GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Maternity Care: Ein ‚heißes' Thema der Politik – kein Thema der (feministischen) Politikwissenschaft? Konzeptionelle Überlegungen zu einem vernachlässigten Politikfeld

Jung, Tina

2017

https://doi.org/10.25595/3571

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Jung, Tina: *Maternity Care: Ein ‚heißes' Thema der Politik – kein Thema der (feministischen) Politikwissenschaft? Konzeptionelle Überlegungen zu einem vernachlässigten Politikfeld*, in: Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 26 (2017) Nr: 2, 33–46. DOI: https://doi.org/10.25595/3571.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v26i2.03

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Plonz, Sabine, 2011: Mehrwert und menschliches Maß. Zur ethischen Bedeutung der feministisch-ökonomischen Care-Debatte. In: Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften 53 (3), 365-380.

Plonz, Sabine, 2016: Mitmenschliche Praxis und politische Ethik heute – ein utopisches Projekt. Editorial. In: Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften 58 (6), 799-801.

Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (Hg.), 2017: Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Schnabl, Christa, 2005: Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialethischen Theorie der Fürsorge. Freiburg.

Teilprojekt FGC, 2017: Forschungsprojekt ForGenderCare, Teilprojekt „Fördert Fürsorge für Angehörige fürsorgliche Führung?". Internet: https://www.leadership-care.wi.tum.de/index.php?id=104&L=0 (15.7.2017).

Tronto, Joan C., 2000: Demokratie als fürsorgliche Praxis. In: Eckart, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (Hg.): Fürsorge – Anerkennung – Arbeit. (Feministische Studien extra), Weinheim, 25-42.

Tronto, Joan C., 2013: Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice. New York.

Tronto, Joan C., 2016: Kann „sorgende Demokratie" eine politische Theorie der Transformation sein? In: Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften. 58 (6), 839-848.

Watzlawick, Paul/**Beavin**, Janet/**Jackson**, Don, 1969: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern et al.

Wiesemann, Claudia/**Simon**, Alfred (Hg.), 2013: Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen. Münster.

Maternity Care: Ein ‚heißes' Thema der Politik – kein Thema der (feministischen) Politikwissenschaft? Konzeptionelle Überlegungen zu einem vernachlässigten Politikfeld

TINA JUNG

Einleitung

Die gesellschaftliche Ausgestaltung der Selbst- und Fürsorge für und von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und jungen Müttern und Eltern, die ich im Folgenden als Maternity Care bezeichne, waren schon seit den 1950er-Jahren Gegenstand gesundheits-, berufs- und mutterschaftsfürsorgepolitischer Aushandlungen (Schumann 2009). Spätestens mit Beginn der 2010er-Jahre hat sich Maternity Care aber zu einem ‚heißen', das heißt von verschiedenen Akteuren und gesellschaftlichen Interessengruppen umkämpften und öffentlich sichtbaren Politikfeld gewandelt.[1]
Anlass dessen – wenn auch nicht alleinige Ursache – war die sich stetig negativ zuspitzende Arbeits- und Einkommenssituation insbesondere der freiberuflichen

Hebammen. Dazu haben wesentlich die explodierenden Haftpflichtbeiträge freiberuflicher Hebammen beigetragen.[2] Diese haben sich allein im Zeitraum von 2002 bis 2016 auf über 6.800 Euro verzehnfacht (Deutscher Hebammenverband 2017) – bei gleichzeitig schlechten, mithin unrentablen Verdienstmöglichkeiten (Jeschke 2012). Viele Hebammen haben sich seitdem entweder aus bestimmten Leistungsangeboten (hier insbesondere aus der Begleitung von Geburten und aus der Wochenbettbetreuung) zurückgezogen oder den Beruf gänzlich aufgegeben. Das Phänomen des sogenannten Hebammensterbens wurde ab den 2010er-Jahren zum Ausgangspunkt von vielfältigen Aktivitäten, zu denen nicht nur Protestaktionen von Hebammen und Kampagnen der Hebammenverbände zählen. Es sind auch verschiedene politische Initiativen und Aktionen[3] entstanden, die überwiegend von Müttern bzw. Eltern getragen werden. Dabei handelt es sich dem Selbstverständnis nach um eine Elternprotestbewegung, die sich für eine sichere und selbstbestimmte Geburtshilfe in Deutschland einsetzt. Auch die seit 2012 in Deutschland jährlich am 25. November organisierte „Roses Revolution" gegen Gewalt in der Geburtshilfe versteht sich als Teil einer globalen (Frauen- und Eltern-)Bewegung. Gesellschaftlich aktiv sind aber auch (meist gemeinnützige) Vereinigungen, die im Feld Frauengesundheit und Familienbildung aktiv sind.[4] Flankiert wurden die politischen Auseinandersetzungen um die Geburtshilfe durch eine ganze Reihe an (z.T. aus den Reihen der Elternprotestbewegung eingereichten) Petitionen zur Sicherstellung des Rechts auf Hebammenhilfe und zur Sicherstellung der freien Wahl des Geburtsorts auf Bundes- und Länderebene.

Maternity Care ist dabei auch in der institutionellen Politik angekommen. Seit 2010 sind auf Landes- und Bundesebene mehrere Kleine Anfragen und Anträge vor allem aus den Fraktionen der Parteien Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und SPD, aber auch von CDU und FDP zur Versorgung durch Hebammenhilfe, zu den stark angestiegenen Kaiserschnittraten, zur bundesweit steigenden Zahl an Kreißsaalschließungen und zur Versorgung und Vergütung von Leistungen der Schwangerenvorsorge bearbeitet worden. Es fanden Bundes- und Landtagsdebatten zur Situation in der Geburtshilfe statt und im Rahmen einer Stellungnahme zum Versorgungsstärkungsgesetz, das die medizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung regelt, hat sich auch der Bundesrat 2015 zur geburtshilflichen Situation geäußert. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in der Geburtshilfe und die Vergütung der Hebammen ist überdies im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung enthalten. Des Weiteren nahm im Anschluss an ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenes Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe (die sog. IGES-Studie von 2012) im Januar 2013 unter Federführung des BMG eine eigens eingerichtete Interministerielle Arbeitsgruppe (IMAG) ihre Arbeit auf (IMAG 2014). Aus der Arbeit der IMAG hervorgehend veröffentlichte das BMG im Dezember 2014 ein Maßnahmenpaket mit dem Titel „Wichtige Arbeit von Hebammen unterstützen!", das u.a. einen Si-

cherstellungszuschlag für Geburten ab Juli 2015 vorsieht. 2016 erklärte das BMG die Gesundheit rund um die Geburt erstmalig zum „nationalen Gesundheitsziel" (BMG 2017).

Auch berufspolitisch ist das Feld in Bewegung. Aufgaben, Zuständigkeiten und Leistungserbringung von Hebammen sind im SGB V (§134a, Versorgung mit Hebammenhilfe), in den Berufsordnungen der Länder und im Hebammengesetz (HebG) gesetzlich geregelt. Gleichzeitig findet im Kontext der Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) „Frühe Hilfen" ein Ausbau des Hebammenberufs zur Familienhebamme[5] statt, während umgekehrt die Selbstständigkeit der Berufsausübung der Hebammen bei der Geburtsbegleitung beschnitten wird – so etwa in Form des Schiedsgerichtsspruchs zur Hausgeburt im Rahmen der Versorgungsvertragsverhandlungen zwischen Hebammen und Krankenkassen.[6] Zudem werden mit Doulas,[7] Geburtsvorbereiter_innen und Mütterpfleger_innen zusätzliche Tätigkeitsprofile im Feld Maternity Care populärer.

International setzen sich verschiedene Nichtregierungsorganisationen für Frauen- und Menschenrechte in der Geburtshilfe ein (z.B. Human Rights in Childbirth); der Europäische Gerichtshof hat sich 2010 im Rahmen des sog. Ternovszky-Urteils mit dem Menschenrecht von Gebärenden beschäftigt, die Umstände der Geburt frei zu wählen; und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2014 (deutsch 2015) eine Erklärung über die Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen veröffentlicht (WHO 2015).

Maternity Care ist, so soll dieser kurze Abriss verdeutlichen, ein wichtiges Politikfeld, das überdies wie kaum ein anderes derzeit enorm im Wandel begriffen ist. Angesichts der vielfältigen politischen Auseinandersetzungen und angesichts der konkreten Brisanz, die mit der Frage nach Quantität und Qualität der geburtshilflichen Versorgung für die Schwangeren (und ihr Umfeld) bei den allein 2015 über 740.000 Geburten (Lebend- und Totgeborene, Statistisches Bundesamt 2016) in Deutschland verbunden sind, ist es auffällig, dass die Situation in der Geburtshilfe nicht ein vergleichbar ‚heißes' Thema der Politikwissenschaft und der politikwissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung im Besonderen darstellt. Von wenigen Ausnahmen abgesehen werden Fragen der gesellschaftlichen Organisation von menschlicher Reproduktion vor allem im Kontext angrenzender Disziplinen verhandelt. Hier lässt sich in den letzten Jahren durchaus eine Intensivierung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Schwangerschaft und Geburt feststellen (vgl. u.a. Hirschauer et al. 2016; Kortendiek/Lange/Ullrich 2017; Malich 2017). Dabei kommen auch vermehrt biopolitische und bioökonomische Aspekte wie etwa die staatliche Bevölkerungspolitik, die neuen Reproduktionstechnologien und die kapitalistische Inwertsetzung weiblicher Körper und reproduktiver Materialien in Form von Leihmutterschaften, Handel mit Eizellen, Muttermilch, Nabelschnurblut u. ä. (Cooper et al. 2015; Lettow 2015) in den Blick. Die politische Regulierung und der alltägliche Betrieb im Feld Maternity Care sind hingegen noch wenig beleuchtet.

Dabei hat eine Reihe an Studien nachdrücklich gezeigt, dass und wie Frauenkörper zum öffentlichen Ort, weibliche Reproduktionsfähigkeit Gegenstand politischen (Verwaltungs-)Handelns sind (vgl. u.a. Duden 1991; Metz-Becker 1997). Schwangerschaft und Geburt werden aus dieser Perspektive als soziale Prozesse sichtbar, bei denen Kultur- und Naturdimensionen menschlicher Existenz untrennbar verwoben sind in einem „Geflecht von Medizin, kulturellen Traditionen, sozial- und gesundheitspolitischen Interventionen, leiblichen Erfahrungen und mehr" (Villa/Moebius/Thiessen 2011, 8).
Mit dem hier vorgeschlagenen Ansatz soll die gesellschaftliche Organisation von Maternity Care als Arena begriffen werden, in der nicht nur normative Vorstellungen über Schwangerschaft, Geburt und junge Mutterschaft verhandelt werden, sondern auch spezifische Ungleichheitsverhältnisse (im Zugang zu Maternity Care) wirken. Ebenso wird dort um bedarfs- und bedürfnisorientierte Fürsorge- und Versorgungsleistungen von (schwangeren) Frauen gerungen und um Selbstbestimmung sowie um den Abbau von (geschlechtsspezifischen) Machtverhältnissen und Hierarchien gekämpft. Im folgenden Beitrag soll daher ein konzeptioneller Vorschlag unterbreitet werden, wie Maternity Care als spezifisches, nicht zuletzt wohlfahrtsstaatlich reguliertes Politikfeld in den Gegenstandsbereich (feministischer) Politikwissenschaft integriert werden kann. Hierzu werden zunächst einige konzeptionelle Vorklärungen dargelegt und der bislang vorrangig im englischsprachigen Raum genutzte Begriff Maternity Care in die deutsche Debatte eingeführt. Hier scheint eine Anbindung an den Care-Diskurs sinnvoll, wie im Folgenden dargelegt wird. Abschließend wird schlaglichtartig diskutiert, wie sich die eingangs erwähnten Dynamiken im Feld Schwangerschaft und Geburt im Licht des konzeptionellen Zugriffs über Maternity Care re-interpretieren lassen.

Konzeptionelle Annäherungen: Zum Verständnis von Maternity Care

Der Begriff Maternity Care ist zwar im englischsprachigen Raum durchaus verbreitet, hat aber keine adäquate Entsprechung im Deutschen. Je nach Kontext wird Maternity Care mit Schwangerenvorsorge, geburtshilflicher Versorgung, Hebammenhilfe, Mutterschutz oder Mütterberatung übersetzt. Üblicherweise bezieht sich der Begriff Maternity Care in den Ländern, in denen er verwendet wird, auf die medizinischen und sozialen Bedarfe von schwangeren Frauen und jungen Müttern. Er zielt dabei in aller Regel auf einen Zeitraum von Beginn der Schwangerschaft (manchmal sogar schon kurz davor, im Sinne einer Zeit des möglichen oder gewünschten Schwanger-Werdens) über die Geburt bis hin zum Wochenbett, der Stillzeit und/oder der Zeit des ersten Lebensjahres der Neugeborenen. Vor allem die zeitliche Begrenzung nach hinten ist oft nicht eindeutig definiert und in verschiedenen Ländern auch institutionell unterschiedlich geregelt.
Für den vorliegenden Zusammenhang wird Maternity Care zunächst in einem weiten Verständnis als Ensemble aller leiblichen, sozialen, psychologischen, medizinisch-

technischen, beziehungsorientierten Fürsorge- und Beziehungsarbeiten gefasst, die Frauen rund um Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach betreffen. Dazu gehören neben der Schwangerschaftsvorsorge und der Geburtshilfe im weiteren Sinne u.a. Versorgungs-, Aufklärungs-, Bildungs-, Beratungs- und Vernetzungsangebote sowie Angebote der Körperarbeit, die Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach adressieren, sowie die spezifischen Tätigkeitsprofile von damit verbundenen Professionen. In Deutschland sind das vorrangig Hebammen und Gynäkolog_innen/Geburtsmediziner_innen, aber auch Doulas, Geburtsvorbereiter_innen, Mütterpfleger_innen, spezialisierte Physiotherapeut_innen, Psychotherapeut_innen, Berater_innen, Frauengesundheits- und Familienbilder_innen. Als Maternity Care-Giver können neben staatlichen Akteur_innen, (gesundheits-)politischen Institutionen und bestimmten Berufsgruppen grundsätzlich aber auch nichtstaatliche und nicht-institutionalisierte Akteur_innen gelten.
Gegenüber den bisher im Deutschen gebräuchlichen Begrifflichkeiten wie Geburtshilfe, geburtshilfliche Versorgung, geburtsmedizinische Versorgung, Hebammenhilfe, Schwangerschaftsvorsorge, Wochenbettbetreuung etc. hat der englische Begriff Maternity Care nicht nur den Vorteil der sprachlichen Bündigkeit. Er bietet vielmehr auch konzeptionelle und analytische Vorteile, die in der hier vorgeschlagenen Konzeption von Maternity Care angeeignet und entfaltet werden sollen. Ich werde im Folgenden darlegen, dass und wie Maternity Care erstens die Möglichkeit bietet, unter Einschluss der spezifischen Bedarfe und (Selbst-)Deutungen der Schwangeren die historisch-gesellschaftliche Konstruktion und Erfahrung von Maternity Care quer zu den klassischen Feldern von Gesundheitspolitik, Berufs- und Verbändepolitik, formalisierten und nicht-formalisierten Wissenszugängen zu analysieren. Zweitens kann mit dem Rückgriff auf Care über die mehrdimensionalen und komplexen Inhalte von Maternity Care reflektiert werden. Und drittens verbindet sich mit dem Fokus auf Maternity Care eine feministische Forschungsperspektive, die auf die Analyse und Kritik von Macht- und Herrschaftsverhältnissen und den widersprüchlichen Wandel von Selbst- und Fremdbestimmung im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und junger Mutter-/Elternschaft zielt.

Analyse der Konstruktion und Erfahrung von Maternity Care im Kontext (neoliberaler) Selbst- und Gesellschaftsverhältnisse

Die im Deutschen üblichen Begriffe wie Geburtshilfe, Hebammenhilfe, Schwangerschaftsvorsorge benennen in der Regel entweder eine spezifische Berufsgruppe (wie z.B. die Hebammen), einen bestimmten ‚Gegenstand' (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) oder eine spezifische Tätigkeit in einem bestimmten zeitlichen Abschnitt (z.B. Stillzeit). Darin spiegelt sich auch sprachlich eine real existierende Fragmentierung in der Begleitung, Beratung und Versorgung von Schwangeren und jungen Müttern nach unterschiedlichen Phasen, Institutionen, Berufsgruppen und sozialen Zusammenhängen. Maternity Care erlaubt hier einen komplexeren Zugriff

auf das Feld, insoweit die politische, professionelle, gesellschaftliche und individuelle Konstruktion und Erfahrung von Maternity Care über die Grenzen einzelner Professionen und Diskurse hinweg thematisiert werden kann. Es ermöglicht danach zu fragen, welchen (sozial- und gesundheitspolitisch regulierten, wissenspolitisch vermittelten) Zugang und Bedarf die Schwangeren, Gebärenden und jungen Mütter/Eltern zu verschiedenen Aspekten von Maternity Care haben. Und es ermöglicht zu analysieren, ob und welche (klassifizierten, rassifizierten, räumlich/regional bedingten) Ungleichheitsverhältnisse und Differenzen auch zwischen den Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern/Eltern im Zugang zu Maternity Care bestehen. Mit dem Fokus auf Care als etwas, was von Menschen erbracht und von Menschen in Anspruch genommen wird, rücken auch die Erfahrungen und Bedarfe der Schwangeren, Gebärenden und jungen Mütter/Eltern stärker in das Blickfeld. Das ist deshalb wichtig, weil bei der Konstruktion ‚guter' geburtshilflicher Versorgung seitens der gesundheitspolitischen Akteure häufig nicht so sehr die subjektiven Erfahrungen und Bedarfe der betreffenden Frauen, sondern statistische Kennzahlen (z.B. Geburtenzahlen) sowie physische Messdaten und ‚Outcomes' zentrale Referenzen sind. Die Voraussetzungen und Bedingungen gelingender Fürsorge und Selbstbestimmung in Schwangerschaft, Geburt und junger Mutter-/Elternschaft bleiben so in der Regel ausgeklammert. Dies korreliert damit, dass das somatische Erleben der betreffenden Frauen, also das, was sie selbst z.B. über den Fortschritt von Schwangerschaft und Geburt zu sagen haben, in der Regel keinen Widerhall im herrschenden geburtsmedizinischen Wissen hat (Dixon 2011; Duden/Vogeler 2016).

Für einen systematischen analytischen Einschluss der Erfahrungsweisen und Bedürfnisse der betreffenden Schwangeren, Gebärenden und jungen Mütter zu plädieren, ist dabei aber nicht als essentialistische Setzung ‚weiblicher Erfahrung' misszuverstehen. Die Frauen- und Geschlechterforschung hat nachdrücklich gezeigt, dass und wie Erfahrungen, (Selbst-)Deutungen, Körperwahrnehmungen, normative Haltungen und Orientierungsmuster auch im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und junger Mutter-/Elternschaft kulturell vermittelt und historisch-gesellschaftlich konstituiert sind – und als solche auch einem Wandel unterliegen. Daran anknüpfend ist es aber gerade notwendig, die gesellschaftlichen, mithin von Ungleichzeitigkeiten, Brüchen und Ambivalenzen durchzogenen Konstruktions- und Erfahrungsweisen von Schwangerschaft, Geburt und junger Mutter-/Elternschaft auch unter Berücksichtigung der (differierenden) Perspektive jener zu reflektieren, die unmittelbar damit in Berührung sind.

Die Artikulation von Entmündigung, Entfremdung, Gewalterfahrungen und die Forderungen nach Selbstbestimmung und Wahlfreiheiten in Schwangerschaft und Geburt, wie sie von der eingangs skizzierten Mütter- und Elternprotestbewegung vorgebracht werden, können dabei nicht losgelöst von sich wandelnden (neoliberalen und androzentrischen) Selbst- und Gesellschaftsverhältnissen, von Prozessen wie Ökonomisierung der Geburtshilfe, von Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt, von den ambivalenten Verflechtungen zwischen

Natürlichkeitssehnsucht einerseits und technisch vermitteltem Sicherheitsbedürfnis andererseits (Rose/Schmied-Knittel 2011) analysiert werden.
Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die hier vorgeschlagene Konzeption von Maternity Care dabei nicht nur an solchen Konstellationen ausgerichtet ist, in denen Frauen (gesunde) Kinder geboren haben und mit diesen zusammenleben. Die Frage nach Maternity Care umfasst explizit auch Konstellationen, in denen Krankheit und Tod eine Rolle spielen, sowie Konstellationen, in denen die jungen Mütter/Eltern traumatisiert und/oder depressiv sind. Auch ist der Zugang zu Maternity Care für jene relevant, die ihre Schwangerschaft abbrechen (zumal durch den normalisierten Einsatz von Pränataldiagnostik auch selektive Schwangerschaftsabbrüche eine zunehmend große Rolle spielen, vgl. Achtelik 2015), Neugeborene zur Adoption freigeben oder sie im Rahmen von Leihmutterschaft anderen Personen überlassen (dies gilt vor allem für entsprechende Praktiken in Ländern, in denen dies ganz oder teilweise gesetzlich erlaubt ist). Der Begriff Maternity Care, wie er hier vorgeschlagen wird, wird für das ganze Spektrum dessen veranschlagt, wie Schwangerschaften gedeutet und gerahmt werden (z.B. als natürliche Abläufe oder als medizinisch zu überwachende und kontrollierbare Herstellungsprozesse). Und Maternity Care gilt für das ganze Spektrum dessen, wo und wie Schwangerschaften ‚ausgehen' können, sei es Fehlgeburt, Abbruch, Früh- oder regelgerechte Geburt, Geburten mit und Geburten ohne geburtsmedizinischen Interventionen: „The same people who give birth sometimes have abortions or miscarriages. Some births culminate in an adoption. Every pregnancy is different, and each has its own finale" (Mahoney/Mitchell 2016, x).

Die Inhalte von Maternity Care: Mehrdimensionalität und Komplexität

Der im deutschsprachigen akademischen Raum geführte Diskurs über Care fokussiert vorrangig die Themen- und Politikfelder von Hausarbeit bzw. häuslichen Dienstleistungen sowie die Fürsorge gegenüber und die Pflege von jungen, alten oder kranken Menschen. Aber auch die Selbst- und Fürsorge von und für schwangere und gebärende Frauen, Wöchnerinnen und junge Mütter erfüllen in sehr grundlegender Weise einige zentrale Merkmale von Care und sind an den Care-Diskurs anschlussfähig (vgl. z.B. Brückner 2012). Sie betreffen auf die grundlegendste, existenzielle Weise die Reproduktion von Menschen. An die Frage nach Geburtlichkeit und Natalität, aber auch damit verbunden an die Frage nach Morbidität und Mortalität, sind die „Bedingungen der Kontingenz, das heißt, (…) dem Werden und Vergehen des Lebens" geknüpft – diesen „großen Grenzen von Anfang und Ende sowie den dazwischen liegenden Fährnissen, Unfall, Krankheit, Behinderung, an denen sich die ständige Präsenz der Lebensgrenzen auch innerhalb der Zeit manifestiert, gilt Sorge" (Klinger 2014, 83). Im Begriff der Lebenssorge, wie ihn Cornelia Klinger (2014) fasst, klingen auch die Maternity Care betreffenden Dimensionen an: Wie in kaum einem anderen Bereich von Care sind gerade an Schwangerschaft und Geburt Erwartungen, Hoffnungen, Ängste und Wünsche gebunden. Schwangerschaft und

Geburt stellen im Leben der betreffenden Frauen biographisch außergewöhnliche, existenziell bedeutsame, häufig emotional tiefgreifende Ereignisse dar, deren konkretes Erleben im Guten wie im Schlechten noch weit über das Geburtsgeschehen hinaus im Leben der Frauen nachwirken kann. In Schwangerschaft und Geburt sind Körperlichkeit sowie „Kreatürlichkeit und Lebendigkeit" (Klinger 2014, 83) der menschlichen Natur präsent; der Mensch wird offenbart als „bio-psycho-soziales Wesen, das der Versorgung bedarf" (Aulenbacher/Dammayr 2014, 127).

Maternity Care kann dabei sowohl die Selbstsorge von schwangeren Frauen, Wöchnerinnen und jungen Müttern, wie auch die Sorge anderer für deren Bedürfnisse umfassen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die betreffenden Frauen in der Regel nicht allein als *Care-Receiver* (z.B. von Hebammenhilfe) oder als Subjekte der Selbst-Sorge (z.B. Ernährung, Bewegung, Schlaf) adressiert werden. In der sozialen Rolle als Mutter/Eltern werden sie zudem als *Fürsorgende* für die Neugeborenen sowie zunehmend auch bereits in der Schwangerschaft als Fürsorgende für das Ungeborene adressiert. Maternity Care kann so eine ganze Bandbreite alltagspraktischer, psychologischer, technischer, emotionaler und körperlicher Praktiken umfassen und ist maßgeblich als eine Form der intersubjektiven Beziehungsarbeit zu verstehen. Anders als z.B. bei der Pflege Kranker jedoch ist die Art dieser Beziehung hinsichtlich der Rollenverteilung sehr viel komplexer, vielschichtiger und hat bestimmte Eigenarten: Schwangere Frauen und junge Mütter sind in dreifacher, mitunter zeitgleich stattfindender Weise in Care-Beziehungen eingespannt, nämlich als *Care-Receiver*, *Care-Giver* und *Self-Carer*.

Eine Besonderheit des Felds besteht darin, dass im Gegensatz zum Umgang mit sehr jungen, sehr alten oder sehr kranken Menschen nicht per se eine eindeutig asymmetrische Beziehung zwischen den (schwangeren) Frauen und Maternity Care-Givern angenommen werden kann. Im Hebammenwesen etwa gilt nicht nur die Gesunderhaltung von Mutter und Kind, sondern auch die Förderung der Selbstbestimmung der Schwangeren, Gebärenden und junge Mütter/Eltern zu den übergeordneten Berufszielen (Sayn-Wittgenstein 2007). Anders als etwa in der Krankenpflege sind Schwangere in aller Regel keine Patient_innen im Sinne körperlich von Pflege abhängiger Personen, sondern medizinisch gesehen meist gesund und überdies (abgesehen von der unmittelbar die Geburt betreffenden Zeit) häufig in die alltäglichen Routinen von Erwerbsarbeit, privater Reproduktionsarbeit, Familienarbeit und Partner_innenschaft eingebunden.

Maternity Care ist aber auch insofern mehrdimensional, als darin sehr unterschiedliche Inhalte von Care zum Tragen kommen. Mit Blick auf die Frage, was den Inhalt des Hebammenwesens ausmacht, unterscheiden van der Hulst und van Teijlingen (2001, 167ff.) zwischen einem „biomedical approach" und einem „psychosocial approach", die im Einzelnen nicht immer trennscharf zu unterscheiden sind. Gleichwohl sehen die Autor_innen mit Blick auf den „biomedical approach" vor allem zwei Inhalte: Nämlich erstens „obstetric-technical care", worunter alle Praktiken zu fassen sind, die mit körperlichen Untersuchungen, Eingriffen wie Episiotomien

(Dammschnitt) und Medikation verbunden sind; sowie zweitens „risk selection", worunter sie Inhalte von Care verstehen, die darauf abzielen, Risiken bzw. Pathologien bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchner_innen zu erkennen und dafür zu sorgen, dass den Frauen die angemessene medizinische Versorgung zukommt. Unter dem „psychosocial approach" fassen die Autor_innen drittens den Punkt, dass die Care-Arbeit der sozialen Situation der Frauen angepasst werden soll und Aspekte der sozio-ökonomischen Stellung, des privaten Umfelds, persönlicher Wahrnehmungen und Erwartungen hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt, Überzeugungen und Bedürfnissen berücksichtigt werden. Diese Inhalte von Care sind auf intrapersonale psychosoziale Faktoren der Frauen hin orientiert, von denen angenommen wird, dass sie einen Einfluss auf das Erleben und den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett haben. Viertens gehört zum „psychosocial approach" der Inhalt „relational care", bei der es um den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Care-Giver und Care-Receiver geht; dabei soll die Form der Beziehung an Partnerschaftlichkeit und Gleichwertigkeit zwischen Hebamme und Frau, Offenheit in der Kommunikation (der Hebamme alles anvertrauen zu können) und Empowerment/Stärkung der Frauen im Sinne einer Persönlichkeitsentwicklung orientiert sein (van der Hulst/van Teijlingen 2001, 167f.).

Medical Care gehört dabei zwar in den notwendigen Bereich von Maternity Care; aber, so argumentiert Sabine Dörpinghaus, im vorherrschenden geburtsmedizinischen Ansatz muss zugleich die „medizinische Reduzierung der Frau auf Muttermundweite und Herztöne" (Dörpinghaus 2016, 72), die Zergliederung „ihres ‚vermessbaren' Körpers" und damit die „offensichtliche Verdinglichung" (ebd.) von Schwangeren und Gebärenden auffallen. Dörpinghaus setzt die unabdingbare und unhintergehbare Begegnung mit der Frau als das Originäre der Hebammenkunde dagegen und beschreibt am Beispiel der Hebammentätigkeit zugleich zentrale Merkmale, die auch für die Ergänzung der Inhalte von Maternity Care wichtig sind. Demnach ist zu berücksichtigen, dass Maternity Care mit existenziellen Momenten und dem Auftreten von Unbestimmtheiten konfrontiert ist. Insbesondere im Prozess des Gebärens sind die Frauen in einer besonderen Situation, in der es so etwas wie eine leibliche Selbsttätigkeit und personale Unverfügbarkeit gibt: Demnach sei eine Geburt nicht vernünftig gestaltbar oder bewusst steuerbar; sie hänge aber wohl von komplexen Faktoren ab (ebd.). Mit Blick auf Hebammen schreibt Dörpinghaus, dass „das hebammenkundliche Können (…) sich in der Begleitung als zu kontextintensiv, einzelfallbezogen und leibbasiert (erweise), als dass seine Flexibilität sich in Algorithmen fassen ließe." (ebd., 76) Die persönliche, kontinuierliche, beziehungsorientierte Begleitung von Gebärenden, eingedenk der Eigenarten ihres somatischen Erlebens und der leiblichen Situiertheit von Gebärenden einerseits und Geburtsbegleiter_innen anderserseits, ist damit zentral für das Verständnis von Maternity Care. Für das unmittelbare Geburtsgeschehen ist davon auszugehen, dass eine gelingende Fürsorgebeziehung zu Gebärenden auch davon abhängt, ob es den Geburtsbegleiter_innen möglich ist, weitgehend ohne Unterbrechungen (etwa weil auch noch

andere Gebärende im Kreißsaal betreut werden müssen), also kontinuierlich, und in einer direkten 1:1-Situation ‚mitsein' (Duden/Vogeler 2016) zu können.
Andere Formen von Maternity Care, die nicht unmittelbar die Geburt betreffen, so z.B. Aufklärungs- und Bildungsangebote, aber auch bestimmte Angebote der Körperarbeit (etwa Rückbildungskurse), sind wohl weniger stark auf eine kontinuierliche und unmittelbare relational-leibliche Beziehung zwischen Care-Receiver und Care-Giver angewiesen, als dies während der Geburt der Fall ist. Dennoch sind auch hier die Situations- und Kontextabhängigkeit, die Leibbasierung und der Umgang mit Momenten der personalen Unverfügbarkeit, der Nicht-Kontrollierbarkeit und Nicht-Herstellbarkeit von Relevanz. Der Begriff Maternity Care, so wie er hier skizziert worden ist, lenkt damit mehr als Begriffe wie z.B. der der Geburtshilfe die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit psychosozialer und relational-leiblicher (Fürsorge-)Beziehungen für die (schwangeren) Frauen und macht sichtbar, dass es sich nicht allein um medizinisch-technische Bedarfe handelt.

Der Fokus auf Maternity Care als Forschungsperspektive: Zum widersprüchlichen Wandel von Selbst- und Fremdbestimmung, Herrschaft und Emanzipation im Geschlechterverhältnis.

Mit dem hier vorgeschlagenen Verständnis von Maternity Care ist auch eine spezifische Forschungsperspektive verbunden, die Fragen reproduktiver Generativität als hochgradig relevant für feministische Auseinandersetzungen um (geschlechtsspezifische) Macht- und Herrschaftsverhältnisse versteht. Die Frauen- und Geschlechterforschung hat insbesondere mit Blick auf die Herausbildung der modernen Geburtsmedizin im 18. und 19. Jahrhundert verschiedene vermachtete Dimensionen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt herausgearbeitet. 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 (Schluhmbohm et al. 1998). Das Feld Maternity Care war zudem insbesondere seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts auch ein Feld frauen(gesundheits)bewegter Auseinandersetzungen mit patriarchalen Deutungsmustern und Handlungsroutinen sowie Antriebsfeder für die Suche nach alternativen Orten und Praxen des Gebärens (wie z.B. die Gründung von hebammengeleiteten Geburtshäusern ab den 1990er-Jahren). Das Feld Maternity Care wird daher als *politisches Feld* betrachtet, über das machtvolle Zugriffsweisen auf weibliche Reproduktionsfähigkeit und Körperlichkeit transformiert und teilweise intensiviert werden. Dabei zeichnen sich ungleichzeitige Entwicklungen ab: Die Schwangeren, Gebärenden und jungen Mütter/Eltern werden einerseits als selbstbewusste Konsument_innen und selbstbestimmte Entscheider_innen adressiert, während mit Blick auf geburtshilfliche Versorgungsstrukturen und geburtsmedizinische Handlungsrou-

tinen andererseits Einflussmöglichkeiten und Wahlfreiheiten vielfach eingeschränkt werden (Jung 2017).
Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, Maternity Care (wieder) stärker in den (politikwissenschaftlichen) Gender Studies zu verankern und letztere umgekehrt an die sozialen Kämpfe rückzubinden, die Aufschluss geben können über Brüche, Ungleichzeitigkeiten und Ambivalenzen im gesellschaftlichen Wandel von Schwangerschaft, Geburt und junger Mutterschaft/Elternschaft. Damit ist jedoch nicht impliziert, die Differenz zwischen Theorie und Praxis bzw. die zwischen Wissenschaft und Politik einzuebnen oder eine (unkritische) Indienstnahme feministischer wissenschaftlicher Wissensproduktion für politische Praxis zu befürworten (Jung 2016). Eine sich kritisch verstehende Forschungsperspektive auf Maternity Care impliziert vielmehr auch, biologisierende Argumentationen zu problematisieren und Leitbilder wie Selbstbestimmung, (Wahl-)Freiheit und informed choice bzw. informed consent vor dem Hintergrund neoliberal und bioökonomisch regierter Selbst- und Gesellschaftsverhältnisse auf ihre ambivalenten Einsätze und Effekte zu befragen (Jung 2017). Schwangere, Gebärende und junge Mütter/Eltern sind den problematisierten Dimensionen des Wandels von Maternity Care (wie z.B. selektive Praxen im Kontext von Pränataldiagnostik, Technisierung der Geburtshilfe) überdies nicht nur passiv ausgesetzt, sondern auch auf komplexe Weise darin involviert.
Gleichwohl wäre zu befürworten, dass die feministische Politikwissenschaft Deutungsangebote bereitstellt, die an den gesellschaftlichen Erfahrungen von Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern/Eltern anknüpfen und feministische Positionierungen im Feld Maternity Care befördern können. Denn noch gilt, was Silvia Kontos vor annähernd 30 Jahren geschrieben hat: Bei aller Diskussion über gesellschaftliche Reproduktionsverhältnisse und die Entwicklung neuer Reproduktionstechnologien sind und bleiben „die von solchen Entwicklungen primär Betroffenen (…) einstweilen Frauen. Veränderungen in der gesellschaftlichen Organisation von Schwangerschaft und Geburt verlaufen durch *ihren* Körper“ (Kontos 1988 [1985], 246f.).

Ausblick: Soziale Konflikte um den Erhalt bestimmter Inhalte von Maternity Care

Im Kern, so meine These, lassen sich diese Konflikte als Ausdruck der Ökonomisierung von Geburtshilfe lesen, in dessen Zuge nicht nur das Feld Maternity Care selbst, sondern innerhalb von diesem insbesondere bestimmte Inhalte aus der öffentlich-politischen Konstruktion von Sicherheit in der Geburtshilfe verdrängt werden. Aufgrund von Kreißsaalschließungen, Hebammenmangel, schlechten Arbeitsbedingungen von Hebammen im Kreißsaal und einem finanziellen Anreizsystem, das vorrangig Interventionen und Technikeinsatz während der Geburt abbildbar macht, sind es vorwiegend psychosoziale und relational-leiblichen Fürsorgepraxen, die nicht mehr adäquat und flächendeckend für die Schwangeren, Gebärenden und jungen

Mütter/Eltern zu erbringen sind.8 Diese Aspekte von Maternity Care setzen ihrerseits Erfahrungswissen, Kontextgebundenheit, Unmittelbarkeit im intersubjektiven Verhältnis von Care-Givern und Care-Receivern voraus und sind darauf angewiesen, offen für die somatischen Eindrücke, die Erfahrungen und Bedürfnisse der individuellen Frauen zu sein. Mit der Analyse von Maternity Care lassen sich die berufspolitischen Kämpfe der Hebammen und die Kämpfe um Wahlfreiheit und Selbstbestimmung seitens der Elternprotestbewegung von dieser, ihrer ‚Rückseite' her betrachten und analysieren, dass und wie durch politische Vorgaben, Rahmenbedingungen und Regulierungen die psychosozialen und relational-leiblichen Fürsorgetätigkeiten im Feld Maternity Care abgewertet werden bzw. umgekehrt welche Strukturen, Handlungsroutinen und Normen gelingende Maternity Care-Beziehungen gewährleisten würden.

Anmerkungen

1 Den anonymen Gutachter_innen des Beitrags danke ich herzlich für anregende Hinweise und Anmerkungen.

2 Um freiberuflich arbeiten zu können, müssen Hebammen eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abschließen. Ursache für die Erhöhung der Haftpflichtprämien ist nicht, dass es mehr Geburtsschadensfälle gibt, sondern dass die Höhe der Schadensersatzansprüche im Einzelfall steigt, etwa weil dank des medizinischen Fortschritts auch schwer behinderte Kinder länger leben und damit höhere Kosten für den Lebensunterhalt anfallen.

3 Darunter – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – Greenbirth e.V. (seit 2009), Hebammen für Deutschland e.V. (seit 2010), Roses Revolution – Gegen Gewalt in der Geburtshilfe (seit 2012), Initiative Gerechte Geburt (seit 2013), Hebammenunterstützung (seit 2014), Erzählcafés „Der Start ins Leben" (seit 2014), Mother Hood e.V. (seit 2015), Elterninitiativen für Geburtskultur (seit 2015) und die Aktion „Auf den Tisch hauen für Hebammen" (seit 2017).

4 Dazu zählen etwa der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, Familienbildung und Frauengesundheit e.V. (GfG) und das European Network of Childbirth Associations (ENCA).

5 Familienhebammen sind Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, die junge Mütter/Eltern und Familien, die sich in einer besonderen Lebenssituation befinden, ausgiebiger und länger unterstützen.

6 Der Schiedsspruch sieht ab 2015 ein verpflichtendes Facharztkonsil an Tag drei nach dem errechneten Geburtstermin sowie Ausschlusskriterien für eine hebammengeleitete Hausgeburt vor.

7 Doulas sind Geburtsbegleiterinnen ohne Hebammen- und/oder geburtsmedizinische Ausbildung, die in Deutschland bislang über Zertifikatsprogramme ausgebildet werden. Auftraggeber_innen von Doulas sind die Schwangeren selbst.

8 Beatrice Müller hat die Abwertung bestimmter Inhalte von Care-Arbeit, nämlich die relational-leibliche Arbeit, am Beispiel der ambulanten Pflege herausgearbeitet (Müller 2016). Ihre Befunde und Überlegungen sind auch für die Untersuchung von Maternity Care erkenntnisreich.

Literatur

Achtelik, Kirsten, 2015: Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung. Berlin.

Aulenbacher, Brigitte/**Dammayr**, Maria, 2014: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Zur Ganzheitlichkeit und Rationalisierung des Sorgens und der Sorgearbeit. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.): Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Baden-Baden, 125-140.

Brückner, Margrit, 2012: Selbst(für)sorge im Spannungsfeld von Care und Caritas. In: Jansen, Mechthild M./Brückner, Margrit/Göttert, Margit/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Selbstsorge als Thema in der (un)bezahlten Arbeit. Bonn, 9-28.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2017: Nationales Gesundheitszeit – Gesundheit rund um die Geburt. Internet: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/praevention/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3005 (15.3.2017).

Cooper, Melinda/**Waldby**, Catherine/**Reuschling**, Felicita/**Schultz**, Susanne, 2015: Sie nennen es Leben, wir nennen es Arbeit. Biotechnologie, Reproduktion und Familie im 21. Jahrhundert. Hrsg.v. Kitchen Politics. Münster.

Deutscher Hebammenverband (DHV): Unsere Hebammen. Fakten und Infos: Haftpflichtproblematik. Internet: https://www.unsere-hebammen.de/fakten-infos/haftpflichtproblematik/ (15.3.2017).

Dixon, Lesley Ann, 2011: The Integrated Neurophysiology of Emotions During Labour and Birth: A Feminist Standpoint Exploration of the Women's Perspectives Of Labour Progress. Internet: http://researcharchive.vuw.ac.nz/xmlui/bitstream/handle/10063/1927/thesis.pdf?sequence=1 (10.6.2016).

Dörpinghaus, Sabine, 2016: Leibliche Resonanz im Geburtsgeschehen. In: Landweer, Hilge/Marcinski, Isabella (Hg.): Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes. Bielefeld, 69-90.

Duden, Barbara, 1991: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. Frankfurt/M.

Duden, Barbara/**Vogeler**, Kirsten, 2016: Was wirklich zählt, lässt sich nicht zählen. Deutsche Hebammenzeitschrift, 2016 (1), 20-26.

Hirschauer, Stefan/**Heimerl**, Birgit/**Hoffmann**, Anika/**Hofmann**, Peter, 2016: Soziologie der Schwangerschaft. Stuttgart.

IGES-Institut GmbH, 2012: Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Internet: http://www.iges.com/e6666/e6694/e6705/e12912/e12913/attr_objs12922/IGES_Institut_Gutachten_zur_Versorgungs_und_Verguetungssituation_in_der_auerklinischen_Hebammenhilfe_2012_ger.pdf (15.3.2017)

Interministerielle Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe" (IMAG), 2014: Abschlussbericht, Berlin. Internet: http://www.frauengesundheit-berlin.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Netzwerk_Frauengesundheit/Abschlussbericht_IMAG-Gesamt.pdf (15.3.2017).

Jeschke, Katharina, 2012: Die Probleme des Hebammenberufes. Wirtschaftliche Betrachtung des Leistungsgeschehens und das Angebot der Krankenkassen zur Vergütung 2012. Internet: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1497784382&hash=7e5f5fc66deda37c5df481946df52b1156355336&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2012-06-22Die_Probleme_des_Hebammenberufes.pdf (15.3.2017).

Jung, Tina, 2016: Kritik als demokratische Praxis. Kritik und Politik in Kritischer Theorie und feministischer Theorie. Münster.

Jung, Tina, 2017: 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. 2017 (2), 30-45.

Klinger, Cornelia, 2014: Krise war immer... Lebenssorge und geschlechtliche Arbeitsteilungen in sozialphilosophischer und kapitalismuskritischer Perspektive. In: Appelt, Erna/Aulenbacher, Bri-

gitte/Wetterer, Angelika (Hg.): Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. 2. Auflage. Münster, 82-104.

Kontos, Silvia, 1988: Schritte auf dem Weg zu einer Vergesellschaftung der Mutterschaft? Zu den sozialen Dimensionen der Reproduktionsmedizin. In: Anders, Ann (Hg.): Autonome Frauen. Schlüsseltexte der Neuen Frauenbewegung seit 1968. Frankfurt/M., 245-265.

Kortendiek, Beate/**Lange**, Ute/**Ullrich**, Charlotte (Hg.), 2017: Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit: zwischen individueller Gestaltung, gesellschaftlichen Normierungen und professionellen Ansprüchen. Schwerpunktheft. In: GENDER. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. 2017 (2), 7-11.

Lettow, Susanne, 2015: Biokapitalismus und Inwertsetzung der Körper. Perspektiven der Kritik. In: PROKLA, 45 (178), 33-49.

Mahoney, Mary/**Mitchell**, Lauren, 2016: The Doulas. Radical Care for Pregnant People. New York.

Malich, Lisa, 2017: Die Gefühle der Schwangeren. Eine Geschichte somatischer Emotionalität (1780-2010). Bielefeld.

Metz-Becker, Marita, 1997: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebärhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt/M., New York.

Müller, Beatrice, 2016: Wert-Abjektion. Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus – am Beispiel der ambulanten Pflege. Münster.

Rose, Lotte/**Schmied**-Knittel, Ina, 2011: Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt/M., New York, 75-100.

Sayn-Wittgenstein, Friederike zu, 2007: Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Berlin.

Schluhmbohm, Jürgen/**Duden**, Barbara/**Gélis**, Jacques/**Veit**, Patrice (Hg.), 1998: Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München.

Schumann, Marion, 2009: Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik 1950-1975. Osnabrück.

Statistisches Bundesamt, 2016: Bevölkerung. Eheschließungen, Geborene und Gestorbene 2015 nach Kreisen. Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/EheschliessungenGeboreneGestorbene5126001157004.pdf?__blob=publicationFile (15.3.2017).

van der Hulst, Leonie/**van Teijlingen**, Edwin R., 2001: Telling Stories of Midviwes. In: Devries, Raymond/Benoit, Cecilia/van Teijlingen, Edwin R./Wrede, Sirpa (Eds.): Birth By Design. Pregnancy, Maternity Care, And Midwifery In North America And Europe. New York, London, 166-179.

Villa, Paula-Irene/**Moebius**, Stephan/**Thiessen**, Barbara, 2011. Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Einführung. In: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hg.): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt/M., New York, 7-21.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2015: Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. Internet: apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/22/WHO_RHR_14.23_ger.pdf (5.6.2017).