GENDER OPEN REPOSITORIUM

‚Natürliche' und ‚sanfte Geburt' : Paradoxien der modernen Entbindungsreformen

Rose, Lotte

2010

https://doi.org/10.25595/85

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rose, Lotte: *‚Natürliche' und ‚sanfte Geburt' : Paradoxien der modernen Entbindungsreformen*, in: Freiburger GeschlechterStudien, Jg. 24 (2010) Nr: 1, 207-222. DOI: https://doi.org/10.25595/85.

Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Verlag Barbara Budrich.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY ND 4.0 Lizenz (Namensnennung - Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/legalcode.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY ND 4.0 License (Attribution - NoDerivates). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/legalcode.en

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Lotte Rose

‚Natürliche' und ‚sanfte Geburt'. Paradoxien der modernen Entbindungsreformen

1 Medikalisierung der Geburt

Wie, wann, wo und mit wem Frauen Kinder auf die Welt bringen, ist keineswegs eine natürliche Sache, sondern Gegenstand von umfassenden normativen Regulierungen. Für unseren westlich-zivilisierten Kulturkreis lassen sich für die letzten Jahrhunderte zwei tief greifende Wendepunkte bei diesen Regulierungen ausmachen: die Medikalisierung des Geburtsvorganges sowie die Einführung der ‚natürlichen' und ‚sanften' Geburt.

Während Schwangerschaft und Geburt lange Zeit in den Zuständigkeitsbereich geburtserfahrener Frauen und heilkundiger Hebammen gehörten, werden diese Vorgänge ab dem 18. Jahrhundert sukzessive von der Medizin übernommen. Die rational-naturwissenschaftliche Wissensproduktion zur Steuerung von Fertilität und Natalität setzt ein, und männliche, akademische Geburtshelfer übernehmen in den Entbindungssituationen die zentralen Funktionen. Geburten finden immer häufiger in den öffentlichen Entbindungsanstalten statt. Im 20. Jahrhundert setzt sich diese Praxis endgültig als Normalität durch.

Die Geburt ist ein klinisches Ereignis geworden, das ärztlicher Sicherung wie auch medizintechnischer, operativer und pharmazeutischer Eingriffe bedarf (vgl. Duden 1994). Dies scheint nun völlig selbstverständlich und ist gar nicht mehr anders vorstellbar. Ähnliches vollzieht sich zeitversetzt auch mit der Schwangerschaft. Sie wird ebenfalls verstärkt zu einer körperlichen Etappe, die konstanter ärztlicher Überwachung und Fürsorge bedarf.

Diese Medikalisierungsvorgänge sind bis heute nicht abgeschlossen, vielmehr verfeinern sie sich immer weiter. Die diagnostischen und therapeutischen Instrumente zur Geburtshilfe unterliegen ständigen Perfektionierungsprozessen und dehnen ihre Aufmerksamkeit und Regulierungsmöglichkeiten immer weiter aus – hierbei wird der Fokus zunehmend auf die vorgeburtliche Phase gelegt, wie beispielsweise das expandierende Feld der Reproduktionstechnologien und der pränatalen Diagnostik zeigt.

2 Protestbewegung: De-Medikalisierung und (Wieder-)Ermächtigung der Gebärenden

In den 1970er Jahren formiert sich mit Nachdruck Protest gegen diese Medikalisierungen der Geburt. Eine zentrale Akteurin ist die feministische Frauengesundheitsbewegung.[1] Sie wendet sich *erstens* gegen die mit der Medikalisierung einhergehende Pathologisierung des schwangeren und gebärenden Körpers. Weil damit die Potenz des Gebärens zur Krankheit erklärt wird, erscheint sie als sinnfälliger Ausdruck weiblicher Unterdrückung, mit der eine exklusiv weibliche Macht demontiert und männliche Herrschaft gesichert wird. Diese Deutung ist eingebettet in einen allgemeinen, in dieser Zeit intensiv geführten, geschlechterkritischen Medizindiskurs, der differenziert rekonstruiert, wie Frauenkörper von der männlichen Medizin zum besonders gefährdeten Risikokörper gemacht werden (vgl. u.a. Fischer-Homberger 1988).

Die Kritik richtet sich *zweitens* gegen die Entwertung der weiblichen Hebammenkunst. Auch dies wird als Spiegel allgemeiner männlicher Bemächtigungen des Frauenkörpers gelesen. Die Hebamme als ehemals zentrale Helferin der Gebärenden ist im Geburtsgeschehen von der klinischen Expertenmacht, die durch männliche Ärzte verkörpert wird, verdrängt worden. Ihre besondere Expertise, handwerkliche Geschicklichkeit wie auch ihre potentielle emotionale Beziehung zur Gebärenden werden damit als geburtserleichternde Faktoren missachtet. Die Schwangere ist nun umso mehr schutzlos der medikalisierten, männlichen Geburtshilfe ausgeliefert.

Drittens werden die Peinigungen der Gebärenden in den Kreißsälen der Krankenhäuser skandalisiert. Ärztliche Routinen, Eingriffe und Instrumente, die Absonderung der Schwangeren in hygienischen, unfreundlichen Räumen, fehlende vertraute Menschen und mangelnde Zuwendung während des Geburtsvorgangs vergrößern die Angst und die Schmerzen der Schwangeren und verlängern und verkomplizieren möglicherweise den Geburtsverlauf. Die Medikalisierungen haben von daher nicht zu Erleichterungen für die Gebärenden geführt, sondern ganz im Gegenteil zu erhöhten Belastungen und vergrößerten Gefährdungen – so die Kritik (vgl. u.a. Kitzinger 1988, 13 ff).

Die Grausamkeiten haben sich auch für das Neugeborene erhöht. So geben *viertens* die in den Geburtshilfestationen üblichen Routinen der abrupten körperlichen Trennung des Neugeborenen von der Mutter Anlass zu ausgiebigen Problematisierungen. Nicht nur die eilige Durchtrennung der Nabelschnur nach der Geburt, sondern auch die schnelle Entfernung des Säuglings von der Mutter für Reinigungs- und Untersuchungstätigkeiten sowie seine spätere Absonderung im Säuglingszimmer der Wöchnerinnenstationen gelten als höchst fragwürdige Maßnahmen, die das Neugeborene traumatisieren und den mütterlichen Beziehungsaufbau zum Kind nachhaltig stören könnten.

Fünftens erscheint auch der bis in die 1970er Jahre noch selbstverständliche väterliche Ausschluss vom Geburtsgeschehen als fragwürdig. Die Argumentationsfigur kreist darum, dass die Angst der Gebärenden in der Geburtskrise erheblich vergrößert ist, wenn der Kindsvater ihr nicht beistehen kann, und

dass dem Vater die emotionale Annäherung an sein Kind erschwert wird, weil er an dessen Entbindung nicht beteiligt ist.

Vor dem Hintergrund dieser Kritik vollziehen sich seit den 1970er Jahren tiefgreifende Umbruchprozesse in der Geburtshilfe, die im Folgenden erläutert werden.

Die Einführung der ‚natürlichen' Geburt

Gefordert wird ein so genannter ‚natürlicher' Entbindungsrahmen, der möglichst frei von klinischen Technologien und Eingriffen ist. Vor allem die üblichen Schmerzmittelgaben, die Wehenmittel, der Dammschnitt, weitere mechanische Hilfen bei der Austreibung des Säuglings sowie die Prozeduren der Geburtsüberwachung sind verpönt. Wenn überhaupt, sollen nur natürliche Mittel zur Geburtsunterstützung eingesetzt werden: Behandlungsformen der homöopathisch-alternativen Medizin, Akupunktur, Massagen, Entspannungstechniken oder Wannenbad kommen hierbei in den Blick.

Der Wunsch nach einer ‚natürlichen' Geburt geht zudem mit der Forderung nach einem nicht-klinischen Entbindungsort einher. Vor diesem Hintergrund wird die private Hausgeburt propagiert. Hiermit verbindet sich die Vorstellung, dass der Gebärenden zu Hause ein Höchstmaß an Vertrautheit, Privatheit und Entspanntheit geboten wird, was den Geburtsverlauf erleichtert. Dennoch setzt sich die Hausgeburt nie wirklich durch. Bis heute finden 98 % der Geburten in Kliniken statt (vgl. Braun 2006).

Aufwertung der Hebammenhilfe

So wie die schulmedizinische Geburtshilfe zum Inbegriff einer frauenfeindlichen Geburtspraxis wird, erscheinen der Berufsstand der Hebamme als frauenfreundlich und die Zeit, in der die Gebärende nur von der Hebamme und anderen weiblichen Helferinnen betreut wurde, als geradezu ideal:

> Der geschichtliche Umbruch in der Geburtshilfe läßt jahrtausendealte Traditionen von Frauen verschwinden. Die Frauen bestimmten selbst, unter welchen äußeren Umständen Geburten stattfinden sollten. Sie machten dies unter sich aus. Jetzt sind die Frauen und die Hebammen eingegliedert in den männlich orientierten Klinikbetrieb, sind abhängig von den Anordnungen des Arztes (...), von den Apparaturen und sind der in vielerlei Hinsicht sterilen Krankenhausatmosphäre ausgeliefert. Das Wissen darum, daß im Normalfall ein Kind nur unter Frauen – ohne Hinzuziehung eines Arztes geboren werden kann, ist fast gänzlich verloren gegangen. (Grabrucker 1989, 7)

Gefordert wird, die Geburtsvorgänge wieder der Hebamme anzuvertrauen. Aufgrund ihrer Weiblichkeit und ihres nicht-akademischen Berufsstandes mit traditionellem Nimbus verkörpert sie das ‚Gute', mit dem eine frauenfreundli-

chere Geburtsatmosphäre geschaffen wird, in der die Gebärende vor den Zumutungen des Klinikbetriebs erfolgreich geschützt ist und auf eine ihr angenehme, weil private Weise entbinden kann.

Selbstbestimmung der Gebärenden

Nicht mehr medizinische Autoritäten und Klinikroutine sollen das Geburtsgeschehen bestimmen, sondern die Gebärende selbst. So heißt es in einem feministischen Gesundheitsratgeber:

> Tu während der Geburtsarbeit, wonach dir zumute ist. Leg oder setz dich so, wie es dir am angenehmsten ist, lauf umher, wenn du dich danach fühlst, wechsel oft deine Stellung (...) dies hält dich in guter Stimmung und erhöht deine Chance, eine angenehme Geburt zu haben. (*Unser Körper – unser Leben* 1981, 114)

Die Gebärende soll selbstständig entscheiden, was sie während des Entbindungsprozesses tut. Sie soll ihre Wünsche ernst nehmen und sich nach ihnen richten. Während sie 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.

Besänftigung der Gebärkrise

Die Idee der ‚natürlichen' Geburt fällt zusammen mit der Idee der ‚sanften' Geburt. Beide Bezeichnungen werden in der Reformdebatte synonym verwendet. In dem Begriff des ‚Sanften' gerinnt die Vorstellung eines harmonischen Geburtsablaufes, in dem Mutter und Kind möglichst wenig Stress erleben. Nicht zufällig trägt ein Bestseller der Reformbewegung den Titel *Geburt ohne Gewalt* (Leboyer 1981/1974). Es geht darum, dem Geburtsgeschehen alles Gewaltförmige zu nehmen: Die Mutter soll nicht durch Schmerzen und Angst gequält sein, das Baby behutsam den Übergang vom vermeintlich wohligen intra-uterinen zum weniger wohligen extra-uterinen Leben vollziehen, die massive Krise der ‚Entbindung' von Kind und Mutter soll entschärft, entradikalisiert und befriedet werden, d.h. letztlich: Ihr soll das Krisenhafte und Dramatische genommen werden.

Re-Mystifizierungen

Rituell-magische Vorstellungen und Praktiken zu Schwangerschaft und Geburt finden verstärkt Aufmerksamkeit und Anwendung. Hierzu gehören beispielsweise astrologische Bestimmungen der Zeugungstermine, magische Segensrituale, Plazenta-Rituale und Plazenta-Medizin[2], Lotus-Geburt[3] oder das Aufkommen der Doula-Frauen, die spirituelle Geburtsbegleitungen anbieten. Schmied-

Knittel/ Schetsche (2009, 8) vermuten, dass sich hier eine Traditionslinie von Fruchtbarkeits- und Geburtsritualen fortsetzt, die angesichts der zeitweiligen Vorherrschaft der aufklärerisch-rationalen Medizin marginalisiert war, nun aber wieder revitalisiert werde.

Verlängerung der Mutter-Kind-Einheit

Die Bestrebungen gehen dahin, die physische Entbindung des Säuglings vom mütterlichen Körper nach der erfolgreichen Austreibung zu verlangsamen. Das Neugeborene wird der Mutter zunächst auf den Bauch gelegt, die Nabelschnur erst nach einiger Zeit durchtrennt, die Käseschmiere[4] zunächst noch belassen. Zudem verbleibt der Säugling während der Wöchnerinnenphase nun in der direkten Nähe der Mutter statt ihn getrennt von ihr in einem Säuglingszimmer zu versorgen und höchstens zum Stillen der Wöchnerin zu bringen. Beim Rooming-in-Konzept, das sich in den Kliniken zügig als Standard durchsetzt, bleibt der Säugling im Zimmer der Mutter und wird überwiegend von ihr selbst und weniger von fremdem Pflegepersonal versorgt.

Einbindung des Vaters

Forciert wird auch die Beteiligung der Väter am Geburtsgeschehen. Dies beginnt bereits bei den Arztterminen während der Schwangerschaft und schließt die Geburtsvorbereitungskurse sowie die Vorgänge im Kreißsaal ein. Während den Vätern bei den traditionellen vor-klinischen Geburtspraktiken noch diverse unterstützende praktische Aufgaben im weiteren Umfeld der Geburt zugewiesen waren – sie holten z.B. die Hebamme, sorgten für Holz, Wasser und Wein –, machte sie die Medikalisierung relativ funktions- und arbeitslos. Sie überbrachten mit den ersten Wehen die werdende Mutter der Geburtsmedizin, um nachfolgend nur noch untätig warten zu können. Dies ändert sich nun: Es wird zur Normalitätserwartung an Väter, der Mutter im Geburtsgeschehen möglichst aktiv und nah beizustehen.

3 Re-Traditionalisierung versus Individualisierung

Die Reformbewegung beruft sich vor allem auf die Vergangenheit oder vorindustrielle Kulturen (vgl. Schmied-Knittel/ Schetsche 2009, 6). Zahlreich sind die historischen und ethnografischen Berichte zu vorklinischen Geburtspraktiken, die als Zeugnisse einer besseren, weil humaneren Geburtskultur gehandelt werden. In ihnen findet sich das, was wieder hergestellt werden soll: Eine Einheit mit dem ‚Natürlichen' und Einfachen, die Bindung und Stärke des weiblichen Kollektivs, die Beruhigung durch das Vertraute, die Fürsorglichkeit und Wertschätzung gegenüber der Gebärenden, dem Säugling und dem Vater

– mithin der Familie. So besehen trägt die Reformbewegung in gewisser Weise anti-moderne, restaurative Züge.

Gleichwohl setzt die Reformbewegung die Gebärende nachdrücklich als autonomes Subjekt ein, das das Geburtsgeschehen selbst individuell bestimmen soll (vgl. Rose 1993, Ullrich 2009). Während einerseits vergangene traditionelle Verhältnisse idealisiert werden, die dem Individuum gerade keinen Entscheidungsspielraum ließen, wird andererseits – ganz im Sinne der Modernisierungen – die Individualisierung der Gebärenden forciert. Re-Traditionalisierungen und Ent-Traditionalisierungen greifen auf eine paradoxe Weise ineinander.

Bezeichnenderweise trägt der Ratgeber der Bestsellerautorin Sheila Kitzinger denn auch den Titel *Wie soll mein Kind geboren werden?* (1986). Dass diese Frage überhaupt gestellt wird und gestellt werden kann, ist neu und verweist auf die weit reichenden kulturellen Freisetzungsprozesse des Gebärens. Es ist individuell entscheidbar geworden, wie, wo, mit welchen HelferInnen und welchen Hilfen ein Kind auf die Welt kommt und wie nach der Entbindung mit dem Säugling umgegangen wird. Das Geburtsgeschehen ist zu einer offenen Frage geworden, für die das Individuum selbst Antworten finden muss.

Die gewonnene Verfügungsgewalt bildet aber gleichzeitig auch eine Verfügungsverpflichtung. Seit den 1970er Jahren sprechen die Ratgeber hierzu einen immer deutlicheren Ton. Aus dem *Angebot* der Selbstbestimmung ist eine Zuweisung geworden. In einem Mütter-Ratgeber heißt es:

> Die Geburt unseres Kindes ist für uns eine Erfahrung, die unser Leben stark verändert. Wir haben die Wahl, ob wir dieses Erleben passiv über uns ergehen und uns durch die Krankenhausroutine entmündigen lassen wollen, oder ob wir bereit sind, selbst Verantwortung zu übernehmen, uns bewußt auf diese Erfahrung vorzubereiten und sie mitzugestalten. (Lothrop 1985, 67)

Die Botschaft lautet: Es gibt nicht nur Wahlmöglichkeiten, sondern auch eine Verantwortung, diese aktiv wahrzunehmen und sich nicht tatenlos den vorgegebenen klinischen Prozeduren zu überlassen. Vielmehr gilt es, die eigenen Gestaltungschancen erfolgreich zu nutzen, um die „Erfahrung, die unser Leben stark verändert" (ebd.), positiv wahrnehmen zu können. Möglich wird dies laut Ratgeber nur durch eine sorgfältige und bewusste Vorbereitung. In einem anderen Ratgeber klingt es ähnlich:

> Nicht gedimmertes Licht oder extra weiche Matratzen, keine Blümchentapete und kein Blumentopf machen aus einer Geburt einen Geburtstag. Sondern letzten Endes ganz alleine Sie: die Mutter, die Eltern. So sorgfältig, wie Sie diesen Tag vorbereitet haben, so gut wird er auch gelingen. (*Vorsorge-Initiative* o.J., 48)

Die Gebärende – und der Kindsvater – werden als zentrale Akteure des Geburtsgeschehens exponiert. Diese Konstruktion enthält einerseits eine faszinierende Verheißung, nämlich die, mit eigener Kraft die bevorstehende Krise meistern zu können. Zum anderen lädt sie den Individuen aber auch ein enormes Maß an Verantwortung auf, denn zu meistern ist das Ereignis nur mit

aufwändigem Einsatz im Vorfeld. Wie schnell die propagierte Selbstbestimmung in der realen Entbindungssituation zerfallen kann, wird in den Berichten von jungen Müttern zu ihren Geburtserlebnissen deutlich. Eine junge Mutter erinnert sich:

> Wir gingen wieder auf das Bett. Ich wollte einen Apfel essen. Eckart gab mir kleine Stücke. Ich lutschte sie nur aus. Ich brauchte die süße Flüssigkeit. Eckart holte einen nassen Waschlappen. Meine Stirn glühte. Ich kühlte meinen Kopf und lutschte den Lappen aus. Ich wußte selbst nicht mehr, was mir sonst noch gut tun konnte. (Reim 1984, 125)

Die Gebärende kann und soll tun, was ihr gut tut, doch sie weiß am Ende gar nicht mehr, was ihr gut tun könnte. Die mögliche Selbstbestimmung entpuppt sich in der Geburtskrise letztlich als Überforderung und als Zumutung. So erzeugen die Individualisierungen des Gebärens eigene neue Nöte.

4 Glücksversprechen und Enttäuschungen

Die Individualisierungen des Gebärens gehen einher mit gesteigerten Glückserwartungen an das Geburtsereignis. In einem Ratgeber heißt es exemplarisch:

> Der Triumph und die Freude des ‚Ich habe dich aus eigener Kraft geboren' lässt sich durch nichts ersetzen. (...) Ein Kind zur Welt zu bringen ist ein totales Körpererlebnis, in einer Intensität, wie sie eine Frau bis dahin vielleicht nie erlebt hat. (Lothrop 1985, 67 f)

Die Entbindung wird narzisstisch aufgeladen und als biografische Klimax mit orgiastischen Anklängen stilisiert. Ihre Bedeutung weist damit weit über den profanen reproduktiven Akt der Natalität hinaus. Es geht um ein exklusives Grandiositätserlebnis und eine berauschende Körpersensation für die Mutter.

Angesichts dieser Versprechungen erstaunt es nicht, dass von einer positiv aufgeregten Atmosphäre – ähnlich einer ‚Weihnachtsstimmung' – vor der bevorstehenden Geburt berichtet wird: „Wir sind beide sehr aufgeregt und laufen in der Wohnung umher – wie Kinder, die auf das Christkind warten" (Reim 1984, 27). Oder: „Wir sind wahnsinnig gespannt. Wann kommt es, wie wird es sein, Kindheitserinnerungen an Heilig Abend kommen mir hoch" (Reim 1984, 165). Viele Geburtsberichte schildern zudem ein überwältigendes Glücksgefühl kurz nach der Entbindung. „Trotz intensivster Kontraktionen verbrachten wir die schönste Nacht unseres Lebens" (*Unser Körper – unser Leben* 1981, 115), erinnert sich eine andere Mutter enthusiastisch: Das Geburtsereignis wird so als Höhepunkt des Lebens konstruiert.

Wenn die Individualisierungstheorie den Kinderwunsch in der Moderne als eine „private Art der ‚Wiederverzauberung'" in einer zunehmend mehr entzauberten zivilisierten Welt (Beck/ Beck-Gernsheim 1990, 55) deutete, lässt sich dies zweifellos auch auf die Geburt übertragen. Die Geburt wird als ein Ereignis

konstruiert, das eine extrem gesteigerte Emotionalität von gespannter Aufregung und überwältigender Glückseligkeit ermöglicht, die ansonsten in dieser Intensität kaum erlebbar ist. Je mehr die Geburt jedoch mit diesen Glücksverheißungen verbunden wird, desto größer werden damit der Erfolgsdruck und Versagensängste. Das Risiko zu scheitern ist allgegenwärtig, und es steigert die Angst für die werdende Mutter zum Teil ins Unerträgliche, wie folgende Textpassage zeigt:

> Angst vor dem Versagen vor meinem Mann während der Geburt, Furcht vor den medizinischen Apparaten. Ich werde nur ruhig, wenn ich zur Vorsorge zu M., einer Ärztin, gehe, die mich entbinden wird und die eine gute Bekannte ist. Aber würde sie es nicht weitererzählen, falls ich mich nicht ‚zusammenreißen' könnte? Und wie würde es Uli verkraften, mich völlig enthemmt zu sehen, vielleicht vor Schmerz aufschreiend? (Reim 1984, 146)

Beim Gebären steht offenbar mehr auf dem Spiel als nur die Geburt eines Kindes. Es geht vielmehr darum, wie sich die Gebärende selbst mit ihren auf die Geburt bezogenen Selbst-Idealen bewährt. Die Geburt mutiert damit zu einem existentiellen Prüfungsereignis für die werdende Mutter. Sie erzählt weiter:

> Auf dem Entbindungsstuhl brüllte ich und klammerte mich mit aller Gewalt an Uli. In diesem Augenblick wollte ich die Spritzen und all die Medikamente, die ich vorher in Gedanken abgelehnt hatte. Ich wollte doch so tapfer sein, und nun ertrank ich in einem Meer von Schmerz, Gefühl und Angst. (Reim 1984, 149)

Das reale Geburtsgeschehen überwältigt die Gebärende und lässt alle Selbstansprüche, die vorher entwickelt wurden, zerfallen. Sie beherrscht keineswegs souverän die Situation, sondern erlebt sich unerwarteten, unkontrollierbaren, peinigenden Kräften ausgeliefert. Das Gegenteil von dem ist eingetreten, was in Büchern und Kursen zur Leitfigur erhoben und verinnerlicht wurde. Dieser Ich-Kollaps bedeutet eine schmerzhafte Enttäuschung, mehr noch: Er zieht anhaltende Selbstvorwürfe nach sich. Es ist die innere Logik der individualisierenden Geburtsreformen, dass ein dramatischer Geburtsverlauf von der Gebärenden kaum anders als selbstverschuldet gedeutet werden kann: Ihre Vorbereitung war eben doch unzureichend, ihr Wille zu schwach. Die nicht-ideale Entbindung hinterlässt Scham. So berichtet die Erzählerin von den enttäuschten Versprechungen:

> (…) wir sollten uns darauf verlassen, daß man nur die erlernten Atemübungen richtig durchzuführen brauche, um geradezu vorbildlich entbinden zu können. Dieses wurde für mich während der Geburt zum Trauma, denn mir gelang es eben nicht, das Schreien zu unterdrücken. Im Gegenteil, es war wie eine Befreiung. Ich hatte aber starke Minderwertigkeitskomplexe, denn nun war ja auch ich so eine Frau, die sich nicht zusammenreißen konnte. Dadurch wurde die Geburt nicht zum schönsten Erlebnis meines Lebens. (Reim 1984, 148)

5 Mütterliche Arbeitserhöhungen

Wie sich schon oben andeutete, transportieren die neuen Selbstbestimmungs- und Glücksverheißungen unter der Hand auch Arbeit für die werdende Mutter. *Erstens* muss sie sich umfangreich informieren, nicht nur zu den medizinischen Vorgängen von Schwangerschaft und Geburt, sondern ebenso zu den Dienstleistungsangeboten von Beratungsstellen, Geburtsvorbereitungskursen, Kliniken und Hebammen. Der Markt an Ratgebern zu Schwangerschaft und Geburt ist unüberschaubar geworden, ebenso expandieren entsprechende Online-Foren, in denen Rat zu unzähligen Fragen um Schwangerschaft und Geburt gesucht wird. Dies spiegelt den immensen Informationsbedarf wie auch die gleichzeitigen Überforderungen durch die Informationsmengen wider. *Zweitens* muss die Schwangere für ihre allgemeine Fitness trainieren wie auch konkrete Geburtstechniken erlernen, damit sie souverän entbinden kann. In Geburtsvorbereitungskursen werden hierzu Wissen vermittelt sowie schmerzlindernde Atemtechniken und geburtsförderliche Körperhaltungen geübt – oft auch gemeinsam mit dem werdenden Vater. Das Erlernte muss zudem zu Hause stetig trainiert werden, um es so zu festigen, dass es in der Extremsituation der Entbindung abrufbar ist. Schließlich sind *drittens* eine Menge Entscheidungen zu treffen, nicht nur zur Wahl der ÄrztInnen und zu Vorsorge-, Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen während der Schwangerschaft, auch zum Geburtsort, zu Hebamme und Klinik, zur Aufenthaltsdauer in der Klinik, zu Gebärmethoden und medizinischen Eingriffen.

So erfordern Schwangerschaft und Geburt ein hohes Maß an zeitlicher Investition, Lernbereitschaft und -anstrengung, Kraftaufwand, Abwägungen und Abstimmungsprozessen zwischen den Eltern. „Vielleicht sollte man, bevor man an Kinder zu denken wagt, heute besser ein Studium der Medizin absolvieren?“, merken Beck/ Beck-Gernsheim (1990, 152) in diesem Kontext zynisch an. „Was einst die natürlichste Sache der Welt war, ist nun (…) zu einer sehr komplizierten geworden. Nichts geht mehr spontan, alles läuft über den Kopf“ (ebd. 146).

Die Paradoxie der Geburtsreformen besteht somit darin, dass Arbeit, Ausbildung und Professionalisierung erforderlich sind, um ‚natürlich‘ gebären zu können. Die Überwindung der kritisierten Entfremdung wird nur durch neue Disziplinierungen und großen persönlichen Ressourceneinsatz möglich.

6 Präsenz des Vaters – warum?

Auffallend ist die erfolgreiche Einbindung der Väter ins Geburtsgeschehen im Zuge der Geburtshilfereformen. Dies geschieht so rasant wie widerspruchslos. Während viele Reformimpulse durchaus umstritten sind (z.B. der Verzicht auf Betäubungsmittel und Dammschnitt oder die Hausgeburt), stellte sich bei der Propagierung der väterlichen Beteiligung schnell ein allgemeiner öffentlicher Konsens her. Dies ist umso erstaunlicher, als hier sehr radikal mit einem epochen- und kulturübergreifenden geburtsrituellen Gesetz gebrochen wurde

– nämlich dem Ausschluss des Vaters vom *unmittelbaren* Geburtsgeschehen. Der Vater hatte zwar immer diverse unterstützende Aufgaben im Umfeld der Geburt, das Geburtsgeschehen selbst war aber eine exklusive Angelegenheit der Frauen. Auch das als Couvade bekannte Männerkindbett, das in vielen Gesellschaften praktiziert wurde und für die Väter besondere Verhaltensweisen und Verbote nach der Geburt eines Kindes vorsah, fand gerade nicht gemeinsam mit der Mutter statt (vgl. Kunz 2003). In kürzester Zeit wurde also aus einem lang andauernden Tabu eine selbstverständliche Anforderungsnorm. 90 % der Männer begleiten heutzutage ihre Frauen in den Kreißsaal (vgl. Otto 2008). Doch warum sollen und wollen Väter heute ihre Frauen bei der Geburt ihrer Kinder unterstützen?

Die geteilte Elternschaft, bei der sich Mutter wie Vater verantwortungsvoll um den Nachwuchs kümmern, ist zum allgemeinen Ideal junger Paare geworden (vgl. *BMFSFJ* 2001, 8). Daher kommt der Inszenierung von elterlicher Gemeinsamkeit bereits bei der Geburt eine besondere symbolische Bedeutung zu, denn hier beginnt die sichtbare Bewältigung der Statuspassage vom *Liebespaar* zum *Elternpaar*. Die gemeinschaftliche Geburtsarbeit wäre in einem solchen Kontext quasi als Initiationsritual zu verstehen, mit dem die paritätischen Elternschaftsideale performativ hervorgebracht und ideell bekräftigt werden. Und vielleicht wächst die Bedeutung dieser Ritualisierung gerade deshalb so sehr, weil die Risiken des Scheiterns für die Paar- und Elternbeziehungen in der Moderne insgesamt stark angestiegen sind (vgl. Beck/ Beck-Gernsheim 1990). So kommt es bekanntlich für immer mehr Elternpaare zu Trennungen und damit zu einem vorzeitigen Ende des gemeinsamen Elternschaftsprojektes. Die erhöhte Präsenz der Väter in den Kreißsälen korrespondiert also nicht unbedingt mit der realen Erhöhung geteilter Elternschaft. Vielmehr folgt nach der gemeinsamen Entbindung für viele Paare dann doch eine von der Mutter zentral, manchmal auch allein getragene Kinderfürsorge.

Der Aufschwung des Vaters als Geburtshelfer kann aber auch als Ausdruck der Bedeutungserhöhung der intimen Paarbeziehung gelesen werden. Mit dem Zerfall traditioneller und geschlossener Sozialgefüge in der individualisierten Gesellschaft wird das Liebespaar vermehrt zum Ort der Erfüllung der Wünsche nach Sinnhaftigkeit, Sicherheit, Geborgenheit, Anerkennung und privatem Glück (vgl. Beck/ Beck-Gernsheim 1990, 65 ff). Der Beistand des Kindsvaters bei der Geburt wäre dann als Ausdruck dieser sozialen Verengungen zu deuten. Der laute Ruf nach dem Vater, seine Idealisierung als wertvoller Helfer in der Geburtskrise teilt nicht nur mit, dass ihm eine zentrale Aufgabe für das Wohlergehen seiner Frau aufgebürdet wird, sondern auch, dass andere nahe stehende Akteure offenbar von der Frau nicht mehr gerufen werden können oder gewollt werden.

7 ‚Natürlichkeit' bei der Geburt – aber ohne Risiken

Der Wunsch nach der ‚natürlichen' Geburt ist letztlich ein Doublebind-Text, denn so sehr einerseits das einfache, spontan-archaische Gebären ohne medizinische Kontrolle und Eingriffe idealisiert wird, so wenig mag man die damit verbundenen spezifischen Risiken in Kauf nehmen. Der medizinkritische Diskurs, der vorklinische Zustände in der Geburtshilfe propagiert, ist gleichzeitig von Sicherheitsansprüchen unterlegt, die erst die moderne Medizin hervorgebracht hat (vgl. Schmied-Knittel/ Schetsche 2009, 2). Im Zuge dessen ist es normal geworden, ein störungsfreies und gefahrloses Gebären ohne unerwünschte Ausgänge für Mutter und Kind zu erwarten. In der Folge verfeinern sich diagnostische und therapeutische Technologien immer weiter und werden auch von den angehenden Eltern selbstverständlich beansprucht.

Dies kann vermutlich erklären, warum sich die Hausgeburt als Inbegriff ‚natürlichen' Gebärens als Normalität letztlich nie recht durchsetzte. Die Zweifel, ob dieser Geburtsort tatsächlich ausreichend Sicherheit bietet, sind offenbar zu stark. Befragungen zeigen, dass mit der Forderung nach einem ‚natürlichen' Geburtserlebnis zugleich immer ein ausgesprochenes Sicherheitsbedürfnis bei den Frauen einhergeht. So wird denn häufig die Präsenz einer Hebamme *und* eines Arztes/ einer Ärztin gefordert (vgl. Schmied-Knittel/ Schetsche 2009, 3): die Hebamme für die emotionale Wärme und der Arzt/ die Ärztin für die medizinisch-rationale Sicherung des Geburtsvorgangs.

Auch die steigenden Zahlen der Kaiserschnittentbindungen (jedes vierte Kind in Deutschland, vgl. Lutz/ Kolip 2006) deuten darauf hin, dass Sicherheitsüberlegungen schwer wiegen – sowohl bei den Eltern wie auch bei den professionellen Helfern, denen bei Schäden dann selbstverständlich Entschädigungsklagen drohen. Dies geht schließlich immer mit dem modernen Sicherheitsdispositiv einher, dass Schuldige für das Scheitern gesucht werden.

8 (Re-)Naturalisierung und Bedeutungsaufladung von Mutterschaft

Die Texte zur ‚natürlichen' Geburt sind unterlegt mit Mitteilungen zur Bedeutsamkeit einer möglichst langen und engen physischen Mutter-Kind-Verbindung. Angehende Mütter werden ermuntert, schon während der Schwangerschaft offensiv Kontakt zum Kind im Leib herzustellen. Nach der Entbindung soll eine abrupte Abnabelung vermieden werden. Für das Neugeborene mildert sich damit – so die gängige Argumentation – der Geburtsschock, weil die Mutter ihm aus der vorgeburtlichen Phase schon vertraut ist. Außerdem führe die Mutter auf diese Weise die Bindung zu ihrem Kind optimal herbei. Eine prominente Rolle spielt in diesem Kontext auch das Stillen, das als wünschenswerte Säuglingsernährung intensiv propagiert wird. Aufschlussreich ist dabei die ideologische Einbettung des Stillens. Es wird nicht nur als praktische und verträgliche Säuglingsernährung, sondern überwiegend als bedeutsamer Bindungsakt zwischen Mutter und Kind gehandelt.

In dieser Hinsicht findet hier eine Re-Naturalisierung statt, womit sich wiederum eine Re-Traditionalisierungsfalle für Mütter verbindet. Rüling (2007) weist in ihrer Studie zu Paaren, die Familienarbeit und Erwerbstätigkeit teilen wollen, nach, wie die Emotionalisierung und Naturalisierung des Stillens dazu führt, dass junge Mütter auf Mutterschaft zentral verwiesen bleiben – und dies, obwohl sie es bei ihren Familienplanungen überhaupt nicht so vorgesehen haben. Jene Frauen, die ihr Stillen pragmatisch-sachlich, also nicht-emotional deuten, kehren als Mütter leichter zu außerhäuslichen Tätigkeiten zurück und überantworten das Kind unkomplizierter anderen Personen (vgl. Rüling 2007, 4781 ff). Ähnliches entdeckt Flaake (2009) in ihrer Fallstudie zur geteilten Elternschaft. Auch hier erweist sich das Stillen als kritisches Schlüsselmoment der beginnenden gemeinsamen Elternschaft. Seine Deutung als quasi naturgegebener symbiotischer Beziehungsakt schafft für die Mutter zwangsläufig erhebliche Beziehungsvorteile und Beziehungsverantwortung gegenüber dem Kind und drängt den Vater in eine randständige Position. Zumindest berichten die betroffenen Eltern von aufwändigen Strategien, um den väterlichen Nachteil zu kompensieren.

Damit offenbaren sich die Geburtshilfereformen als unbemerkte, weibliche Individualisierungshemmer, die die weiblichen Freisetzungsprozesse der Moderne wieder einfangen. Die Kritik an der medikalisierten Geburt propagiert letztlich einen „neuen ‚Weiblichkeitsmythos', der die Bedeutung von Mutterschaft, Schwangerschaft, Geburt, Stillen usw. als zentralen Teil des Frauseins betont" (Schmied-Knittel/ Schetsche 2009, 7). Sie sorgt dafür, dass Gebären sowie die Kinderfürsorge nicht nur zu einer arbeitsintensiven und anspruchsvollen Aufgabe werden, sondern auch zu einer Aufgabe für *Mütter*. Frauen werden damit genauso eng an den Mutterstatus gebunden wie ein Programm aufwändiger „Mutterarbeit" (Pasquale 1998) befestigt wird. Wenn schon die Schwangerschaft eine Phase ist, die besonderer Sorgsamkeit bedarf, das ‚gute' Gebären umfassende Qualifizierungen und Vorbereitungen erfordert, das Geburtstrauma des Neugeborenen am besten durch mütterliche Körpernähe gemildert wird und das Stillen vor allem ein symbiotischer Beziehungsakt ist, dann manövriert dies die Mütter in eine besonders bedeutsame, verantwortungsvolle und exklusive Position im Kontext der Natalität. Und wenn dies alles noch dazu durch naturalisierte Deutungen unterlegt ist, ist es umso schwerer, es überhaupt als Konstruktion zu erkennen und kritisch zu dekonstruieren. Naturgesetzlichkeiten sind schließlich nicht mehr hinterfragbar.

Damit entsteht eine paradoxe Situation. Einerseits wird gegenwärtig Gebären zunehmend sozial und biografisch marginalisiert, wie sinkende Geburtenraten, Kinderlosigkeit oder auch die „Entmütterlichung" der weiblichen Schönheitsideale (Rose 1997) belegen. Andererseits wird es restaurativ und weiblichkeitsexklusiv aufgeladen. In der Folge bleibt die weibliche Individualisierung prekär wie auch die Bemühungen um die Integration der Väter in die Kinderfürsorge erschwert werden. Bezeichnenderweise können Familienforschungen immer wieder nachweisen, dass sich die Arbeitsteilung in heterosexuellen Paarbeziehungen in der Regel nach der Geburt des ersten Kindes

re-traditionalisiert (vgl. z.B. Fthenakis u.a. 2002). Dazu tragen die Diskurse und Praktiken zum Gebären sicherlich ihren Teil bei.

9 Privatisierung und Vergesellschaftung

Das Plädoyer der Geburtshilfereform für die Autonomie der Gebärenden bedeutet keineswegs die totale normative Freisetzung der Gebärenden. Die Geburt wird damit *nicht* zur Privatsache – wie das Autonomieideal vielleicht suggerieren mag. Vielmehr sind die Reformen des Gebärens von massiven Entprivatisierungsvorgängen begleitet.

Das Geburtsereignis wird exzessiv ans Licht der Öffentlichkeit gehoben und ausgestellt. Die Flut an Ratgebern, Erlebnisberichten, Kursen, Selbsterfahrungsgruppen, Fotobänden, Filmberichten, Doku-Soaps und Internet-Foren – all dies sind Formen der öffentlichen Thematisierung des Gebärens, und mehr noch: Es sind Formen der kollektiven Verhandlung von normativen Regulierungen des Gebärens, Orte des Diskurses zur Verständigung über eine ‚gute' Geburtspraxis. Die Geburtshilfereformen wollen die Fremdbestimmungen der Gebärenden überwinden, doch im selben Moment vergesellschaften sie sie auf neue Weise.

Der Aufschwung der Medizin im 19. Jahrhundert sorgte dafür, dass die weiblichen Körpergeheimnisse gelüftet und somit öffentlich kontrollierbar und reglementierbar wurden (vgl. Duden 1994). Was aktuell passiert, ist eine Erweiterung des Feldes der Diskursakteure. War die Geburtshilfe ehemals von den medizinischen Wissenschaften monopolisiert, wird sie nun auch von anderen mit beansprucht: von Hebammen, Heilerinnen, Feministinnen und Frauenforscherinnen, von Institutionen der Sexual-, Gesundheits- und Lebensberatung, Familienbildung, von JournalistInnen und Medienschaffenden, wie schließlich von den betroffenen Müttern und Vätern selbst. *Geburt* ist sowohl ein höchst intimes wie auch ein öffentliches Thema geworden. Indem die Mütter – und ebenso die Väter – die Geburt ihres Kindes als ihre eigene, subjektiv hochbedeutsame Aufgabe verantwortungsvoll annehmen, sichern sie zugleich ihre Vergesellschaftung ab. Die Einarbeitung in die Wissens- und Bildbestände zum Gebären, die Suche nach Expertise, die aktive Beteiligung an den Diskursproduktionen, die eigene engagierte Arbeit an der ‚beglückenden' und ‚gelungenen' Geburt; dies alles transportiert – sozusagen hinter dem Rücken der Akteure – weit reichende Normalisierungs- und Vergesellschaftungsvorgänge.

Sie reihen sich passgenau in die allgemeinen gesellschaftlichen Prozesse der „Healthicization" (Ullrich 2009) ein, mit denen das Individuum in wachsendem Ausmaß moralisch in die Pflicht genommen wird, die eigene Gesundheit selbstverantwortlich zu sichern. Indem Schwangerschaft und Geburt „weitgehend ein rationales, geplantes privates Unternehmen" (Hardach-Pinke 1982, 204) werden, das das Individuum selbst zu organisieren hat, folgt das Konzept der ‚natürlichen' und ‚sanften' Geburt dem gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel, der auf *mündige* PatientInnen setzt, die mitverantwortlich für Behandlungsentscheidungen und -erfolge sind (Ullrich 2009, 5 f).

Anmerkungen

1 Auch wenn die Protestbewegung stark von der Frauengesundheitsbewegung getragen war, darf nicht übersehen werden, dass auch aus den ärztlichen Reihen Kritik an der medikalisierten Geburtshilfe kam. Zum Teil artikulierte sich diese sogar deutlich früher als die feministische (vgl. u.a. Dick-Read 1971, Ewy/ Ewy 1979, Leboyer 1981/1974). Die Frauengesundheitsbewegung bezog sich positiv auf diese ärztlichen Reformanstöße und nutzte sie für ihre eigenen Anliegen.

2 Bei den Plazenta-Ritualen und der Plazenta-Medizin wird die Plazenta nach der Entbindung aufbewahrt und für magische segensbringende Praktiken wie z.B. Vergrabungen im Garten, die Herstellung von Erinnerungsgegenständen wie z.B. Plazenta-Abdrücke oder Amulette oder auch für homöopathische Weiterverarbeitungen benutzt.

3 Bei der Lotusgeburt wird die Nabelschnur mit der Plazenta am Neugeborenen belassen bis sich die Nabelschnur selbst ablöst.

4 Die Käseschmiere (oder Fruchtschmiere) ist ein weißlich-cremiger Belag auf der Haut, mit dem das Neugeborene auf die Welt kommt.

Literatur

Beck-Gernsheim, Elisabeth/ Ulrich Beck (1990) *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Braun, Bernhard (2006) *Geburten und Geburtshilfe in Deutschland*. Sankt Augustin: Ansgard.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Hg. *Die Rolle des Vaters in der Familie (Zusammenfassung des Forschungsberichtes)*. Berlin.

Dick-Read, Grantley (1971) *Mutterwerden ohne Schmerz*. Hamburg: Hoffman und Campe.

Duden, Barbara (1994) *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. München: dtv.

Ewy, Donna / Rodger Ewy (1979) *Die Lamaze Methode. Der Weg zu einem positiven Geburtserlebnis*. München: Wilhelm Goldmann.

Fischer-Homberger, Esther (1988) *Krankheit Frau*. Darmstadt/ Neuwied: Luchterhand.

Flaake, Karin (2009) „Wandel im familialen Geschlechterverhältnis: Paritätische Elternschaft." Vortrag auf der Tagung „Geschlechterverhältnisse im demografischen Wandel" 7.11.2009 an der Fachhochschule Frankfurt/M. (unveröffentlicht).

Fthenakis, Wassilos/ Bernhard Kalicki/ Gabriele Peitz (2002) *Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Studie*. Opladen: Leske und Budrich.

Grabrucker, Marianne (1989) *Vom Abenteuer der Geburt. Die letzten Landhebammen erzählen*. Frankfurt/M.: Fischer.

Hardach-Pinke, Irene (1982) „Schwangerschaft und Identität." *Die Wiederkehr des Körpers*. Hg. Dietmar Kamper/ Christoph Wulf. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 193-208.

Kitzinger, Sheila (1986) *Wie soll mein Kind geboren werden*. München: Kösel.

Kunz, Jürgen (2003*) Die Verhaltensökologie der Couvade. Perinatale Tabus und Einschränkungen für werdende Väter an der Schnittstelle von Biologie und Kultur*. Trier: Fokus Kultur c/o Universität Trier FB IV.

Leboyer, Frédérik (1981) *Geburt ohne Gewalt* [1974]. München: Kösel.

Lothrop, Hanny (1985) *Das Stillbuch*. München: Kösel.

Lutz, Ulrike/ Petra Kolip (2006) *Die GEK-Kaiserschnittstudie*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

Pasquale, Judith (1998) *Die Arbeit der Mütter. Verberuflichung und Professionalisierung moderner Mutterarbeit*. Weinheim/ München: Juventa.

Otto, Petra (2008) „Väter bei der Geburt – kulturelle Errungenschaft oder Irrweg? Eine Zwischenbilanz." *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 2/2008 (Forum Online).

Reim, Doris (1984) *Frauen berichten vom Kinderkriegen*. München: dtv.

Rose, Lotte (1993) „Kinderkriegen heute. Riskante Chancen zwischen Apparatemedizin und ‚sanfter' Geburtskultur." *Was für Kinder. Aufwachsen in Deutschland. Ein Handbuch*. Hg. Deutsches Jugendinstitut (Donata Elschenbroich/ Lising Pagenstecher). München: Kösel, 95-100.

Rose, Lotte (1997) „Körperästhetik im Wandel. Versportung und Entmütterlichung des Körpers in den Weiblichkeitsidealen der Risikogesellschaft." *Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis*. Hg. Irene Dölling/ Beate Krais. Frankfurt/ M.: Suhrkamp, 125-149.

Rüling, Anneli (2007) „Das Stillen – Traditionalisierung der Arbeitsteilung durch naturalisierende Deutungen von Geschlecht." *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*. Hg. Karl-Siegbert Rehberg

(CD-Rom). Frankfurt/M./ New York: Campus, 4774-4786.

Schmied-Knittel, Ina/ Michael Schetsche (2009) „Wochensuppe, Sonntagskinder und Nosoden: Magische Praktiken und spirituelle Rituale um Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt." Vortrag auf der Tagung „Zwischen guter Hoffnung, Risiko und instrumentellem Projekt: Zur Soziologie der Geburt", 10./11.7.2009 an der Ludwig-Maximilian-Universität München (unveröffentlicht).

Vorsorge-Initiative (Hg.) (o.J.) *Schwangerschaft 1983/84 …ein paar offene Worte mehr als üblich.* (Auftraggeber: Aktion Sorgendkind e.V. Frankfurt/M.).

Ullrich, Charlotte (2009) „Alles ganz natürlich? Geburtsvorbereitung und Geburt zwischen Biomedikalisierung und Demedikalisierung." Vortrag auf der Tagung „Zwischen guter Hoffnung, Risiko und instrumentellem Projekt: Zur Soziologie der Geburt", 10./11.7.2009 an der Ludwig-Maximilian-Universität München (unveröffentlicht).

Unser Körper – unser Leben (1981). Ein Handbuch von Frauen für Frauen, Band 2. Reinbek beim Hamburg: Rowohlt.