Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/Main
seehaus.rhea@fb4.fra-uas.de

Anmerkungen

1 Dieses wurde an der Frankfurt University of Applied Sciences unter der Leitung von Lotte Rose von 2013 - 2014 durchgeführt und vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst gefördert.

2 Ich danke Lotte Rose, Eva Sänger, Marga Günther, Anke Kerschgens und Sylke Israel für vielfältige Diskussionen zum Thema und Lotte Rose für die kritische Kommentierung einer vorherigen Fassung des Textes.

3 Unberücksichtigt bleibt für diesen Beitrag die parallel dazu ablaufende Tendenz, die Wahlmöglichkeiten von Schwangeren aufgrund medizinischer Risikowahrnehmungen massiv einzuschränken (vgl. Árnason 2005: 171f.). Beispiele hierfür sind unter anderem die Beckenendlagenentbindung, für die viele Kliniken standardmäßig einen Kaiserschnitt vorsehen und durchführen – unabhängig von individuellen Wünschen der Frauen. So entbinden ca. 85% der Frauen, deren Kind unter der Geburt in Beckenendlage liegt, mittels Kaiserschnitt (vgl. Wolff 2006: 281). Wolff beschreibt diesen Vorgang als „ausgeprägte Defensivmedizin" (ebd.), in der Frauen schon während der Schwangerschaft auf die Entbindung mittels Kaiserschnitt vorbereitet werden.

4 Die Beobachtungen wurden von der Autorin sowie von Judith Pape, Jörg Päplow, Kira Proll, Kerstin Schlesinger, Gloria Schmid, Marc Schulz, Stephanie Steinbeck und Sonja Urban durchgeführt.

5 Da die Ethnografin selbst ein Jahr vorher einen Geburtsvorbereitungskurs bei dieser Hebamme besucht hatte, waren sie bereits vor der teilnehmenden Beobachtung miteinander bekannt. Aus diesem Zusammenhang wusste die Hebamme, dass die Ethnografin die vom Großkrankenhaus empfohlene Diät ausprobiert hatte.

6 Dennoch überwiegt in vielen medizinischen Lehrbüchern weiterhin die Darstellung der Gebärenden in Steinschnittlage (Hoffmann-Kuhnt 2013: 115).

Literatur

Althusser, Louis (1977): Ideologie und ideologische Staatsapparate. Aufsätze zur marxistischen Theorie. Hamburg: Verlag für d. Studium d. Arbeiterbewegung (Positionen, 3).

Árnason, Vilhjálmur (2005): Dialog und Menschenwürde. Ethik im Gesundheitswesen. Münster: LIT Verlag.

Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris: Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. Konstanz: UVK

Bröckling, Ulrich (2002): Das unternehmerische Selbst und seine Geschlechter. In: Leviathan 30, 2, S. 175-194.

Dackweiler, Regina-Maria (2010): Frauen (gesundheits)bewegung im Wohlfahrtsstaat: Von der Selbstbestimmung zur ‚Selbstverantwortung' – von der Autonomie zur ‚Selbststeuerung'? In: Mauerer, G. (Hrsg.): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript, S. 145-165.

Dierks, Marianne/Siebeneick, Stefanie/Röseler, Sabine (2001): Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten? In: Dierks, M.-L./ Bitzer, E-M./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz, A. (Hrsg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, S. 4-27.

Duden, Barbara (2010): Frauen-„Körper": Erfahrung und Diskurs (1970-2004). In: Kortendiek, B./Becker, R. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, S. 504-518.

Hirschauer, Stefan/Heimerl, Birgit/Hoffmann, Anika/Hofman, Peter (2014): Soziologie der Schwangerschaft. Explorationen pränataler Sozialität. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Hoffmann-Kuhnt, Simone (2013): Aktivität und Passivität während der Geburt: Akzente in der Leitbild gebenden Fachliteratur. Dissertation. Hamburg: Universität/Medizinische Fakultät.

Keller, Monika (2008): Aufklärung und Informed Consent. Grenzen der Selbstbestimmung. In: Illhardt, F.J. (Hrsg.): Die ausgeblendete Seite der Autonomie, Kritik eines bioethischen Prinzips. Berlin: Lit-Verlag, S. 21-34.

Krumbügel, Janne (2014): Überwachen und Beraten. Ratgeberbroschüren in der ärztlichen Schwangerenvorsorge. Diplomarbeit. Frankfurt/M.: Universität/ Soziologische Fakultät.

Lemke, Thomas (2000): Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologie. Ein kritischer Überblick über die gouvernmentality studies. In: Politische Vierteljahresschrift 1, 1, S. 31-47.

Mozygemba, Kati (2011): Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung. Bern: H. Huber.

Mozygemba, Kati (2013): „Vor der Geburt Mutter-werden." Soziokulturelle Aspekte eines körpervermittelten Übergangsprozesses. In: Makowsky, K./Schücking, B. (Hrsg.): Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 32-59.

Nowicka, Magdalena/Tolasch, Eva (2014): (Un)Fassbare Körper. Frauen erzählen von der Schwangerschaft. In: Schmidt, W. G. (Hrsg.): Körperbilder in Kunst und Wissenschaft. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 223-248.

Ott, Marion/Wrana, Daniel (2014): Adressierung. In: Wrana, D./Ziem, A./Reisigl, M./ Nonhoff, M./Angermüller, J. (Hrsg): DiskursNetz. Wörterbuch der Interdisziplinären Diskursanalyse. Frankfurt/ M.: Suhrkamp, S. 19-20.

Rieger, Stefan (2002): Arbeit an sich. Dispositive der Selbstsorge in der Moderne.

In: Bröckling, U./Horn, E. (Hrsg.): Anthropologie der Arbeit. Tübingen: Narr, S. 79-96.

Rose, Lotte (2010): ‚Natürliche' und ‚sanfte Geburt'. Paradoxien der modernen Entbindungsreformen. In: Freiburger GeschlechterStudien 24, S. 207-222.

Rose, Lotte/Schmied-Knittl, Ina (2011): Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Villa, P.-I./ Moebius, S./Thiessen, B. (Hrsg.): Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt/M./New York: Campus, S. 75-100.

Sänger, Eva/Treusch, Pat/Scheunemann, Judith/Dörr, Annalena (2013): Embodying Schwangerschaft: pränatales Eltern-Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen. In: Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Schwerpunktheft Medikalisierung und Geschlecht zwischen Optimierung, Pathologisierung und Gesundheitsförderung, 5, 1, S. 56-71.

Schadler, Cornelia (2013): Vater, Mutter, Kind werden. Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft. Bielefeld: transcript.

Strauss, Anselm L./ Corbin, Juliet M. (1996): Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Tew, Marjorie (2007): Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

Tuschy, Benjamin/ Berlin, Sebastian/ Hägele, Frank/Job, Horst/Sütterlin, Marc/Kehl, Sven/Siemer, Jörn (2012): Welche Erwartungen stellen Schwangere an eine ideale Entbindungsklinik? In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 216, S. 246-252.

Villa, Paula Irene/Moebius, Stephan/ Thiessen, Barbara (Hrsg.) (2011): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Campus: Frankfurt/ M./New York.

Wolff, Friedrich (2006): Geburtshilfe. In: Baltzer, J./Friese, K./Graf, M./ Wolff, F. (Hrsg.): Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe. Das komplette Praxiswissen in einem Band. Thieme: Stuttgart, S. 165-338.

Wrana, Daniel/Ott, Marion (2014): Anrufung. In: Wrana, D./Ziem, A./Reisigl, M./ Nonhoff, M./Angermüller, J. (Hrsg.): DiskursNetz. Wörterbuch der Interdisziplinären Diskursanalyse. Frankfurt/ M.: Suhrkamp, S. 30-31.

Wulf, Christoph/Hänsch, Anja/Brumlik, Micha (Hrsg.) (2008): Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder. München: Wilhelm Fink Verlag.

Wulf, Christoph/Althans, Birgit/Foltys, Julia/Fuchs, Martina/Klasen, Sigrid/ Lamprecht, Juliane/ Tegethoff, Dorothea (Hrsg.) (2008): Geburt in Familie, Klinik und Medien. Eine qualitative Untersuchung. Opladen: Verlag Barbara Budrich.