

Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems

Jung, Tina

2017

<https://doi.org/10.25595/2729>

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Jung, Tina: *Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems*, in: *Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, Jg. 9 (2017) Nr. 2, 30–45. DOI: <https://doi.org/10.25595/2729>.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: <https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03>

Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems

Zusammenfassung

Selbstbestimmung, *informed choice* und *informed consent* sind zu Schlüsselbegriffen in der Geburtshilfe avanciert. Dabei fällt die Popularität des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses in eine Zeit, in der die Geburtshilfe im Zeichen der neoliberalen Ökonomisierung einem tiefgreifenden Wandel unterliegt, der sich u. a. in einer deutlichen Verschlechterung der strukturellen Rahmenbedingungen der Versorgungsqualität von schwangeren und gebärenden Frauen und in einer Abwertung von somatisch-beziehungsorientierten Momenten von Geburtsbegleitung zeigt. Der Beitrag untersucht, welche Bedeutungsverschiebungen das Verständnis von Selbstbestimmung durchlaufen und welche Effekte dies aktuell für schwangere und gebärende Frauen in der Geburtshilfe hat. Gezeigt wird, dass und wie der derzeitige Selbstbestimmungsdiskurs in der Geburtshilfe dazu beiträgt, die Verantwortung für das Gelingen einer ‚guten‘ Geburt auf die Frauen zu verschieben und gleichzeitig den Verlust jener somatisch-beziehungsorientierten Bedingungen, auf die es für eine gute Geburtshilfe ankommt, zu legitimieren. Im Beitrag wird dafür plädiert, Selbstbestimmung nicht länger als Frage der Information, der Vorbereitung und der Entscheidung zu verstehen, sondern als Frage der Befähigung zu Urteilskraft, die Momente der Angewiesenheit, Achtsamkeit, Fürsorge, Schmerz, Angst, aber auch Kraft, Lust und Freude einschließen kann.

Schlüsselwörter

Selbstbestimmung, Geburtshilfe, Ökonomisierung, Care, Wissen, Feminismus

Summary

Is a “good birth” the result of the “right” choices? A critique of the current discourse on self-determination in light of the economization of obstetric services

Self-determination, informed choice and informed consent have become important keywords in obstetric and midwifery practice. The popularity of the current discourse on self-determination coincides with the fact that obstetrics is increasingly being subjected to neoliberal economization and is thereby undergoing profound change. This change manifests itself, above all, in the fact that the structural framework of care for pregnant and birthing women is clearly deteriorating, and in that the somatic relationship-oriented aspects of obstetrics and midwifery are being devalued. I analyze the shift in our understanding of what self-determination is and I also map out the current effects of this shift on pregnant women and women in labour. Furthermore, I illustrate that, and in what way, the current discourse on self-determination in obstetric and midwifery practice leads to the fact that the responsibility for a “good” birth is being transferred onto women. This signifies a loss of the particular temporality and the somatic phenomena the woman in labour experiences. In my conclusion I argue that self-determination should no longer be understood as a question of information, preparation and decision, but rather as enabling judgement, which includes aspects of dependence, awareness, care, pain, fear, but also power, desire and joy.

Keywords

self-determination, obstetrics, midwifery, economization, care, knowledge, feminism strategies

1 Einleitung: Ökonomisierung und Selbstbestimmung in der Geburtshilfe

Die Praxis des Gebärens und die Organisation der Geburtshilfe unterliegen einem sozio-historischen Wandel. Die Frauen- und Geschlechterforschung hat die Prozesse der Medikalisierung (insbesondere seit dem frühen 19. Jahrhundert), der Hospitalisierung und – damit einhergehend – der Technisierung der Geburt vor allem ab Mitte des 20. Jahrhunderts untersucht (vgl. u. a. Beaufaÿs 1997; Metz-Becker 1999, 1997). So war die sog. programmierte Geburt der 1960er- und 1970er-Jahre Gegenstand der Kritik der westdeutschen Frauengesundheitsbewegung, die u. a. in die Gründung von Frauengesundheitszentren (ab Mitte der 1970er-Jahre) und Geburtshäusern (ab Mitte der 1980er-Jahre) mündete. Im Zeichen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems vollzieht sich seit den 1990er-Jahren ein neuerlicher, tiefgreifender Wandlungsprozess in der Geburtshilfe.¹

Im vorliegenden Beitrag wird argumentiert, dass es sich bei diesem Wandel um einen komplexen Prozess handelt, bei dem sich scheinbar entgegengesetzte Tendenzen miteinander verzahnen: Nämlich der im Zeichen der Ökonomisierung der Geburtshilfe stattfindende, massive Umbau der geburtshilflichen Versorgungsstruktur einerseits und der Aufstieg der Selbstbestimmung rund um die Geburt andererseits. Während auf der Strukturebene eine deutliche quantitative und qualitative Verschlechterung der Versorgung in der Geburtshilfe konstatiert werden kann, avanciert gleichzeitig die Selbstbestimmung der Schwangeren und Gebärenden (und damit assoziierte Konzepte wie *informed choice* und *informed consent*) zu einem Schlüsselbegriff in der Geburtshilfe (vgl. Tegethoff 2011; Kirkham 2004), und zwar nicht zuletzt popularisiert durch eine bemerkenswerte Fülle an Ratgeberliteratur für die „selbstbestimmte Geburt“ (vgl. u. a. Gaskin 2015). Der Topos der Selbstbestimmung, so meine Argumentation, erfüllt dabei nicht nur die Funktion einer Ermächtigung der Gebärenden angesichts einer medikalierten, technisierten und hospitalisierten Geburtshilfe. Im Kontext der Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird Selbstbestimmung vielmehr häufig als individuell zu erbringende Leistung in Form von Informiertheit, Vorbereitung und ‚richtigen‘ Entscheidungen verstanden, die die Zuständigkeit für eine als ‚gut‘ wahrgenommene Geburt den Schwangeren und Gebärenden überantwortet. Dabei kann jedoch nicht nur der in geburtshilflichen Einrichtungen von den Frauen eingeholte *consent* als Legitimation für herrschaftliche Praktiken verwendet werden. Auch die im Zuge der Ökonomisierung der Geburtshilfe (politisch) erzeugten Defizite bezüglich einer adäquaten personellen und strukturellen Versorgungslage in der Geburtshilfe werden tendenziell unsichtbar gemacht.

Die Ankunft des Selbstbestimmungsrechts von Frauen in der Geburtshilfe hat ohne Zweifel zu einer Humanisierung der Geburtshilfe geführt. Wie in vielen anderen Bereichen auch sind mit den Erfolgen der Frauenbewegung aber auch unintendierte Neben-

1 Für zahlreiche Hinweise und Anregungen, die z. T. in diesen Artikel eingeflossen sind, danke ich den Teilnehmerinnen des Workshops „Die Politik der Geburt“, der im Oktober 2016 an der JLU Gießen in Kooperation zwischen der Arbeitsstelle Gender Studies und dem Gießener Graduiertenkolleg Sozial-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften stattgefunden hat. Ich danke außerdem den Herausgeberinnen des vorliegenden Schwerpunkthefts sowie den anonymen Gutachter_innen für wertvolle und konstruktive Überarbeitungshinweise.

effekte verbunden (vgl. für die feministische Diskussion Fraser 2009). Der Kampf um Selbstbestimmung kann dabei nicht losgelöst von anderen Wandlungsprozessen in der Geburtshilfe betrachtet werden. Gerade vor dem Hintergrund der Ökonomisierung der Geburtshilfe zeigt sich der Einsatz von Selbstbestimmung hochgradig ambivalent. Ich möchte in meinem Beitrag aufzeigen und diskutieren, dass und wie Selbstbestimmung auch als *ein Moment* herrschaftsförmiger Praktiken und Prozesse zu verstehen ist.

Um dies darzulegen, werde ich zunächst einige Aspekte dessen beleuchten, wie sich die geburtshilfliche Versorgungssituation im Zuge der Ökonomisierung der Geburtshilfe derzeit wandelt bzw. seit den frühen 1990er-Jahren bereits gewandelt hat (Abschnitt 2). Sodann werde ich dem Verständnis von Selbstbestimmung nachgehen. Hierfür zeichne ich die Integration der von der Frauengesundheitsbewegung vorgetragenen Forderungen nach Selbstbestimmung in das Gesundheitssystem und in die Geburtshilfe im Besonderen nach und zeige, welche Bedeutungsverschiebungen sich damit verbinden. Aus dem *Recht* auf Selbstbestimmung ist die *Notwendigkeit* zur planenden Vorbereitung und zur informierten Entscheidung geworden – und zwar sowohl im dominierenden geburtsmedizinischen Verständnis als auch im alternativen, natürlichkeitsorientierten Verständnis von Geburt (Abschnitt 3). Ich werde weiter argumentieren, dass diese gegenwärtig dominierende Vorstellung von Selbstbestimmung dazu führt, dass die ‚gute‘ Geburt als von den schwangeren und gebärenden Frauen selbst herzustellender Vorgang, als Ergebnis der richtigen Entscheidungen erscheint; und *vice versa* die ‚schlechte‘ Geburt als Ergebnis der falschen Entscheidungen der Frauen. Dieses neoliberal gewendete Verständnis von Selbstbestimmung bürdet den schwangeren und gebärenden Frauen nicht nur die Verantwortung für den Verlauf der Geburt im Sinne eines idealen Herstellungsprozesses auf, sondern kann bei jenen, die keine ‚gute‘ Geburt erleben, als *blaming* fungieren (Abschnitt 4). Anschließend werde ich kritisch diskutieren, dass nicht allein Information, Vorbereitung und Entscheidungsmacht zentral für selbstbestimmte Geburtshilfe sind, sondern ebenso die strukturelle Ermöglichung des Aufbaus einer vertrauensvollen Fürsorgebeziehung zwischen Gebärender und Geburtshelfer_innen (Abschnitt 5). Abschließend wird für ein Verständnis von Selbstbestimmung als Beziehungsarbeit und für einen dies ermöglichenden Umbau der Geburtshilfe plädiert (Abschnitt 6).²

2 Bei meinen Ausführungen stütze ich mich neben der angegebenen Forschungsliteratur auf eigene empirische Ergebnisse, die ich im Rahmen des Forschungsprojekts „Die Ökonomisierung der Geburtshilfe. Hessische Studie zur Versorgungsqualität in Schwangerschaft und Geburt“ gewonnen habe (Laufzeit Dezember 2015 bis Dezember 2016). Im Projekt habe ich u. a. neun leitfadengestützte Interviews mit jungen Müttern geführt und mit Grounded Theory ausgewertet, statistische Daten untersucht und mit zeitweiser Unterstützung durch Annaliese Ohland eine Versorgungsstrukturanalyse dreier hessischer Landkreise (inklusive Expert_innengesprächen mit Hebammen) durchgeführt. Auch wenn die Argumentation des vorliegenden Beitrags maßgeblich auf empirischen Befunden des Forschungsprojekts „Ökonomisierung der Geburtshilfe“ fußt, versteht sich der Artikel als eigenständige wissenschaftliche Arbeit und nicht vorrangig als Darstellung des Forschungsprojekts (vgl. dazu Jung 2017).

2 Die Ökonomisierung der Geburtshilfe und ihre Auswirkungen auf das geburtshilfliche Versorgungsgeschehen

Seit geraumer Zeit kreisen kritische Forschungsansätze zu Schwangerschaft, Geburt und Geburtshilfe um spezifische Problem- und Themenkomplexe. Dazu gehören das Verhältnis zwischen den Geschlechtern, Konflikte um unterschiedliche (z. T. geschlechtlich konnotierte) Wissensformen, der Wandel von Selbst- und Fremdbestimmung als Frage von Macht und Ohnmacht in der modernen Geburtsmedizin sowie die Wahrnehmung und Umgangsweisen mit Gebärenden und Neugeborenen im Kontext der Schwelle von Leben und Tod (vgl. Schlumbohm et al. 1998). Viele der derzeit kritisch diskutierten Wandlungsprozesse in der Geburtshilfe sind historisch gesehen nicht ganz neu und insofern auch nicht erst Resultat der seit den frühen 1990er-Jahren einsetzenden, spätestens 2004 mit der Einführung des DRG-Systems (Abrechnung über Fallpauschalen) durchgesetzten Ökonomisierung der Geburtshilfe; dazu zählen u. a. die Hospitalisierung, die Pathologisierung und die Medikalisierung der Geburt, die die Entstehung der modernen Geburtsmedizin (und zwar auch in ihrer Form als Maskulinisierung einer zuvor nahezu ausschließlich in Frauenhand befindlichen Praxis) zum Teil seit ihren Anfängen begleitet. Auch die Frauengesundheitsbewegung und Geburtshausbewegung in den 1980er- und 1990er-Jahren sind ja selbst schon als Reaktionen auf diese Prozesse zu verstehen.

Neu ist allerdings eine monetäre In-Wert-Setzung von Gebären und weiblichen Körpern im Kontext von Schwangerschaft und Geburt, die nahezu flächendeckende Ausweitung der Klassifizierung von (zumeist gesunden) Schwangeren als Risikopatientinnen, die Verkürzung der Zeitlichkeit rund um das Geburtsgeschehen, der normalisierte Einsatz von Tests, Technik, pharmazeutischen Produkten und Überwachung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs, die räumliche Zentralisierung von Geburtskliniken sowie die Schließungen von wohnortnahen Geburtshilfeabteilungen und der ökonomische Druck auf außerklinische Geburtshilfeeinrichtungen. Zusätzlich ist die Zahl der in den Geburtskliniken aufgestellten Betten in vielen Regionen in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gesunken (in Hessen etwa zum Teil um knapp ein Drittel), obwohl die Geburtenraten seit 2012 wieder steigen.

Die technisierte, risikomanageriale, Schwangerschaft und Geburt unter den Verdacht von Pathologien stellende Geburtsmedizin hat sich als dominierende durchgesetzt – nur etwa zwei Prozent der Schwangeren bringen ihr Kind außerklinisch (zu Hause oder in einem Geburtshaus) zur Welt. Seinen Niederschlag findet dies u. a. in den drastisch gestiegenen Interventionsraten, hier vor allem in den Kaiserschnitttraten in Deutschland. Seit 1991 ist die Kaiserschnitttrate auf über das Doppelte gestiegen (2015: 32,23 %; IQTIG 2016), wobei hier erhebliche regionale Unterschiede zu verzeichnen sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht eine Kaiserschnitttrate von lediglich 10 bis 15 % als medizinisch indiziert an. Eine Rate über 15 % hingegen spricht dafür, dass zu oft und unnötig in den Geburtsverlauf eingegriffen wird und damit Aspekte der Frauen- und Neugeborenen-gesundheit von anderen Faktoren überlagert werden. Entscheidend für diese starke Erhöhung sind u. a. die Art der Klinikorganisation, das unterschiedliche ärztliche Vorgehen bei Entscheidungsspielräumen und die starke Orientierung der Geburtshelfer_innen an Planbarkeit, Kalkulierbarkeit und Haftungsrecht (vgl. Kolip/

Nolting/Zich 2012). In vielen Kliniken wird eine defensive Geburtsmedizin verfolgt: Aus Angst vor Regress- und Haftpflichtanforderungen weichen Ärzt_innen der Nicht-Planbarkeit einer natürlichen Geburt im Sinne einer möglichst umfassenden Kontrollierbarkeit des Geburtsvorgangs aus.

Mit der 2004 erfolgten Einführung des DRG-Systems als Abrechnungssystem im Gesundheitswesen werden überdies monetäre Anreize für Interventionen und insbesondere Schnittentbindungen gesetzt (vgl. u. a. Otto/Wagner 2013). Insgesamt wird finanziell belohnt, wenn eine Klinik in die Geburt eingreift. Dies zeigt sich auch statistisch deutlich: Das Erlösvolumen je Fall in der Geburtshilfe hat sich in nur fünf Jahren, von 2010 bis 2015, um über 37 % auf 1 915 Euro je Fall erhöht (vgl. Statistisches Bundesamt 2011–2016, eigene Berechnungen). Die Anzahl an durchgeführten Operationen in der Geburtshilfe steigt seit der Einführung des DRG-Systems stetig an – stärker als der Anstieg der Geburtenzahlen –, von durchschnittlich 1,07 Operationen je entbundener Frau 2005 auf 1,21 Operationen je entbundener Frau 2015 (vgl. Statistisches Bundesamt 2006–2016, eigene Berechnungen).

Die Profitorientierung innerhalb ökonomisierter Gesundheitsmärkte und die dem DRG-System inhärente Logik, finanzielle Anreize für die Erwirtschaftung von Einnahmen durch die Ausweitung des Einsatzes von Technik, pharmazeutischen Produkten und Interventionen zu schaffen, haben in einem zentralen Bereich des Daseins zu einer Dynamik der Kostenexpansion und einer Erhöhung der „Stückkosten“ pro Geburt geführt, in dem die längste Zeit über wenig Geld zirkulierte (vgl. auch Duden 2013: 48). Geburt und Gebären erfahren also im klinischen Setting eine monetäre In-Wert-Setzung, die sich gleichzeitig in eine massive Verdrängung all jener Aspekte der Geburtshilfe übersetzt, die sich nicht in der Abrechnungslogik des DRG-Systems abbilden lassen: die körperlich-beziehungsorientierten Aspekte, die traditionell mit der originären Hebammenkunst verbunden sind. Es muss davon ausgegangen werden, dass in vielen Geburtskliniken eine Betreuung der Gebärenden durch angestellte Hebammen und/oder geburtsmedizinisches Personal nur noch punktuell, am Einsatz von Technik und Überwachung orientiert, stattfindet (vgl. Jung 2017). Die räumlich-organisatorische Versinnbildlichung dieser Normalisierung von Distanz und des Verlusts an Beziehung und Interaktion zwischen Gebärenden und Hebammen findet sich z. B. im Einsatz sogenannter zentraler fetaler Überwachungseinheiten. Dabei handelt es sich um zu Kontrollstationen ausgebaute Schreibtischarbeitsplätze, auf deren Bildschirme die mittels CTG aufgezeichnete Wehentätigkeit der im Kreißsaal befindlichen Gebärenden übertragen wird, wodurch es ermöglicht wird, mit wenig Personal mehrere Gebärende gleichzeitig zu überwachen.

3 Zur Bedeutungsverschiebung des Verständnisses von Selbstbestimmung

Nicht nur die Geburtshilfe wandelt sich, sondern auch das Verständnis und die Bedeutung von Selbstbestimmung im Kontext des Gesundheitswesens. Die zweite Frauenbewegung und die aus ihr hervorgegangene Frauengesundheitsbewegung nehmen eine entscheidende Rolle ein, wenn es um die Forderung nach Selbstbestimmung in diesem

Kontext geht. Das Aufbegehren nach Freiheit wurde zu einer zentralen Programmatik für feministisches Denken und Handeln (vgl. Holland-Cunz 2003). Zur feministischen Praxis gehörten ab den 1970er-Jahren Aktivitäten, die sich auf Gesundheit und Körperlichkeit bezogen. Aus diesem Kontext heraus gründeten sich u. a. Frauengesundheitszentren (vgl. Schmincke 2015). Dabei hat bereits in der Frauen-(Gesundheits-)Bewegung ein Bedeutungswandel von Selbstbestimmung stattgefunden: War der Ruf nach Befreiung zunächst auf die radikale Veränderung der gesellschaftlichen Strukturbedingungen hin orientiert, vollzog sich mit der Forderung nach *körperlicher* Selbstbestimmung eine Verschiebung „von der Befreiung der Frau zur Befreiung des Selbst“ (vgl. Schmincke 2015: 217ff.). Einerseits war die Anerkennung der körperlichen Selbstbestimmung eine zentrale Voraussetzung für die Anerkennung der Frauen als Bürgerinnen. Andererseits zeigte sich in der Praxis eine Tendenz, die Thematisierung von Selbstverhältnissen von Forderungen nach gesellschaftlichem Wandel abzukoppeln. Dies hat es ermöglicht, dass auch feministische Praxen Ansatzpunkte für die vielfach als neoliberal gekennzeichnete Disziplinierung der Subjekte geboten haben, eigene „Gefühle und Körperlichkeit in den Dienst der eigenen Optimierung oder Vermarktung zu stellen“ (Schmincke 2015: 236f.). Die von der Frauengesundheitsbewegung in befreiender Absicht vollzogene Somatisierung von Selbstverhältnissen ist im Kontext der Ökonomisierung der Geburtshilfe zu einer zweiseitigen Angelegenheit geworden: Momente des Empowerments und Momente der Selbstdisziplinierung und -führung liegen eng beieinander. Dies lässt sich z. B. an der Vervielfältigung von Kursangeboten für Schwangere und junge Familien nachzeichnen. Waren Geburtsvorbereitungskurse zunächst von der Mütterbewegung und den feministischen Frauengesundheitszentren im Sinne einer Selbsthilfe und -bildung angeboten worden,³ werden sie derzeit in der Forschung kritisch als eine Arena diskutiert, in der Schwangere zur Arbeit an sich selbst angerufen werden (vgl. Seehaus 2015).

Die Ambivalenz des Konzepts Selbstbestimmung ist aber auch anderen gesellschaftlichen Veränderungsdynamiken zu verdanken. Die Forderungen der Frauengesundheitsbewegung nach mehr Selbstbestimmung trafen die Geburtskliniken in einer Situation, in der Letztere zunächst aufgrund des Geburtenrückgangs, dann (zusätzlich) durch die Ökonomisierung der Gesundheitsbranche einer zunehmenden Konkurrenz- und Wettbewerbssituation ausgesetzt waren. Ab den 1990er-Jahren gewinnt hier eine der Ökonomie entstammende Denkfigur, die Kund_innenorientierung, an Attraktivität. Kund_innenorientierung transportiert nach außen das Versprechen größerer Selbst- und Mitbestimmungsrechte der adressierten Schwangeren und Gebärenden. Die „Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzerinnen versprach unter diesen Bedingungen einen marktwirtschaftlichen Vorteil“ (Kuhlmann 2005: 159) für die Geburtskliniken. Allerdings ist umstritten, ob das Partizipationsversprechen tatsächlich zu einer wesentlichen Ausweitung der realen Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten der Nutzer_innen geführt hat, zumal das Ideal der Kund_innenorientierung in der Praxis auf die professionelle Deutungshoheit von Ärzt_innen und Hebammen trifft. Die asymmetrische Machtkonstellation zwischen der gesellschaftlich mit hoher Autorität ausgestatteten (Geburts-)Medizin einerseits und den Nutzer_innen andererseits werde mit diesem Partizipationsversprechen eher unsichtbar gemacht, so Kuhlmann (2015).

3 Für diesen Hinweis zur Entstehung von Geburtsvorbereitungskursen aus dem Kontext der west-deutschen Frauen- und Mütterbewegung danke ich Thea Vogel und Elisabeth Geisel.

Selbstbestimmung, *informed choice* und *informed consent* werden mittlerweile von unterschiedlichsten Akteursgruppen im öffentlichen Diskurs eingesetzt: In der *Wettbewerbslogik ökonomisierter Gesundheitsmärkte* umwerben Geburtskliniken Schwangere als zukünftige Kundinnen und Nutzerinnen zahlreicher Dienstleistungsangebote rund um das Geburtsgeschehen. Selbstbestimmung wird hier als vergleichende Wahl (z. B. sich die ‚beste‘ Geburtsklinik aussuchen) und dienstleistungsorientiertes Nutzungsverhalten (z. B. der sog. Wunschkaiserschnitt) von entscheidungsmächtigen Kundinnen interpretiert. Die Zufriedenheit der Kundinnen wird für Geburtsmediziner_innen nicht zuletzt deshalb zunehmend relevant, weil mögliche Gesundheitsschädigungen während der Geburt nicht (mehr) als Schicksal wahrgenommen werden, sondern als Behandlungsfehler, gegen die Eltern immer häufiger auf Schadensersatz klagen – mit immer höheren Schadensersatzsummen. Innerhalb des dominanten *geburtsmedizinischen Ansatzes* ist der Fokus auf die Erkennung und Vermeidung von Pathologien bzw. Risiken in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gerichtet. Die Frauen werden hier als verantwortliche Subjekte ihrer risikobelasteten Umstände adressiert, die sie im Sinne eines optimierten Gesundheitsverhaltens (insbesondere mit Blick auf das Kindswohl) managen sollen.

Im Hebammenwesen wird die „Förderung der Kompetenz und Selbstbestimmung der Frau“ als eines von zwei übergeordneten Zielen ausgegeben (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 38; ähnlich Deutscher Hebammenverband 2014: 53f.). Auch politische Initiativen beziehen sich im Sinne der Durchsetzung der Rechte von Schwangeren und Gebärenden darauf. Selbstbestimmung wird so diskursiv zu einem relevanten Qualitätsaspekt der geburtshilflichen Versorgung und zu einem relevanten Patientinnen-/Nutzerinnenrecht aufgewertet. Innerhalb des *alternativen*, an Natürlichkeitsvorstellungen orientierten geburtshilflichen *Ansatzes* hingegen werden die in den letzten 20 Jahren drastisch gestiegenen Interventionsraten und die Verdrängung von Hebammenunterstützung durch den Einsatz von Kontroll- und Überwachungstechnik im Kreißaal nicht etwa als Ausdruck gelingender Selbstbestimmung, sondern als dessen Gegenteil wahrgenommen. Kritisiert wird, dass der dominierende geburtsmedizinische Ansatz die Frauen ihrer natürlichen Kraft und Autonomie beraubt. Im alternativen Verständnis setzt eine selbstbestimmte Geburt daher umgekehrt an den Fähigkeiten und an den individuellen, ganzheitlichen Ressourcen der Frauen an. Selbstbestimmung realisiert sich hier idealiter als hebammenbegleitete bzw. außerklinische, möglichst interventionsfreie, ‚natürliche‘ Geburt (vgl. Tegethoff 2011; Malacrida/Boulton 2014).

Die Transformation des Begriffs der Selbstbestimmung basiert aber auch auf einer Veränderung der zugrunde liegenden Art von Rationalität. Die Rationalität der gegenwärtig als selbstbestimmt geltenden Entscheidung ist eine, die informiert und nach Wahrscheinlichkeitsstatistiken ‚berechnet‘ ist – und nicht länger eine, die auf einem kundigen Urteil, auf Erfahrung, intuitivem Handeln oder Beobachtung ruht (vgl. Samerski 2014). Die informierte Entscheidung verlangt, so Silja Samerski,

„evidenzbasierte Optionen zu vergleichen und vorausberechnete Chancen und Risiken abzuwägen. Mit der leibhaftigen Frau in ihren konkreten Umständen hat dies oft gar nichts zu tun, sie ist von ihrem Risikoprofil, einem Set statistischer Daten, abgeleitet.“ (Samerski 2014: 32)

Bei allen Unterschieden im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt eint die verschiedenen Ansätze eine entscheidende Prämisse: Sie sehen Frauen als handlungsmächtige Subjekte, die rund um das Geburtsgeschehen Entscheidungen treffen bzw. bei geburtshilflichen Maßnahmen Mitspracherechte eingeräumt bekommen (müssen). Schwangere und gebärende Frauen werden als autonome und informierte Konsumentinnen bzw. Subjekte adressiert, die nicht nur in der Lage sind, fachliche Aspekte der Geburtshilfe abzuwägen und damit selbst zu Expertinnen zu werden, sondern dies auch in entsprechende Vorbereitungen zu übersetzen. Selbstbestimmung ist dabei stark individualistisch gefärbt und losgelöst von strukturellen Rahmenbedingungen, kulturellen Vorstellungen und geburtshilflichen Normen und Handlungs routinen. Diese Veränderungen im Verständnis von Selbstbestimmung haben letztlich auch Effekte darauf, wie Geburten erlebt werden.

4 Informieren, Vorbereiten, Entscheiden: Geburt als individueller Herstellungsvorgang

Was bedeutet es für die schwangeren und gebärenden Frauen, wenn Selbstbestimmung in der Geburtshilfe in Begriffen von Informiertheit, guter Vorbereitung und richtigem Entscheiden verstanden wird? Zur Illustration dessen möchte ich auf empirisches Material aus leitfadenstützten Interviews mit jungen Müttern zurückgreifen, die ich im Frühjahr 2016 im Rahmen des Forschungsprojekts „Ökonomisierung der Geburtshilfe“ geführt habe. Ich habe exemplarisch Ausschnitte aus zwei der insgesamt neun Interviews ausgewählt, weil diese beiden Geburtserzählungen in mancher Hinsicht sehr unterschiedlich sind (Geburtshausgeburt vs. Klinikgeburt; eher ‚natürliches‘ Verständnis von Geburt vs. Affinität zu technisch-medikalisierte Geburtsbegleitung bei den beiden interviewten Müttern; ‚gute‘ vs. eher ‚schlechte‘ Geburtserfahrungen), gleichwohl aber in beiden Erzählungen die Relevanz von Informiertheit, Vorbereitung und Entscheidungen im Zusammenhang mit der Übernahme und/oder Fremdzuschreibung von Verantwortung für ‚gute‘ und ‚schlechte‘ Geburten zum Ausdruck kommt.

Eine der jungen Mütter, Britta⁴, erzählt, dass sie eine rundum schöne, selbstbestimmte Geburt erlebt hat. Britta ist Mitte dreißig, sehr gut ausgebildet und beruflich erfolgreich. Sie erlebt ihre Schwangerschaft und die erwartete Geburt frohen Mutes, lässt sich durch das im Mutterpass auferlegte Label „risikoschwanger“ nicht verunsichern und verfügt über die Ressourcen, ihre eigenen Wünsche, Vorstellungen und Bedürfnisse hinsichtlich der Geburt auch umsetzen zu können. Britta weiß, was sie will: „nicht Krankenhaus und dass ich in Ruhe gelassen werde“. Sie möchte kontrollieren, wer wann durch die Tür kommt, wer sie anfasst und dass keine Entscheidungen über ihren Kopf hinweg gefällt werden. Im Geburtshaus sieht sie die Bedingungen dafür am ehesten verwirklicht. Tatsächlich verläuft die Geburt genauso, wie sie es sich gewünscht hat, die Schmerzen sind „aushaltbar“ und mit der Betreuung durch die Geburtshaushebamme/n ist sie sehr zufrieden; alles lief für sie ‚nach Plan‘. Interessant an Brittas Erzählung ist, dass sie diese schöne, gute und glückliche Geburt ihres Babys rückblickend im Licht ihres eigenen Einsatzes, ihres aktiven Wollens, ihrer richtigen Entscheidungen und ihrer

4 Alle Namen der Interviewten sind zum Zweck der Anonymisierung geändert.

angemessenen (u. a. körperlichen) Vorbereitung rekonstruiert, und zwar auch in expliziter Abgrenzung zu den falschen Entscheidungen einiger ihrer Freundinnen, die in die Klinik gegangen sind und dort schlechte Erfahrungen gemacht haben. Die von Britta favorisierten Natürlichkeitsvorstellungen bezüglich der Geburt verzahnen sich nicht etwa mit einer wie auch immer gearteten Schicksalsergebenheit angesichts des ‚Naturereignisses‘ Geburt. In Brittas Sichtweise ist diese gute Geburt nichts, was einfach so gekommen ist, was sie ‚natürlichen Kräften‘ oder glücklichen Umständen verdankt, sondern sie wurde durch entsprechende Weichenstellungen ihrerseits, ihre (körperliche) Vorbereitung und ihre Entscheidungen überhaupt erst (mit)hergestellt. Britta sagt dazu:

„Ich bin davon ausgegangen, dass es so läuft, wie ich möchte [...] und dachte, das geht alles schon so, wie ich das *will*. Und das war dann ja auch so.“

Selbstbestimmung als Herstellbarkeit einer guten Geburt und als Ausdruck der richtigen Selbstführung zu interpretieren, fügt sich in diesem Fall recht nahtlos in den Habitus einer selbstbewussten, erfolgreichen Frau mit urbanem Lebensstil ein. Diese modernisierte Variante des Natürlichkeitsansatzes ist hinsichtlich der Betonung von (rationalen Willens-)Entscheidungen, adäquater Vorbereitung und kontrollierbarer Herstellbarkeit den Planbarkeits- und Kontrollvorstellungen der technisierten Geburtsmedizin nicht unähnlich – wenngleich unter völlig anderen Vorzeichen.

Doch nicht immer gehen Informiertheit, Wollen und Entscheiden mit dem Verlauf und dem Erleben der Geburt so passgenau zusammen. Das skizzierte Selbstbestimmungsverständnis bürdet den Frauen nicht nur im positiven, handlungsermächtigenden Sinne die Verantwortung für ihre Geburten auf, sondern kann sich ins Gegenteil verkehren und als *blaming* fungieren. Wie im folgenden Beispiel einer jungen Mutter, Anke, erläutert wird, kann den Frauen im Zeichen eines an Wissen, Vorbereitung und Entscheidung orientierten Selbstbestimmungsdiskurses entweder selbst die Verantwortung für traumatische oder negative Erfahrungen oder von Dritten die Verantwortung für ihre ‚schlechte‘ Geburt zugeschrieben werden.

Ankes Schwangerschaft verläuft gänzlich unkompliziert. Als sie sieben Tage nach dem errechneten Geburtstermin noch keine Wehen hat, wollen die Ärzte in der Klinik, in die sie zur Untersuchung geht, die Geburt einleiten:

Und dann habe ich gesagt: „Ja, warum?“ – „Ja, das ist die Richtlinie.“ Habe ich gesagt: „Ja, aber ist mit dem Kind irgendwas nicht in Ordnung oder so?“ – „Nein, mit dem Kind ist alles in Ordnung.“ Dann habe ich gesagt: „Ja, gut, dann müssen wir jetzt auch nicht einleiten.“ Ja, und dann haben sie gesagt: „Ja, gut, okay. Dann müssen Sie aber hier unterschreiben. Kommen Sie halt morgen wieder.“

Zum Verständnis dessen ist wichtig zu erläutern, dass die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) im Jahr 2010 eine S1-Leitlinie zum Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung veröffentlicht hat (die zum Zeitpunkt von Ankes Schwangerschaft noch gilt); es ist davon auszugehen, dass die Rede von der „Richtlinie“ in Ankes Erzählung auf diese S1-Leitlinie verweist – auch wenn die Wortwahl „Richtlinie“ statt „Leitlinie“ an dieser Stelle aufschlussreich ist. Denn tatsächlich hat sich seit der Veröffentlichung dieser S1-Leitlinie die Geburtseinleitungspolitik in vielen Kliniken maßgeblich verändert, obwohl in der Leitlinie selbst keine dezidierte Empfehlung zur Geburtseinleitung am achten Tag nach dem errechneten Geburtstermin ausgesprochen

wurde. In Ankes Fall wird die S1-Leitlinie als Anweisung, als „Vorschrift“ eingesetzt, sagt sie. Anke führt später im Interview aus, dass die Ärzte ihrem Eindruck nach gar nicht so richtig gewusst haben, warum überhaupt nach sieben Tagen eingeleitet werden soll. Nicht nur die Tatsache, dass diese auf konkrete Nachfrage merklich „ins Schwimmen“ kommen, sondern auch, dass man ihr die Notwendigkeit des Einleitens zunächst als alternativlos dargestellt hat, irritieren Anke:

„Die haben das als Faktum dargestellt, dass man nach sieben Tagen einleiten muss. Und da haben sie zum Beispiel auch nicht einmal darüber informiert, dass es in der anderen Klinik nicht so gehandhabt würde. Das macht auch jede Klinik anders. Und das wird einem dann natürlich gesagt, dass das hier Vorschrift von dieser Klinik ist und es wird ja einem so ein bisschen dargestellt, als sei es ebenso ein natürliches Gesetz oder so. [...] Das wird einem nicht offen gelegt, also, was dahinter steckt, warum sie jetzt diesen Kurs fahren, dass es auch anders gehandhabt wird.“

Anke kritisiert im Interview, dass die Klinik etwas als „Faktum“ dargestellt habe, als „natürliches Gesetz“ oder „Vorschrift“, was eben nicht alternativlos war und sogar in einer anderen Klinik der Stadt anders gehandhabt wird, wie sie durch eigene Recherchen später herausgefunden hat. Doch Anke wird aufgefordert, „am nächsten Tag“ wiederzukommen, und sie soll „unterschreiben“ – das heißt, die persönliche Verantwortung für das Zuwarten gegen das ausgesprochene ärztliche Wollen und die „Richtlinie“/„Vorschrift“ übernehmen. Drei Tage später wird bei Anke dann doch die Geburt eingeleitet, sie bekommt Wehen. Für sie selbst fühlt sich das folgende Geburtsgeschehen „in Ordnung“ an und die zuständige Hebamme in der Nacht stärkt sie in dieser Wahrnehmung.

„Und dann am nächsten Morgen, als dann der Schichtwechsel war, man ist ja wirklich in so einem Klinikbetrieb dann, dann kam die Oberärztin und hat gesagt: ‚Also jetzt sind Sie hier die ganze Nacht in den Wehen gelegen und der Muttermund öffnet sich nicht weiter. Es wird jetzt auch langsam zu stressig für das Kind und wir machen jetzt einen Kaiserschnitt.‘ Und da hatte ich irgendwie gar keine Chance mehr, nein zu sagen. [...] Und ich wusste auch gar nicht genau, was auf mich zukommt. Das geht ja auch total schnell, das war mir eigentlich auch nicht klar. Innerhalb von 15 Minuten war das Kind draußen gewesen.“

Anke beschreibt hier eine Situation, in der sie „keine Chance hatte, nein zu sagen“. Rechtlich gesehen ist erforderlich, dass Anke von ärztlicher Seite aufgeklärt wird und in den Kaiserschnitt einwilligt. Wie also kam es dazu, dass Anke „keine Chance hatte, nein zu sagen“, wo sie doch *formal* in den Kaiserschnitt eingewilligt hat, *informed consent* auf dem Papier gegeben ist? Anke nennt selbst mehrere Faktoren, warum sie keine Chance hatte: Sie ist nach der langen Nacht in den Wehen erschöpft und will, dass es mal „ein Ende nimmt“. Die konkrete Situation, als die Oberärztin sie mit dem Kaiserschnitt konfrontiert, erlebt sie zudem als Überrumpelung: Sie ist nicht darauf „vorbereitet“, weil aus ihrer Wahrnehmung eigentlich alles „in Ordnung“ ist und man ihr bis dato auch nichts Gegenteiliges gesagt hat. Ihr ist zudem „nicht klar“, was auf sie „zukommt“ – dass das Kind schon so kurze Zeit später „draußen“ ist. Obwohl sie immer wieder betont, der Kaiserschnitt sei zwar unangenehm, aber nicht traumatisch gewesen, erlebt Anke die Zeit nach dem Kaiserschnitt als „Horror“: Weil sie aufgrund der Bauchoperation viele Tage nach der Geburt noch kaum gehen kann und nicht weiß, wie sie die Treppen zu ihrer Wohnung hochkommen soll, obwohl die Geburtsklinik sie schon wieder „loswerden will“ (das Bett frei haben will); weil sie viele Schmerzmittel nehmen

muss und insgesamt deswegen sehr „gereizt“ und „genervt“ ist, statt die Situation mit ihrem Neugeborenen „genießen“ zu können. Obwohl die Einwilligung in den Kaiserschnitt weniger ihrer souveränen Entscheidung als vielmehr ihrer gefühlten Ohnmacht (keine Chance zu haben) geschuldet ist, wird Anke als Entscheiderin im Wochenbett für diese ‚schlechte‘ Geburt verantwortlich gemacht. Anke erlebt ihre Nachsorgehebamme (mit der sie auch im Wochenbett überhaupt erstmals richtig Kontakt hat) als „schrecklich“, weil diese „das alles [die Geburt] total schlecht gemacht [hat]. [...] Also, als hätte ich irgendwie alles falsch gemacht, also alle Entscheidungen, die ich für mich getroffen habe, hat sie schon so abgewertet.“

Zweifellos kann die geburtshilfliche Praxis, die Anke widerfährt, nicht als gute Praxis im Sinne der Gewährleistung von *informed choice* und *informed consent* gelten. Gleichwohl werden Ankes Erfahrungen nachträglich nicht als Resultat des rigiden Zeit- und Einleitungsregimes in der Geburtsklinik, der mangelnden Aufklärung über Alternativen, der diskontinuierlichen Betreuung durch die Kreißsaalhebamme und die mit dem morgendlichen Schichtwechsel einhergehende Beratung der Oberärztin zum Kaiserschnitt, sondern als Ergebnis falscher Entscheidungen von Anke selbst ausgelegt. Dabei ist die Erfahrung, nicht wirklich selbstbestimmt über zentrale Weichenstellungen im Geburtsprozess entschieden zu haben, keineswegs eine, die nur Anke gemacht hat. Die Mehrheit der jungen Mütter beschreibt in den Interviews Situationen, in denen sie mal mehr, mal weniger subtil gegängelt, überrumpelt und/oder tendenziös beraten worden sind oder in denen sie aus verschiedensten Gründen nicht wirklich „die Chance hatten, nein zu sagen“ – sei es aus Autoritätsgläubigkeit, Harmoniebedürfnis, Erschöpfung, Schmerz und/oder Angst. Formal gesehen haben die Frauen dabei nicht immer, aber oft in die Maßnahmen, um die es dabei ging, eingewilligt (und sei es durch die Auslassung offenen Widerspruchs), die Maßnahmen dadurch letztlich legitimiert und die Praktiken der Geburtshelfer_innen damit (auch vor sich selbst) schwer hinterfragbar gemacht.

Der Rekurs auf Selbstbestimmung kann also unter den ungleichen und vermachteten Bedingungen in geburtshilflichen Einrichtungen nicht nur zur Ermächtigung von Schwangeren und Gebärenden, sondern auch zur Legitimation herrschaftlicher Praxen und zur Verantwortungsverschiebung auf Schwangere und Gebärende eingesetzt werden. Wie kann ‚echter‘ *consent* von Nötigung, Unterwerfung, stillem Dissens, Erschöpfung, Abhängigkeit oder Angst unterschieden werden? Freiheit und Selbstbestimmung sind, das hat feministische Forschung ausführlich kritisiert (vgl. Pateman 2003), insofern männlich konnotiert, als sie von existenziellen, die menschliche Reproduktion betreffenden Bedürfnissen und Notwendigkeiten frei gedacht werden. Zumindest das gegenwärtige dominierende Verständnis von Selbstbestimmung ist mit dem rationalistischen Impetus auf Information, Vorbereitung und Entscheidung eindeutig diesen androzentrischen Prämissen verhaftet und kann wesentliche Merkmale des Geburtsgeschehens nicht angemessen berücksichtigen.

5 Selbstbestimmung und die Frage, worauf es in der Geburtshilfe ankommt

Wenn Selbstbestimmung im Sinne von *informed choice* und *informed consent* der zentrale Bezugspunkt dafür ist, die Bedürfnisse und Rechte von Schwangeren und Gebärenden wieder in den Mittelpunkt guter Geburtshilfe zu setzen, wird damit im gegenwärtig vorherrschenden Verständnis zugleich gesetzt, dass es vor allem um Information, Vorbereitung und Entscheidungsmacht als zentrale Inhalte guter Geburtshilfe geht. Die Orientierung an dieser Vorstellung von Selbstbestimmung kollidiert in der besonderen, existenziellen Situation des Gebärens aber mit anderen Anforderungen, die sich eher mit dem Bedürfnis nach einer gelingenden Fürsorge-/Care-Beziehung zu Geburtshelfer_innen umschreiben lassen denn mit Information, Vorbereitung und Entscheidung. Friederike etwa, eine weitere interviewte Mutter, die drei Geburten mit der gleichen, ihr eng vertrauten Beleghebamme erlebt und sich bei allen drei Geburten „wohlgefühlt“ hat, beantwortet im Interview die Frage, worauf es bei guter Geburtshilfe ankommt, wie folgt:

„Ich brauche jemanden, wo ich, wenn ich in diese neue Situation reinkomme – und sie ist trotz allem bei jeder Geburt dann doch wieder neu – dass da jemand ist, der mir das Gefühl gibt, er weiß, was er tut. Der mir das Gefühl gibt, ich kann mich jetzt hier fallen lassen, ich muss eben selbst nicht mehr diese Entscheidungen treffen. Gerade mal so die wichtigsten, ‚Ich will ein Schmerzmittel, ja, nein‘ oder ‚Ich brauche einen Kaiserschnitt, ja, nein‘. Dass ich mich in diese Hände begeben kann und das Gefühl habe, ich muss jetzt nicht aufpassen, dass das alles richtig passiert.“

Demnach geht es also *erstens* nicht allein um Entscheidungen der Schwangeren und Gebärenden, sondern um ein „Fallenlassen können“ und um den Aufbau einer vertrauensvollen und kontinuierlichen Beziehung zu einer Hebamme, die weiß, was sie tut. Bedeutsam an diesem Zitat ist, dass die Verantwortung nicht hauptsächlich bei der Gebärenden liegt, sondern bei der Geburtshelferin: bei ‚ihrer‘ Beleghebamme und später zusätzlich bei der Oberärztin, die bei der Geburt zugegen war. Anke hingegen sieht sich spätestens bei der Frage der Geburtseinleitung in der misslichen Lage, der ärztlichen „Richtlinie“ nicht trauen zu können, weil ihr eigenes Gespür für den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt darin nicht aufgehoben ist. Rückblickend betont sie, dass man sich in Schwangerschaft und Geburt proaktiv um alternative Informationen und Möglichkeiten kümmern muss, will man vermeiden, sich klinischen Routinen „so ausliefern“ zu müssen. Die gestiegene Relevanz des Motivs *Selbstbestimmung* als Information, Vorbereitung und Entscheidung zeugt so auf der Seite der Schwangeren und jungen Mütter auch von der realen Erfahrung, aufpassen zu müssen, „dass das alles richtig passiert“, das heißt, sich und den Geburtsverlauf *schützen* zu müssen. Gleichwohl ist das Problem nicht allein in der mangelnden Umsetzung von *informed consent* zu sehen, sondern vor allem auch darin, dass im ökonomisierten Geburtshilfesystem auf struktureller Ebene die Möglichkeit des Aufbaus von (Für-)Sorgebeziehungen für schwangere und gebärende Frauen nicht flächendeckend gewährleistet ist.

Zweitens offenbart sich vor allem in Ankes Geschichte die weitreichende Marginalisierung von somatischem Gespür der Gebärenden und von Erfahrungswissen der Geburtshelfer_innen als Orientierungspunkte in der geburtsmedizinischen Praxis. Ankes

eigenes Körperwissen und ihre Wahrnehmung des Geburtsverlaufs haben kaum Relevanz für die Geburtshelfer_innen – weder bei der Frage der Notwendigkeit der Geburtseinleitung noch bei der Frage des Kaiserschnitts. Die „Empfehlung“ oder vielmehr Anweisung zum Kaiserschnitt erfolgt nicht auf der Basis einer etablierten Beziehung zu einer Hebamme oder einer Geburtsmediziner_in, die den eigensinnigen Geburtsverlauf bei Anke vor Augen hat. Nicht eine konkrete Gefahr oder ein an den konkreten Umständen ermessenes kundiges Urteil scheint die Empfehlung für die Sectio bei Anke zu liefern, sondern das Maß einer in der Geburtsmedizin in den letzten Jahrzehnten drastisch verkürzten Zeitlichkeit, an der sich ihr Geburtsfortschritt zu messen hat. Die moderne Risikomedizin und die evidenzbasierte Geburtshilfe basieren auf der „Zeitlichkeit des Zufallsereignisses“ und der „zeitlichen Anordnung in einer objektiven Logistik“ (Duden/Vogeler 2016: 28) statt auf konkreten Urteilen und den Erfahrungen von Frauen. Die Regime der Zeitlichkeit in der Geburtshilfe tragen dazu bei, dass Schwangere und Gebärende ihre eigene Urteilskraft anzweifeln und ihr somatisches Gespür keinen Raum mehr bekommt. So verorten Duden und Vogeler (2016) den eigentlichen Verlust an Autonomie und den Verlust der „Fähigkeit der Schwangeren, bei sich zu bleiben und auf ihr Können zu vertrauen“ (Duden/Vogeler 2016: 24), gerade nicht in einem Mangel an Information und Entscheidung, sondern in den iatrogenen Effekten, „die zustande kommen, wenn die Heterogenität zwischen Gefahr und Risiko, zwischen Symptom und Risikofaktor nicht mehr körperlich gewusst wird“ (Duden/Vogeler 2016: 24), und Geburtsmedizin mit abstrakten, von den konkreten Umständen losgelösten Wahrscheinlichkeiten operiert.

Drittens wird bereits an all diesen Ausführungen deutlich, dass das Geburtsgeschehen besondere Merkmale aufweist, bei denen Informationen, Vorbereitung und Entscheidungen nur sehr bedingt in Anschlag gebracht werden können. Sabine Dörpinghaus beschreibt die „personale Unverfügbarkeit und Brüchigkeit, die für die Gebärende nicht zuletzt in der Selbsttätigkeit ihres Leibes aufscheint“, und folgert: „[E]ine Geburt ist nicht vernünftig zu gestalten“ (Dörpinghaus 2016: 76). Gerade die von Dörpinghaus reklamierte „Unmöglichkeit einer Standardisierung im Geburtsgeschehen“ (Dörpinghaus 2016: 75) verweist auf die Relevanz von Beziehungsarbeit und von hebammenkundlichem Können während der Geburt. Gerade diese aber wird durch die Ökonomisierung der Geburtshilfe weiter verdrängt, lässt sich doch das so nötige ‚Mitsein‘ (Duden/Vogeler 2016) einer Hebamme nicht in der DRG-Logik abbilden.

6 Selbstbestimmung als (Care-)Beziehungsarbeit – geburtshilfliche Versorgung neu denken

Körperliche Selbstbestimmung ist ein zentrales Recht, das es zu schützen gilt. Es mag in der gegenwärtigen Geburtshilfe politisch gesehen eine unverzichtbare Strategie sein, die Durchsetzung von Selbstbestimmung und *informed consent* im Sinne einer Stärkung der Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen zu fordern. Ich habe aber nicht nur darzulegen versucht, dass ein Selbstbestimmungsverständnis, das vor allem an Information, Vorbereitung und Entscheidung orientiert ist, an zentralen Inhalten dessen, worauf es in der Geburtshilfe eben auch ankommt, vorbei geht. Ich möchte zudem den Blick

darauf lenken, dass eine so verstandene Selbstbestimmung im Zeichen der Ökonomisierung der Geburtshilfe höchst ambivalente Funktionen hat. Selbstbestimmung markiert längst nicht allein die Möglichkeit einer Ermächtigung schwangerer und gebärender Frauen, sie dient auch als Rationalisierungsressource der Geburtskliniken. Die selbstbestimmte Gebärende, so die implizite Kehrseite, bedarf keiner Fürsorgebeziehung durch eine erfahrene Hebamme. Das Ausmaß der Popularisierung der „selbstbestimmten Geburt“ steht in krassem Gegensatz zu den dokumentierten Erfahrungen, die viele Gebärende dennoch in geburtshilflichen Einrichtungen machen. Die neoliberale Ökonomisierung der Geburtshilfe und der (rhetorische) Aufstieg der Selbstbestimmung in der Geburtshilfe verweisen auf einen herrschaftlichen Verdeckungszusammenhang: Häufig wird nicht der sich im Zeichen der Ökonomisierung der Geburtshilfe vollziehende Umbau der strukturellen, personellen und normativen Rahmenbedingungen von Geburtshilfe als mitverantwortlicher Faktor für ‚schlechte‘ Geburten genannt, sondern die individuelle Informiertheit, Vorbereitung und Entscheidung der einzelnen Schwangeren und Gebärenden. Die Aktivierung dieser Eigenverantwortung verschleiert die *strukturelle* Entsorgung jener Momente von Autonomie, die auf erfahrungsgebundenem Urteil und körperlich-beziehungsorientierten Interaktionen zwischen Gebärenden und Geburtshelfer_innen basieren. In der gegenwärtigen Gemengelage tragen der vermachtete Einsatz von „Selbstbestimmung“ und die Herstellung von *consent* in vielen Fällen dazu bei, die vorherrschenden geburtshilflichen Praktiken und Rahmenbedingungen, die Frauen überhaupt erst in mal mehr, mal weniger ohnmächtige Entscheidungszwänge bringen, zu verdecken bzw. zu legitimieren.

Um das aufzubrechen, wäre es wichtig, einerseits Selbstbestimmung nicht mehr vorrangig als rationalistische Verfügungshoheit über Informationen, Vorbereitungstechniken und ‚richtige‘ Entscheidungsfindung zu denken, sondern stärker in Verbindung mit Erfahrungswissen und dem Umgang mit eigensinniger Körperlichkeit, Schmerz, Angst, Kraft, Lust und Formen des Angewiesenseins in einer existenziellen Situation zu setzen. Feministisch betrachtet kann mit Blick auf die Geburtshilfe Selbstbestimmung so in Anlehnung an die Ausführungen von Sabine Dörpinghaus immer nur als radikal „kontextintensiv, einzelfallbezogen und leibbasiert“ (Dörpinghaus 2016: 76) und im Kontext einer Care-Beziehung zwischen Gebärender und Geburtshelfer_innen verstanden werden. Um diese Form der Selbstbestimmung von Schwangeren und Gebärenden zu gewährleisten, muss die Geburtshilfe neu gedacht und die politischen Weichenstellungen radikal verändert werden – denn die Ökonomisierung der Geburtshilfe weist derzeit deutlich in Richtung einer Verschlechterung der Ermöglichung von Selbstbestimmung als (Care-)Beziehungsarbeit zwischen Gebärender und Geburtshelfer_innen.

Literaturverzeichnis

- Beaufaÿs, Sandra (1997). *Professionalisierung der Geburtshilfe. Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozeß*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-08879-0>
- Deutscher Hebammenverband (2014). *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Hippokrates.

- Dörpinghaus, Sabine (2016). Leibliche Resonanz im Geburtsgeschehen. In Hilge Landweer & Isabella Marcinski (Hrsg.), *Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes* (S. 69–90). Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839436394-004>
- Duden, Barbara (2013). Illusion der Kostendämpfung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, (10), 47–50.
- Duden, Barbara & Vogeler, Kirsten (2016). Was wirklich zählt, lässt sich nicht zählen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, (1), 20–28.
- Fraser, Nancy (2009). Feminismus, Kapitalismus und die List der Geschichte. *Blätter für deutsche und internationale Politik*, (8), 43–57.
- Gaskin, Ina May (2015). *Die selbstbestimmte Geburt. Handbuch für werdende Eltern*. Kösel: Krugzell.
- Holland-Cunz, Barbara (2003). *Die alte neue Frauenfrage*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2016). *Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2015*. Zugriff am 27. April 2017 unter https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2015/2016-05-25/QIDB_2015_INDIREKT_PDF/QIDB_2015_indirekte_Leistungsbereiche/BuAw_2015_INDIREKT/bu_Gesamt_16N1-GEbH_2015.pdf.
- Jung, Tina (2017 [im Erscheinen]). *Die Ökonomisierung der Geburtshilfe. Hessische Studie zur Versorgungsqualität in Schwangerschaft und Geburt. Projektbericht*. Arbeitsstelle Gender Studies der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Kirkham, Mavis (2004). *Informed Choice in Maternity Care*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kolip, Petra; Nolting, Hans-Dieter & Zich, Karsten (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Zugriff am 13. September 2015 unter <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/kaiserschnitt/ergebnis-ueberblick/>.
- Kuhlmann, Ellen (2005). ‚Kundenorientierung‘ – der flüchtige Charme einer ökonomischen Denkfigur im Gesundheitswesen. In Heike Jacobsen & Stephan Voswinkel (Hrsg.), *Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Beiträge zur Soziologie der Dienstleistung* (S. 149–167). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-663-07896-8_8
- Malacrida, Claudia & Boulton, Tiffany (2014). The best laid plans? Women’s choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, (1), 41–59. <https://doi.org/10.1177/1363459313476964>
- Metz-Becker, Marita (1997). *Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Metz-Becker, Marita (1999). *Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte*. Marburg: Jonas.
- Otto, Petra & Wagner, Tilly (2013). *Handlungsbedarf Kaiserschnitt. Ursachen der steigenden Kaiserschnittraten in Deutschland – Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate. Ergebnisse der Online-Umfrage und ExpertInnen-Interviews 2012/2013*. Zugriff am 20. September 2015 unter www.akf-info.de/fileadmin/aktuelles/KaiserschnittBroschuereEndfassung.pdf.
- Pateman, Carole (2003). *The Disorder of Women*. Cambridge: Polity Press.
- Samerski, Silja (2014). *Das Ende des kundigen Urteils?* Zugriff am 14. Juni 2016 unter http://samerski.de/wp-content/uploads/2015/01/SHV_3_2014_Samerski.pdf.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Huber.
- Schluhbmohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques & Veit, Patrice (Hrsg.). (1998). *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: Beck.
- Schmincke, Imke (2015). Von der Befreiung der Frau zur Befreiung des Selbst. Eine kritische Analyse der Befreiungssemantik in der (Neuen) Frauenbewegung. In Pascal Eitler & Jens Elberfeld (Hrsg.), *Zeitgeschichte des Selbst. Therapeutisierung, Politisierung, Emotionalisierung* (S. 217–238). Bielefeld: transcript.

- Seehaus, Rhea (2015). Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt – zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen. *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien*, (21), 51–67. <https://doi.org/10.3224/fzg.v21i2.20936>
- Statistisches Bundesamt (2006–2016). *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Ausführliche Darstellung*. Zugriff am 27. April 2017 unter https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00000953.
- Statistisches Bundesamt (2011–2016). *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Fachserie 12 Reihe 6.4.: Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern*. Zugriff am 27. April 2017 unter https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00000352.
- Tegethoff, Dorothea (2011). Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In Paula-Irene Villa, Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S. 101–128), Frankfurt/Main, New York: Campus.

Zur Person

Tina Jung, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Politikwissenschaft mit dem Schwerpunkt Gender Studies, stellvertretende Leiterin der Arbeitsstelle Gender Studies (AGS) und dezentrale Frauenbeauftragte am Institut für Politikwissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen. Arbeitsschwerpunkte: feministische und politische Theorie, maternity care, Schwangerschaft, Gebären und Geburtshilfe, Kritische Gesellschaftstheorien (insbesondere Kritische Theorie).

Kontakt: Institut für Politikwissenschaft, Karl-Glöckner-Straße 21 E, 35394 Gießen

E-Mail: tina.jung@sowi.uni-giessen.de