Die unbekannte Geburt – Deutungsprozesse gebärender Frauen

Sarah Eckardt

Angenommen: 18. Januar 2022
© Der/die Autor(en) 2022

Zusammenfassung Eine Geburt als ein individuelles Projekt zu begreifen, ist eine zentrale These in der soziologischen Natalitätsforschung. Um eine gute Geburt für Mutter, Kind und Partner*in gemäß dem medizinischen Selbstbestimmungsparadigma aktiv positiv gestalten zu können, scheinen umfangreiche Vorbereitungen und Entscheidungen notwendig zu sein. Die Geburt, so die These, würde nahezu wie ein Event individuell inszeniert. Gleichzeitig ist es von Bedeutung, Geburt als sozial geprägtes Ereignis zu verstehen, das durch divergierende Dispositive auf spezifische Art und Weise hervorgebracht wird. Dabei ist das biomedizinische Risikodispositiv als hegemonial anzusehen, hinzukommen spezifische gesellschaftliche Entwicklungen wie die Ökonomisierung des Gesundheitssystems oder die Zentralisierungen der Geburtskliniken. Folglich sind die Möglichkeitsräume zur aktiven Gestaltung der Geburt strukturell begrenzt. Das medizinische Geburtshilfesystem ist in seinen Praktiken und Deutungen der Geburt repressiv und machtvoll. Wie sich Frauen in dem spannungsreichen dispositiven Feld der Geburt bewegen und positionieren, Diskurse weiterschreiben und verändern, war die Fragestellung des vorliegenden Projekts. Im Zentrum standen die Subjektivierungsweisen gebärender Frauen. Dazu führte ich Interviews mit neun Frauen kurz vor und kurz nach der Geburt. In einer Verschränkung von Dispositivanalyse und Grounded Theory wertete ich das Material aus. Der Beitrag fordert dazu auf, Geburt als ein grundlegend unbekanntes Phänomen zu begreifen, dem sich Frauen durch verschiedene Praktiken annähern. Deutlich wird in der Analyse, dass die Deutung der Geburt diskursiv als ein unbekanntes Phänomen konstruiert ist. Mein Beitrag diskutiert die Auswirkung dieser Deutung und deren Verstrickung mit Bio-Macht und Weiblichkeit.

Availability of data Not applicable.

Sarah Eckardt (✉)

Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, University of Applied Sciences, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda, Deutschland
E-Mail: sarah.eckardt@pg.hs-fulda.de

Schlüsselwörter Geburt · Geburtshilfe · Reproduktive Selbstbestimmung · Dispositivanalyse · Bio-Macht

The unknown birth—Women's interpretations of labour

Abstract A central thesis of sociology consists in the understanding of childbirth as an individual project. In order to be able to actively form a good birth for mother, child and partner, extensive preparations and decisions from the mother seem necessary. According to the thesis, the birth would be planned individually, almost like an event. At the same time, it is important to understand birth as a socially constructed event that is brought about in a specific way by diverging dispositives. The biomedical-risk disposition is to be regarded as hegemonic, in addition to specific social developments such as the economization of the health system or the centralization of maternity clinics. As a result, the scope for an own design of birth is structurally limited. The medical obstetrics system is repressive and powerful in its practices and interpretations of childbirth. How women move and position themselves in the dispositive field of birth, how to continue writing and changing discourses, was the question of the present project. The focus is on the subjectivization of women in childbirth. I conducted interviews with nine women shortly before and shortly after giving birth. In a combination of dispositive analysis and grounded theory, I analyzed the material. The article understood childbirth as a fundamentally unknown phenomenon that women approach through various practices. It becomes clear that the interpretation of birth is constructed as an unknown phenomenon. My contribution discusses the impact of this interpretation and entanglement with bio-power and femininity.

Keywords Childbirth · Obstetrics · Reproductive self-determination · Dispositive analysis · Biopower

1 Einleitung und Forschungsstand: Geburt als Projekt

Familiengründung und im speziellen Mutterschaft sind in unserer Gesellschaft stark normierte Prozesse. Wann ist der geeignete Zeitpunkt, um ein Kind zu bekommen? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um es gut großziehen zu können? Das sind einerseits individuelle Fragen, andererseits gibt es starke gesellschaftliche Leitbilder und Ideale. In einer Zeit, in der sich die menschliche Reproduktion durch umfangreiche Verhütungsmethoden, die Möglichkeit zum sicheren Schwangerschaftsabbruch, Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin scheinbar gut formen lässt, herrscht ein Planungsimperativ, mit der Vorstellung, Reproduktion sei das Resultat rationaler Wahl (Macleod und Morison 2020). Die Ankunft eines Kindes soll geplant werden und zum richtigen Zeitpunkt erfolgen. Dabei sind die norma-

tiven Ansprüche an Frauen¹ besonders hoch: sie dürfen nicht zu früh, aber auch nicht zu spät Kinder bekommen, Ausbildung oder Studium sollten abgeschlossen sein, die ökonomische Lage sollte ebenso stabil wie die Beziehung sein, ein Kinderwunsch gilt insgesamt als obligatorisch. Der Planungsimperativ, so eine zentrale soziologische These, würde sich in der Gegenwart auch auf die Geburt ausweiten (vgl. Villa et al. 2011; Rose und Schmied-Knittel 2011; Seehaus 2015). Betrachtet man den großen und scheinbar wachsenden Markt an Geburtsvorbereitungs-, Informations- und Sportangeboten, Ratgebern und medizinischen oder alternativmedizinischen Vorsorgepraktiken, die auf eine gute Geburt abzielen, scheint sich die These zu bestätigen. All diese Angebote vermitteln ein umfangreiches Wissen zu Geburt, regen zur Selbstbildung an oder vermitteln Körperpraktiken, die den Körper gut auf die Geburt vorbereiten sollen. Mittels dieser Praktiken sollen vor allem Frauen befähigt werden, ihre Geburt aktiv zu gestalten und (medizinische) Entscheidungen, im Sinne einer informierten Wahl, zu treffen.

Hallwaß (2018) zieht zur detaillierten Betrachtung des Projektcharakters die Arbeit von Bröckling zum unternehmerischen Selbst (2007), einer zentralen Subjektkonstruktion der Gegenwart, und die These des „projekt parental“ von Boltanski (2007) heran. Nach Bröckling ist ein Projekt „ein Rationalitätsschema, ein Bündel von Technologien, schließlich ein Modus des Verhältnisses zu sich selbst“ (Hallwaß 2018, S. 46). Im unternehmerischen Subjekt entfaltet sich die Macht ökonomischer Logik: Rationalität, Verfügbarkeit/-machung und Optimierung. Aus diesen Überlegungen entwickelt sie ein Analysekonzept zur Geburt als Projekt. Dabei beschreibt sie das Bedürfnis nach Sicherheit und Beherrschbarkeit, die Gleichzeitigkeit von Rationalität und Emotionalität, den Zusammenhang zwischen Autonomie und Expertenwissen, Geburt als Event und die zeitliche Strukturierung als Aspekte des Projekts Geburt, die dabei helfen, die Projektlogik theoretisch zu fassen (ebd., S. 66 ff.).

Geburt habe heute einen „projektförmigen Charakter“ und folge den „ökonomisierten Logiken“ (Villa et al. 2011, S. 12) des „unternehmerischen Selbst“: Sie „wird (be)rechnet, abgewogen, Kosten und Nutzen werden evaluiert, ebenso Risiken und erwartete ‚Outputs‘“ (ebd.). Kalkuliert wird:

Die Belastung aufgrund eines durch Geburtsprobleme 'behinderten' Kindes, die Effizienz der zuvor eingeübten Atmungs- und Entspannungstechniken oder die nach der Geburt notwendige Beckenbodengymnastik; der optimale Zeitpunkt der Geburt, die produktiv genutzte Zeit der Schwangerschaft, die Risikominimierung durch technologische Überwachung der Geburt selbst. (ebd.)

Zentral ist es für die Autor*innen zu betonen, dass die intensive medizinische Betreuung von Natalitätsphasen nicht als schulmedizinische Fremdbestimmung zu bewerten sei. Vielmehr würden Frauen bzw. Paare selbst nach einer maximalen Risikoreduktion und einer körperlichen Unversehrtheit verlangen.

---

¹ Auch schreibe ich von Schwangeren, Gebärenden und Frauen ohne das Gendersternchen, da es zentral ist, dass Wissen vergeschlechtlicht und geburtshilfliches Wissen über Frauen hergestellt wurde. Auch Frauen*, Männer* sowie Menschen mit einer nichtbinären Geschlechtsidentität gebären Kinder, in diesem Forschungsprojekt habe ich jedoch nur gebärende Frauen interviewt. Die Ergebnisse lassen sich nicht pauschal auf alle gebärenden Personen übertragen. Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Verwendung der geschlechtergerechten Sprache mit einigen begründeten Ausnahmen.

An die Schwangeren werden konkrete Subjektpositionen als Gebärende herangebracht (Seehaus 2015). Eine „zentrale Adressierung der Schwangeren als selbstverantwortliches Subjekt“ (ebd., S. 64) zeigt, dass diese sich eigenverantwortlich und selbstbestimmt möglichst ideal auf die Geburt vorbereiten und auch während der Geburt dementsprechend agieren soll. Unter dem Maßstab der Machbarkeit gelte es, sich intensiv auf dieses Ereignis vorzubereiten. Maßgeblich prägend sei das Leitbild des unternehmerischen Selbst und vermittelt würden dementsprechend vor allem „Veränderungs- und Optimierungsmöglichkeiten“ (ebd., S. 63).

Als Zuspitzung formulieren Rose und Schmied-Knittel (2011, S. 88 f.), dass die heutige Geburt „narzisstisch aufgeladen“ sei. Während ihre aktuelle Bedeutung „weit über den profanen reproduktiven Akt der Natalität“ (ebd., S. 89) hinausweist, komme es zu einer Bedeutungsaufladung und gleichzeitigen Dramatisierung dieses selten gewordenen Ereignisses. Geburt, so die Autorinnen, würde nicht nur „biographisch dramatisiert, exklusiviert und eventisiert, sondern auch radikal entselbstverständlich und entnormalisiert“ (ebd., S. 89). Auch sei zu betonen, dass die Geburt unter erheblichem Ressourcen- und Zeitaufwand zumeist nur für die Frau zu einem „aufwendig privaten Entwicklungsprojekt“ (ebd., S. 91) werde, das diverse Tätigkeiten voraussetzt: die umfangreiche Information, die systematische Entwicklung der persönlichen Gebärkompetenz sowie das Vorbereiten und Treffen von Entscheidungen. Damit würde „Geburt restaurativ und weiblichkeitsexklusiv aufgeladen“ (ebd., S. 94) und sei ein Aspekt, der die Re-Traditionalisierung von heterosexuellen Partnerschaften nach der Geburt des ersten Kindes begünstigt (siehe auch Müller und Zillien 2016). Damit weisen sie auf einen zentralen Aspekt hin: die gesellschaftliche Konstruktion und Gestaltung von Geburt und Geburtshilfe sind eng mit Normen zu Mutterschaft und Weiblichkeit verknüpft (Colloseus 2018, S. 43 ff.). Besonders die hegemoniale medizinische Geburtskultur ist eng an die gesellschaftlichen und medizinischen Vorstellungen und Konstruktionen von Weiblichkeit gekoppelt. Die Aspekte der Verbindung bestehen in der Medikalisierung weiblicher Lebensphasen (vgl. Honegger 1983; Kolip 2000) und der androzentrischen Geburtsmedizin (Martin 1989; Hoffmann-Kuhnt 2013; Duden 2002; Tegethoff 2011). Zentral ist hier eine „jahrhundertelange(n) Abwertung von Frauen und Weiblichkeit“ (Kolip 2000, S. 12) als schwach, krank, abweichend und passiv und damit besonders behandlungsbedürftig sowie „patriarchale Denkmuster über Mangelhaftigkeit weiblicher Körper ebenso wie die männlich-medizinische Vormachtstellung über Körper von Frauen“ (Jung 2016, S. 220). Ein weiterer Aspekt besteht in der Rolle der internalisierten Geschlechterstereotype. Martin (2003) macht darauf aufmerksam, dass die Internalisierung von weiblichen Geschlechterstereotypen mit Eigenschaften wie nett, höflich, selbstlos und fürsorglich zentral für die (medizinische) Disziplinierung von Frauen und ihren Körpern sind. Damit entfaltet sich (Bio-)Macht maßgeblich auch über die Internalisierung von Geschlechterstereotypen.

Mit der Frage, inwiefern eine gute Geburt das Resultat guter Entscheidungen², Informiertheit und idealer Vorbereitung sei, beschäftigt sich Jung (2017). Sie rekonstruiert jedoch, wie „Defizite bezüglich einer adäquaten personellen und struk-

² Macleod und Morison (2020) weisen darauf hin, dass die Möglichkeit und Anforderung, reproduktive Entscheidungen treffen zu können, vor allem Frauen aus der weißen Mittelklasse zugesprochen werden.

turellen Versorgungslage [...] tendenziell unsichtbar gemacht“ werden (ebd., S. 31). Komplikationen oder negative Erfahrungen könnten durch den hohen Anspruch an gebärende Frauen zu Schuldgefühlen führen, wenn die Geburt nicht den Wünschen und Vorstellungen entsprechend verläuft (ebd., S. 38 f.). Auch Rose (2010, S. 214) sieht in der Idealisierung und Aufwertung der Geburt die Gefahr, dass dies Erfolgsdruck und Versagensängste erzeugen könnte. Gesellschaftlich scheint es eine zunehmend hohe Erwartung an die positive Erlebnisqualität einer Geburt zu geben. Foltys (2008) betont, dass Geburten heute deutungssoffen sind und Paare im „Rahmen historisch gewachsener gesellschaftskultureller Diskurse“ und Praktiken aufgefordert sind, Deutungsarbeit zu leisten.

Es stellt sich die Frage, inwiefern die diskursiven Verschiebungen, Geburt nicht mehr als schicksalhaftere Ereignis, sondern als planbar zu deuten (vgl. Schumann 2009), ihre Wirkmächtigkeit auf Gebärende entfalten. Ausgangspunkt für die Überlegungen in dem vorliegenden Artikel bildet die Rekonstruktion einer zentralen Kategorie im Interviewmaterial, „die unbekannte Geburt“. Die Vorbereitungspraktiken zur Geburt werden in der vorliegenden Materialanalyse anders akzentuiert, und zwar als Versuch der Annäherung an ein unbekanntes Ereignis. Dazu beschreibe ich zuerst den methodischen Rahmen, in dem das Material entstanden ist, danach zeige ich die Analyseergebnisse. Abschließend diskutiere ich die Auswirkungen einer Konstruktion der Geburt als unbekannte Größe sowie deren Verknüpfung mit Bio-Politik.

2 Methodischer und methodologischer Forschungszugang

Die Grundlage des Beitrags besteht aus dem Datenmaterial, das im Rahmen meines Promotionsprojekts entstanden ist. Es war am Schnittpunkt von individuellen Geburtspraxen und öffentlichem Diskurs angesiedelt. Die Fragestellung adressiert Subjektivierungsweisen und Subjektpositionen von gebärenden Frauen in Deutschland und damit die Subjektivierungen des Geburts-Diskurses.

Die Dispositivanalyse auf der Basis von Foucaults Diskurstheorie stellt dabei die Forschungsperspektive dar, denn im „Dispositivbegriff verschränken sich [...] verschiedene Dimensionen von Foucaults Machtkonzept als strukturierte und strukturierende Wirkung auf Wirklichkeitskonstruktionen (Wissen), institutionelle Handlungsfelder (Praxis) und individuelle Handlungspräferenzen (Subjektivitäten)“ (Bühmann und Schneider 2008, S. 68). Die Analyse öffnet sich somit für die systematische Einbeziehung von nicht-diskursiven Praktiken, Subjektivierungen, symbolische und materielle Objektivationen. Bühmann und Schneider beschreiben Dispositive als Ensembles, „welche Diskurse, Praktiken, Institutionen, Gegenstände und Subjekte als Akteure als Individuen und/oder Kollektive, als Handelnde oder ‚Erleidende‘ umfassen. Sie bezeichnet mithin komplexe Ausschnitte einer historisch gewordenen Sozialwelt mit ihrem (je typischen) Sagen und Tun, ihren spezifischen symbolischen Sichtbarkeiten wie materiellen Vergegenständlichung [...] und den in all diesem erscheinenden, machtvollen Regeln ihrer ‚Wahr‘-Nehmung, ihrer Gestaltung, ihres Gebrauchs“ (ebd., S. 68).

Innerhalb der theoretischen Perspektive der Diskurstheorie kann davon ausgegangen werden, dass Dispositive, also Macht-Wissens-Komplexe, die Geburt in ihrer gegenwärtigen, spezifisch historischen Ausprägung hervorbringen. Lotte Rose und Ina Schmied-Knittel (2011) arbeiten zwei zentrale dispositive Formationen heraus. Zum einen zeigt sich ein bio-medizinisches Sicherheits- und Risikodispositiv, in dem die Deutung der Geburt als ein potenziell lebensbedrohliches Ereignis zentral ist. Allein die Geburtsmedizin scheint Sicherheit und eine Minimierung des Risikos zu garantieren. Zum anderen zeigt sich ein Natürlichkeitsdispositiv, welches vor allem durch seine starke mediale Präsenz heraussticht. Hier wird die Geburt als normaler, gesunder und physiologischer Prozess gedeutet. Natürlichkeit, Informiertheit, Expertise und Selbstbestimmung der Gebärenden sind zentrale Komponenten. Die Trennung ist eine analytische, beide Dispositive sind nicht klar voneinander abzugrenzen, sie bilden gemeinsam ein widersprüchliches dispositives Feld der Geburt mit unterschiedlichen Deutungsangeboten, Anrufungen und Handlungsstrategien. Ich frage danach, wie sich Frauen im Spannungsfeld der Geburt positionieren, inwiefern sie dispositive Adressierungen annehmen, unterlaufen, adaptieren, umdeuten oder Widerstand entwickeln.

Im Mittelpunkt der Arbeit standen Subjektivationen gebärender Frauen. Dabei kann das Subjekt nicht nur als von dem Diskurs determinierter Akteur verstanden werden, vielmehr bewegt es sich in „einem komplexen Spannungsfeld von diskursiven Apellen und Anforderungen der alltäglichen Lebensführung, daraus generiert [es] unterschiedliche [...] Aneignungen und Stellungnahmen zu den [...] Subjektpositionen“ (Keller 2012, S. 103). Wie entscheiden sich Frauen also unter einer Vielzahl an Optionen? Wie ist ihr Selbstverständnis und ihr Verständnis von Geburt? Wie erleben sie Geburt letztendlich? Welchen Zwängen fühlen sie sich ausgesetzt und wie versuchen sie sich dagegen zu positionieren? Weiterhin ist die Frage relevant, wie das gesellschaftliche Wissen für die Subjekte zur Wirklichkeit gerinnt und wie es gleichzeitig durch Subjekte entwickelt, reproduziert oder modifiziert wird. Auch die „gesellschaftliche[n] Wissensvorräte [über Geburt] und ihr Verhältnis zu subjektiven Wissensvorräten und Erfahrungen (Correll 2010, S. 86) von Geburt stehen im Fokus.

Der methodisch-praktische Zugang erfolgte über 18 Interviews mit neun Frauen kurz vor und nach der Geburt. Das erste Interview fand zwischen der 34. und 38. Schwangerschaftswoche statt. Damit befand sich die Schwangere im dritten Trimenon, was mit einer verstärkten Auseinandersetzung mit dem Thema Geburt einhergeht (vgl. Hellmers 2013; Neuhaus 2000). Das zweite Interview erfolgte ca. sechs Wochen nach der Geburt. Zu diesem Zeitpunkt sind die Eindrücke der Geburt sehr präsent und eine Kernnarration zum Thema Geburt entwickelt sich. Eine zentrale Kategorie für das theoretical sampling war die Wahl des Geburtsortes. So finden sich im Sample Frauen, die in der Klinik, im Geburtshaus oder ohne professionelle Unterstützung zu Hause (Alleingeburt/freie Geburt) gebären wollten. Des Weiteren interviewte ich Frauen, die ihr erstes Kind auf die Welt brachten, genauso wie Frauen, die schon mehrere Kinder geboren haben. Weitere Differenzen umfassen den

Bildungsstand, eine urbane oder ländliche Wohnregion, Herkunft aus einem alten beziehungsweise neuen Bundesland.³

Die Interviews boten einen Zugang zu subjektiven Sichtweisen und Wahrnehmungen, subjektiven Wissensvorräten und Relevanzsystemen und damit auch zu Subjektivierungsweisen. Die Analyse von Interviews zeigt, welche „Wissensvorräte als biographisch relevant gelten können und wie die subjektiven Wissensvorräte der biographischen Eigenlogik entsprechend angeeignet bzw. ausgebildet werden“ (Correll 2010, S. 84f.). Gleichsam ließen sich durch die Interviews Bruchstücke dispositiver Subjektpositionen ausfindig machen, auf die sich die Interviewteilerinnen beziehen. Durch Subjektpositionen werden Frauen direkt „angerufen“ und müssen durch „eigene Auslegung, Erfahrungen; Relevanzen und Freiheitsgrade des Handelns (re)agieren“ (Keller 2011, S. 102).

Die Auswertung der Interviews im Rahmen der Grounded Theory stellt eine Ausgangslage an Daten für die Beantwortung der Forschungsfragen bereit. Daraus folgte eine umfassende analytische Betrachtung des dispositiven Feldes der Geburt⁴, um die weiteren Ebenen des Dispositivs wie Diskursformation, nicht diskursive Praktiken und Objektivationen in den Blick zu nehmen und eine umfassende Analyse des Gegenstandes zu gewährleisten.

3 Die unbekannte Geburt

Es handelt sich bei der *unbekannten Geburt* um eine Schlüsselkategorie, die den Deutungsprozess rund um Geburt thematisiert. Sie stützt sich auf das Konzept der Deutungsmuster, die als eine Triade von Wissen, Deuten und Handeln zu denken sind (Schetsche und Schmied-Knittel 2013, S. 31). Die Kategorie akzentuiert die Prozessleistung der Deutung von Geburt und betont die Aspekte von Wissen. In diesem Artikel fokussiere ich die Darstellung auf einen Teil der Kernkategorie, der die Vorbereitung der Geburt darstellt.

Die Interviewpartnerin Jelena ist 30 Jahre jung und erwartet ihr erstes Kind, die Geburt soll im Krankenhaus stattfinden. Sie erzählt:

Und ich ähm (.) freu mich eigentlich *sehr darauf*, dass es 'ne natürliche Geburt wird, was ich natürlich nicht mit Sicherheit weiß. Aber das (.) das fände ich schon schön, das genau so ähm (..) auch zu durchleben (.) und äh hab auf der anderen Seite natürlich *wahnsinnige* (.) Bedenken und äh *Unsicherheit*, weil auch egal wie viel man liest oder mit Hebammen und Ärzten redet, ähm so'n Unsicherheitsfaktor bleibt, der doch relativ groß ist, find ich. Also man kann weder sagen, wann *genau*, man kann weder sagen, (.) wie's dann genau abläuft. Das ist immer lehrbuchartig so'n bisschen beschrieben. Diese Etappen

³ Chadwick (2018) beschreibt in ihrer Studie dezidiert die Effekte von race und class auf Geburt.

⁴ In die analytische Betrachtung von Macht-Wissen-Strukturen, Praktiken, Subjektivationen und Objektivationen wurden eine Vielzahl von Materialien wie Zeitungsartikel, Artikel in Fachzeitschriften, Filmbeiträge, Geburtsvideos, Ratgeber, Fachliteratur der Geburtshilfe sowie medizinische, hebammenwissenschaftliche, sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen über Schwangerschaft und Geburt, Teilnahme an Podiumsdiskussionen und Kongressen der Geburtsmedizin/-hilfe einbezogen.

der Wehe gibt es, aber (.) im Prinzip [(lachend) weiß niemand wie's da läuft.]
(.) (Jelena I: 21 ff.)⁵

Jelena spricht hier neben der Vorfreude auf die Geburt von ihren Bedenken und ihrer Unsicherheit darüber, wie die Geburt verlaufen wird, an anderer Stelle beschreibt sie auch eine diffuse Angst. Spannend ist, dass sie sich zwar auf eine natürliche Geburt freut, es für diese jedoch keine Garantie zu geben scheint. Nicht einmal der Verlauf einer Geburt scheint zu fassen zu sein. Niemand, nicht einmal Ärzt*innen und Hebammen als Expert*innen für Geburt, können ihr Sicherheit vermitteln. Niemand kann sagen, wie genau ihre konkrete Geburt verlaufen wird.

Als maximalen Kontrastfall stelle ich hier die Interviewpartnerin Sabina vor. Sie erwartet ihr viertes Kind und möchte es, wie auch die letzten beiden, ohne professionelle Unterstützung als „freie Geburt“ zu Hause zur Welt bringen. Die erste Geburt erlebte sie im Geburtshaus. Insgesamt beschreibt sie die bisherigen Geburten als unkomplizierte Erlebnisse. Sie beschreibt, dass sie Vertrauen in sich selbst und den Prozess der Geburt hat. Und dennoch kommt es in dem ersten Interview vor der Geburt zu folgender Aussage:

Und ich, also ich, (.) mhm (.) ich versuch schon immer mit=mit einzuplanen.
(.) Das hab ich beim dritten=, bei der dritten Schwangerschaft ziemlich stark gemacht. (.) Dass das gar nich=, es=es muss nicht sein, dass alles gut geht. Also es kann halt auch (.) sein, das Kind stirbt oder so. (.) Ähm (.) aber, aber das passiert=, ich sag mir halt, das pa=, das kann immer passieren. Das kann immer (..) irgend=irgendwas schief gehen. Es ähm kann nicht=, ich kann mein Bestes geben, um das abzuwenden, das mach ich auch, aber (.) es wird glaub ich nicht weniger. Also ich kann mich nicht von außen absichern dagegen. (Sabina I: 726 ff.)

Obwohl Sabina sich als eine erfahrene Gebärende beschreibt, die ihre Geburten ohne professionelle Unterstützung bewältigen kann, beschreibt sie mit drastischen Worten, dass es trotz Vorbereitung und Vorbeugung keine Garantie für eine gelingende Geburt und damit Sicherheit geben kann. Die Dringlichkeit und Unausweichlichkeit zeigen sich in ihrer stockenden Formulierung und der Suche nach geeigneten Worten.

Diese beiden Interviewauszüge verdeutlichen, was sich im ganzen Material finden lässt. Alle Frauen des Samples deuten Geburt als eine unbekannte Größe, die sich der sicheren Planung entzieht. Die unbekannte Geburt beinhaltet, unabhängig von bisherigen Erfahrungen, Aspekte der Unsicherheit, Deutungs Offenheit angesichts der widersprüchlichen Dispositive der Geburt, Angst und Bedenken bezüglich des Gesundheitszustandes des Kindes sowie die Unplanbarkeit der Geburt. Zeitpunkt, Ablauf, Dauer, Komplikationen, unvorhersehbare Reaktion auf den Geburtsschmerz

⁵ Die römischen Ziffern zeigen an, ob es sich um das erste oder zweite Interview handelt, die Zeilennummern verweisen auf die genaue Stelle im Transkript. Die Namen der Interviewpartnerinnen wurden anonymisiert. (.) markiert die Länge der Pausen, = Verschleifungen, – Abbrüche und Kursivierungen eine starke Betonung.

und personelle Situation im Krankenhaus sind Aspekte, bei denen sich die Frauen keinen willentlichen Einfluss zuschreiben.

Die unbekannte Geburt habe ich als eine Schlüsselkategorie ins Zentrum eines handlungstheoretisch-interaktionistischen Kodierparadigmas der Grounded Theory gesetzt, das systematisch Ursachen, Bewältigungsstrategien und Ergebnisse fokussiert. Auf die Frage, wie Frauen mit dieser Unsicherheit umgehen, konnte ich dementsprechend vier zentrale Bewältigungsstrategien identifizieren: Wissens- und Informationsgewinn, körperliche, mentale und organisatorische Vorbereitung. Zwei Strategien stelle ich an dieser Stelle detaillierter vor. Gemeinsam ist den Strategien, dass sich die Frauen dadurch versuchen der unbekannten Geburt anzunähern.

3.1 Wissens- und Informationsgewinn

Es lassen sich auf den Ebenen der Kognition und des Handelns mehrere Strategien herausarbeiten, die von den Frauen in unterschiedlichem Umfang genutzt werden, um mit der Handlungsunsicherheit, die sich an die unbekannte Geburt knüpft, umzugehen. Eine zentrale Strategie besteht in der umfassenden Information über Geburten und die Entwicklung des Kindes. Dieses Wissen wird teils sehr stark institutionalisiert vermittelt. Es gibt spezifische (Zusatz-)Angebote, derer sich die Frauen bedienen, hinzu kommt die Erfahrung anderer Frauen.

Um die Art des Wissens genauer fassen zu können, kann es in seinen Eigenschaften und Dimensionen differenziert beschrieben werden. Zum einen geht es um die Verortung des Wissens: professionelles Wissen von Ärzt*innen bzw. Hebammen oder Lai*innenwissen von bekannten oder verwandten Frauen. Weiterhin kann das Wissen nach seinem Status als objektives oder subjektives Wissen unterschieden werden. Objektives Wissen umfasst bio-medizinische Geburtsmodelle oder die individuellen Ergebnisse medizinischer Vorsorgeuntersuchungen, wie beispielsweise Blutwerte oder die Größe des Kindes. Das subjektive Wissen kann privates oder professionelles, eigenes oder fremdes Erfahrungswissen oder Wissen, das nur intuitiv zugänglich scheint, umfassen.

Aus den Interviewanalysen ließen sich fünf Arten ausfindig machen, um Informationen über Geburten im Allgemeinen, die eigene Schwangerschaft und das ungeborene Kind zu erlangen: *Schwangerschaftsvorsorge, Lesen, Teilnahme an Eltern- und Mütterbildungsangeboten oder Informationsveranstaltungen von Geburtsinstitutionen und der Zugang zu weiblichem Erfahrungswissen*. Das Ziel dieser Strategien besteht vor allem darin, relevantes Orientierungswissen anzusammeln, um sich der Geburt anzunähern, Entscheidungen vorzubereiten oder zu treffen oder auch die Grenzen der eigenen Entscheidungsmöglichkeiten einschätzen zu können, wenn Notfälle und Komplikationen eintreten.

Um bio-medizinisches und damit „objektives“ Wissen über einen idealtypischen Geburtsverlauf und mögliche Komplikationen zu erlangen, eignen sich Frauen autodidaktisch Wissen durch Ratgeber, Fachliteratur oder verschiedene Quellen im Internet an. Des Weiteren ist es verbreitet, institutionalisierte Bildungsangebote zu nutzen, wobei der Geburtsvorbereitungskurs ein übliches Format ist.

Als Sabina das Thema der freien Geburt entdeckt, beginnt sie sich sehr intensiv mit Geburtsverläufen zu beschäftigen:

Ich glaub, ich hab mir einfach *viel Wissen* angeeignet, glaub ich, über (.) Geburtsverläufe. [...] Also am Anfang übers Internet [...] und ich hab dann später auch (.) ähm: (.) Hebammenliteratur [...] aber (.) so (.) mich damit beschäftigt wie läuft eigentlich ne normale (.) Geburt ab? (Sabina I: 363 ff.)

Ihre Quellen findet sie anfangs im Internet durch Geburtsvideos und Forengruppe, sehr schnell beginnt sie sich auch mit Fachliteratur auseinanderzusetzen. Im Mittelpunkt steht für sie, bekannte Geburtsrisiken umzudeuten oder zu normalisieren, aber auch konkrete Handlungsoptionen zu sammeln, um in problematischen Situationen gut reagieren zu können: „wenn das passiert, dann das, wenn das passiert, dann das“ (ebd.: 474). Auch Jelena besitzt nach eigenen Angaben ein umfangreiches Arsenal an Büchern, die sie regelmäßig liest, um sich auf die Geburt vorzubereiten.

Neben diesem Wissen kann aber auch der Akkumulation von konkretem Wissen über das eigene Kind und die Schwangerschaft über Vorsorgeuntersuchungen eine zentrale Position zukommen. Sabina wendet sich diesbezüglich mit konkreten Vorsorgewünschen an eine Frauenärztin:

Also ich hatte immer so ein oder zw=, also den ersten Ultraschalltermin wollt ich immer haben, um den Termin ungefähr zu bestimmen. [...] Und dann hab ich halt immer (.) in allen drei Schwanger=, also jetzt inklusive dieser, wo ich so 'ne Alleingeburt plane, (.) ähm, eine freie Geburt, (.) ähm, immer dann am Ende nochmal 'nen Ultraschall gemacht und jetzt ja, (.) also, (..) jetzt diesmal wollt ich's wissen, ja genau, wo die Plazenta is' und so, (.) nach Herzfehlern gucken. [...] Ja, (.) hat mir=, (.) gibt mir Sicherheit (Sabina I: 216 ff.)

Sabina entscheidet sich während der Schwangerschaft sehr bewusst für zwei ärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Während sie bei der ersten Untersuchung den errechneten Geburtstermin erfahren möchte, will sie bei der zweiten Untersuchung Informationen über die Lage der Plazenta und die Entwicklung des kindlichen Herzens erhalten. Obwohl sie sich der Fehleranfälligkeit dieser Untersuchungen bewusst ist, beruhigen sie die unauffälligen Ergebnisse. Sie hat damit die Gewissheit, ohne Sorgen in die freie Geburt gehen zu können, da lebensbedrohliche Komplikationen ausgeschlossen sind, die eine vaginale Geburt unmöglich machen würden oder das Kind ohne eine unmittelbare medizinische Erstversorgung nach der Geburt gefährden könnten. Dieses Wissen ist also für Sabinas Entscheidungen und Handlungen wichtig, gestärkt durch diese Absicherung kann sie der Geburt positiv entgegensehen.

Eine weitere Möglichkeit, um Wissen über Geburt zu erhalten, ist der Austausch über und der direkte Kontakt zur Geburt z.B. durch Gespräche mit der Mutter, Verwandten, Bekannten oder Freund*innen, aber auch durch das Lesen von Blogeinträgen oder Geburtsberichten in Internetforen. Einen visuellen Zugang zu den Erfahrungen Dritter bieten öffentlich zugängliche Geburtsvideos. Dadurch bekommen Frauen einen subjektiven Zugang zu vergeschlechtlichem Erfahrungswissen über die Geburt. So können sie sich dem subjektiven Erleben, somatischen Erspüren und der Bandbreite von Geburtserlebnissen annähern. Entscheidend ist hier, Frauen als hauptsächliche Trägerinnen dieses subjektiven Wissens zu betrachten. Es gibt

einen regen Austausch über das breite Erfahrungswissen. Diesbezüglich bedauert Jelena einen persönlich schwierigen Zugang zu Geburtserfahrungen:

Da find ich's auch schade, dass man's eben nie ähm so erlebt vielleicht wie so in anderen Familien oder Kulturen, dass man da so'n bisschen vielleicht auch schon Kontakt hatte. [...] Führ' ich das darauf zurück, dass (.) ich so 'ne Unsicherheit habe (Jelena I: 35 ff.).

Jelena beschreibt, dass es für sie in ihrem kulturellen und familiären Umfeld kaum eine Möglichkeit gibt, direkten Kontakt zu Geburten zu haben und den Umgang mit Säuglingen zu erleben. Ihre Unsicherheit führt sie auf die fehlende praktische Annäherung an das Phänomen der Geburt zurück. Der Kontakt zu Geburten würde ihr den Zugang zu diesem Ereignis erleichtern, so handelt es sich bei der Lektüre von Ratgebern und dem Besuch von Informationsveranstaltungen um rein kognitiv vermittelte Informationen, die ihr persönlich wenig anschlussfähig erscheinen.

Interessant ist es abschließend, die gesellschaftliche und professionelle Bewertung des Wissens der Gebärenden und die Wissensarten zu betrachten. Es kann zu viel und zu wenig Wissen, aber auch falsches Wissen geben. Außerdem nimmt die Aneignung von Wissen die Unsicherheit nicht nur, Wissen kann Unsicherheit und Angst, beispielsweise durch Fehldiagnosen in der Schwangerenvorsorge, noch verstärken. Umgekehrt kann Wissen Unsicherheit bannen und Vertrauen begründen. Das (weibliche) Erfahrungswissen hat insgesamt eine sehr ambivalente Position inne und gilt keineswegs als ausschließlich positive, geeignete Quelle für praxisrelevantes Wissen. Wie schon bei der Deutung der Geburt als unbekannte Größe und der damit einhergehenden Paradoxie rund um das Risiko sind auch hier das richtige Maß und die richtige Art des Wissens entscheidend.

3.2 Mentale Annäherung

Neben den unterschiedlichen Strategien, die Frauen wählen, um sich umfangreich auf verschiedenen Ebenen Wissen über die Geburt anzueignen, beschreiben die interviewten Frauen weitere Möglichkeiten, um sich der Geburt oder dem Kind anzunähern oder mit der Unsicherheit umzugehen. Ein Aspekt, der immer wieder in kleinen Sequenzen aufscheint, ist die mentale Vorbereitung und Einstimmung. Die interviewten Frauen nähern sich der Geburt damit nicht nur auf der Ebene unterschiedlichen Orientierungswissens, das in erster Linie kognitiv verarbeitet werden muss, sondern auch auf mentaler Ebene. Sie versuchen sich positiv auf die Geburt einzustimmen und *Ausgeglichenheit* in ihrer Lebensgestaltung zu erreichen, sie stimmen sich *auf die Verarbeitung der Schmerzen* ein oder versuchen *eigene Ängste und Unsicherheiten zu verdrängen oder zu bearbeiten*. Auch die Freude auf das kommende Kind hilft den Frauen, die Gedanken an die Geburt zu bewältigen. Sabina drapiert überall in der Wohnung Kleidungsstücke, um sich auf ihr viertes Kind mental vorzubereiten, und denkt immer wieder an die Geburt und in welchen Positionen sie den Schmerz verarbeiten könnte:

Die Schwangerschaft verging *so schnell* und und jetzt sind nur noch'n paar Wochen und ich bin aber ansch=, ich bin aber noch gar nicht so weit. Ich muss

irgendwie (.) mir das jetzt mal *bewusst* machen: Okay da wird jetzt bald wieder so'n Baby sein und ähm (lacht), die Familie sich irgendwie neu zurecht rütteln. Und ähm die Geburt und ja so, (...) ich muss mir mal dann (.) ja so die Babysachen wieder raus=auspacken [...] um einfach das so (.) 'n bisschen (..) mehr in die Gedanken zu holen. [...] Und ich hab jetzt angefangen, in den letzten Tagen eigentlich erst so, (.) äh mir ähm vorzustellen, wie wird die Geburt. Einfach so, (.) so'n paar Bilder im Kopf schaffen. Also die sind dann (..) ich bin nicht mehr bei schönen Bildern, sondern eher so (.) ähm was für Gefühle werd ich dann da haben und so. Dass ich mich dann eher so'n bisschen schon mal anfang, mich drauf einzulassen. Na ja, ich überleg zum Beispiel=, also ich geh halt so die (.) räumlichen Optionen durch in unserer Wohnung. Wenn's im Bad ist, (.) wie=wie könnte also es dann sein? (Sabina I: 558 ff.)

In dieser Sequenz beschreibt sie ihre mentale Annäherung an das kommende Kind und den Geburtsprozess mit den erwarteten Schmerzen. Sie erprobt in ihrer Vorstellung mögliche Empfindungen der Geburt, Handlungsstrategien und Orte der Geburt.

Eine weitere Form besteht darin, die *Sorgen und Ängste beiseitezuschieben*. Dadurch bleiben sie diffus vorhanden, werden aber nicht konkret. So sieht sich Jelena durch Praktiken des Informationsgewinns mit einer Vielzahl von Komplikationen konfrontiert:

In diese Schwangerschaftsbücher ähm guck ich dann aber höchstens so 'ne Viertelstunde rein. Muss ich dann wieder weg legen. Is' mir dann (.) sonst too much da irgendwie (lacht). Muss ich dann sagen, da kommt auch so 'ne Emotionalität dann manchmal hoch, wo ich denke, *okay* das reicht. (Jelena I: 163 ff.)

Durch das Zuschlagen des Buches sichert Jelena ihr emotionales Gleichgewicht. Die Abhandlung und Aufzählung möglicher Komplikationen berühren sie negativ. Als Gegenstrategie werden die positiven Aspekte der Geburt und der Glaube an den positiven Verlauf besonders betont.

Auffällig ist, dass mehrere Interviewpartnerinnen immer wieder ihre *Offenheit* gegenüber dem Geburtsprozess betonen. Mit dieser Offenheit bekommen die schwangeren Frauen aber auch Risikobewusstsein und werden unsicher. Selbst wenn sie bereits Geburtserfahrungen gemacht haben, bleibt das Bewusstsein, dass die bevorstehende Geburt ganz anders sein könnte. „Es wird bestimmt ganz anders“, betont Sabina (I: 687). Um mit der Unsicherheit umgehen zu können, bewahren sich die Frauen Offenheit. Sie warten auf das Ereignis und werden sich damit auseinanderzusetzen, wenn es so weit ist.

Eine zu detaillierte Planung, Information, Vorbereitung und Absicherung vor allen Eventualitäten stehen im Widerspruch zu dieser Offenheit. Die Offenheit und eine Ablehnung des Planungsimperatives entlastet die Frauen davon, absolute Handlungssicherheit herzustellen, sich permanent und ausdauernd mit der nahenden Geburt zu beschäftigen oder die Verantwortung für eine gelingende Geburt alleine tragen zu müssen. Durch die Betonung der Offenheit tragen die Frauen auch dem Umstand Rechnung, dass sie einen großen Teil der äußeren Umstände nicht bestimmen können. Besonders bei einer Geburt im Krankenhaus können sie beispielsweise nicht

aktiv planen oder bestimmen, wer von den professionellen Geburtshelfer*innen anwesend sein wird. Bei Erstgebärenden kommt hinzu, dass sie selbst nicht einschätzen können, wie sie bei der Geburt reagieren werden. Auch hier wirkt die Betonung der Offenheit handlungsentlastend.

3.3 Vorläufige Deutungen, Handlungsstrategien und vorgeburtliche Entscheidungen

Aus der Annäherung an die Geburt angesichts ihrer Unbekanntheit schlussfolgern die Frauen vorläufige Deutungen, potenzielle Handlungsstrategien und vorgeburtliche Entscheidungen. Im Deutungsprozess verfestigen, etablieren oder verändern sich Deutungen durch den umfangreichen Wissenserwerb (in der Schwangerschaft) angesichts der unbekannten Geburt. Mit der Etablierung von Deutungsgewissheiten ist es auch möglich, eine gewisse Handlungssicherheit herzustellen, indem eine vage Haltung zu bestimmten medizinischen Praktiken entwickelt wird. Der vorgestellte Kategorienzusammenhang ist nur ein Teil des Deutungsprozesses. Insgesamt ließ sich ein zirkulärer Deutungsprozess rund um die Kategorie der unbekannten Geburt rekonstruieren, in dem sich Deutungen durch erlebte Geburten oder andere Schlüsselerlebnisse im Lauf des Lebens immer wieder verändern, aber auch verstetigen können.

4 Ergebnisdarstellung und Diskussion

Das Ziel bestand darin, mithilfe der Interviewanalyse die umfassenden Vorbereitungspraktiken auf die Geburt in der Gegenwart neu zu akzentuieren, und zwar nicht im Sinne von der „Geburt als Projekt“, sondern als Versuche der Annäherung an ein unbekanntes Ereignis. Der Einblick in die Materialanalyse zeigt weitere spannende Aspekte, die diese These irritieren und sie infrage stellen.

Die These der „Geburt als Projekt“ setzt voraus, dass Geburten sowohl in ihrem körperlichen Prozess als auch in den sozialen und strukturellen Umständen gestalt- und planbar sind. Im Sinne ökonomischer Logiken wäre die Geburt durch den Einsatz guter Vorbereitung, eine umfangreiche Aneignung von Wissen, dem körperlichen Training, dem Wahrnehmen medizinischer Dienstleistungen und dem Treffen von rationalen Entscheidungen (individuell) gestalt- und optimierbar. Diesem Phänomen entspricht auch die Adressierung schwangerer Frauen als selbstbestimmte Entscheider-Subjekte. Mit der Deutung der Geburt als unbekannte Größe und potenziell lebensbedrohliches Ereignis im Interviewmaterial wird jedoch deutlich, dass die Interviewpartner*innen Planung als grundsätzlich unmöglich definieren und diese ablehnen. Deutlich wird bei allen Frauen des Samples die Risikowahrnehmung bezüglich der Geburt, die als Orientierung am medizinischen Risikofaktorenmodell zu interpretieren ist, welches die Geburt zwischen Leben und Tod verortet (vgl. Dörpinghaus 2013; Baumgärtner und Stahl 2005). Tod oder Komplikation schweben wie ein Damoklesschwert über ihnen, denn auch bei der Schwangerschaftsvorsorge steht die Erkennung von Risikofaktoren im Mittelpunkt (ebd., S. 55). Im Risiko- und Sicherheitsdispositiv wirkt ein technisches Paradigma, welches sehr stark an „science,

high technology, economic profit, and patriarchally-governed institutions“ (Davis-Floyd 2001, S. 5) orientiert ist. Geburt wird hier als mechanischer Prozess konzeptualisiert, der vor allem durch Interventionen effizient und sicher wird.

Tatsächlich findet sich in der Bewältigungsstrategie der Wissensaneignung die umfassende Aneignung von (biomedizinischem) Wissen und die Wahrnehmung von verschiedenen Kursangeboten. Indes erscheinen diese Praktiken in der Analyse eher als Annäherung denn als Versuch der aktiven Gestaltung und Planung der Geburt. Denn die Haltungen zu speziellen medizinischen Praktiken (wie der Gebärposition oder einer PDA) bleiben erstaunlich vage, konkrete Planungsaktivitäten werden verweigert und die Interviewpartnerinnen üben sich vielmehr in Offenheit. Besonders Offenheit und Vagheit stehen im Kontrast zur diskursiven Aufforderung zur Erstellung eines Geburtsplanes. Eine zu starke Planung erscheint vielmehr als belastend und schädlich. Die Offenheit kann eine seelische Schutzfunktion haben, um nicht enttäuscht zu sein oder den eigenen Ansprüchen nicht genügen zu können, wenn beispielsweise eine Geburt ohne Schmerzmittel doch nicht erreicht wird. Damit kommen die interviewten Frauen dem Planungsimperativ nicht nach. Neben der Deutung der Geburt im Rahmen einer existenziellen, „grundlegenden Gefährdungslage“ (Rose und Schmied-Knittel 2011, S. 85) finden sich in den Interviews gleichzeitig die Deutung der Geburt als normales Erlebnis im Leben einer Frau und eine große Zuversicht, die Geburt bewältigen zu können, und die Hoffnung oder Gewissheit, dass ein gutes Ende der Geburt zu erwarten sei. Dem Risikobegriff sind die Unsicherheit sowie die Möglichkeit, Schaden abzuwenden, inhärent (Baumgärtner und Stahl 2005, S. 12 ff.).

Die Frauen befinden sich damit in einer Ambivalenz: Neben der eigenen empfundenen Gewissheit oder Hoffnung, dass schon alles gutgehen wird, besteht eine existenzielle Gefahr, die über ihnen und ihrem Kind schwebt. Inhärent ist dieser Deutung, dass sich die Situationen schnell verändern könnten und dass das eigene Tun sowie Vorbereitung oder Planung im Zweifelsfall kaum Einfluss auf die Geburt haben. Deutungs Offenheit und Unsicherheit sind der diskursiven Konstruktion der Geburt inhärent. Die Interviewanalyse verweist darauf, dass die unbekannte Geburt diskursiv auf diese paradoxe Weise konstruiert ist.

Neben dem vordergründigen Planungsimperativ bei gleichzeitiger Konstruktion der Geburt als gefährlichem Ereignis im Leben einer Frau ist der Blick auf die konkrete Gestaltbarkeit der Geburt durch Gebärende ernüchternd. Über den tatsächlichen Geburtsverlauf und die Orientierung an den Wünschen der Gebärenden durch die medizinischen Geburtshelfer*innen entscheiden nicht so sehr ihre Informiertheit und ihre vorgeburtlichen Entscheidungen und Pläne. Besonders in der Arena des Krankenhauses beeinflussen ökonomische und personelle Kosten (Schwenzer und Schwenzer 2010), organisatorische und personelle Engpässe (Stahl 2016), ein drohender Rechtsstreit im Schadensfall einer kompliziert verlaufenden Geburt oder medizinische Komplikationen das Geschehen und das Handeln der professionellen Geburtshelfer*innen. So zeigt Seehaus (2015), dass es in bestimmten (Not-)Situationen zu einer paradoxen Revidierung der Adressierung einer selbstbestimmten Entscheiderin kommt, stattdessen wird dann auf ein entmündigtes Patientinnen-Subjekt zurückgegriffen, „das sich möglichst widerstandslos in die institutionellen Prozeduren und Mechanismen einfügt“ (ebd., S. 64). Die Entscheidung darüber, wann

eine Notlage besteht, liegt bei den professionellen Geburtshelfer*innen. Jedoch ist in der Diskussion deutlich geworden, dass nicht nur eine Notsituation die Entscheidungsräume gebärender Frauen erheblich einschränkt, sondern auch die strukturelle Versorgungssituation und die Integration in eine medizinische Hierarchie, die Frauen keine Kontrolle zugestehen (Happel-Parkins und Azim 2015, S. 5). Jung (2017) betont, dass die zunehmende Ökonomisierung, der Rückbau geburtshilflicher Infrastruktur, Zentralisierung der Krankenhäuser und der Rückgang außerklinischer Geburtshilfe „kaum Raum für Bedürfnisse und Wünsche der Gebärenden“ und damit für „tatsächliche Entscheidungsspielräume“ (ebd., S. 227) lassen.

Deutlich wird damit die Neuakzentuierung der umfangreichen und weitreichenden Vorbereitungspraktiken, indem die interviewten Frauen es ablehnen, die Geburt als Event oder Projekt zu gestalten. In dem machtvollen Dispositiv, in das Geburten eingebettet und die Deutung als potenziell lebensbedrohliches Ereignis so zentral sind, ist das kaum möglich. Die Betonung der vagen Haltung gegenüber der Geburt, die Offenheit und die Verweigerung des Planungsimperativs verdeutlichen, wie sich die interviewten Frauen vor der Zuschreibung von Verantwortung und der Forderung nach rationalen reproduktiven Entscheidungen schützen.

Abschließend lohnt sich der Rückgriff auf Foucaults Konzept der Bio-Politik und der inhärenten Form der Macht, „die auf das [...] ‚Lebendige‘ an Lebewesen und Bevölkerung zielt“ (Sänger und Rödel 2012, S. 10). „Im Fokus der Macht steht nicht nur die Verwaltung von Lebensprozessen, sondern auch die Herstellung von Wissen über sie“ (ebd., S. 8). Diese Formen der Macht haben „die Optimierung und Produktivmachung des Lebens zum Ziel“ (ebd., S. 9). Disziplinierung menschlicher Körper und die „regulierende Kontrolle der Bevölkerung“ (ebd.) bilden die Machttechnologien, durch die sich die Macht auf das Lebendige entfaltet. Foucaults Gedanke „zur Gouvernementalität als Kunst des Regierens erweitert das Verständnis von Biopolitik als einer Form der Machtausübung, die nun auch Formen der Subjektivierung umfassen“ (ebd.) und damit eine Verknüpfung von Fremd- und Selbstführung akzentuiert. In der Geburt vereinen sich in besonderem Maße beide Machttypen. Während Schwangerschaft und Geburt kommen innerhalb von Praxen und Kliniken verschiedene disziplinarische Praktiken zum Einsatz, um den Körper der Frau ein- bzw. zuzurichten und „gemäß einer Norm zu formen“ (Ruoff 2009, S. 45). Gleichzeitig ist die Frau durch ihre reproduktive Fähigkeit ein besonderes Ziel der Bio-Macht, Fremd- und Selbstführung greifen komplex ineinander.

5 Resümee

Deutlich geworden ist die zentrale Position der Deutung der Geburt als unbekannte Größe. Der daraus resultierenden Unsicherheit und dem empfundenen Risiko scheint die Geburtsmedizin in Form von umfangreichen Screening- und Kontrollverfahren sowie einem Risikomanagement und Interventionsmöglichkeiten Abhilfe verschaffen zu können, indem Frauenkörper diszipliniert werden, beispielsweise durch umfangreiche Kontrollpraktiken oder Verhaltensmaßstäbe bezüglich der Ernährung während der Schwangerschaft. Die zentrale Quelle für hegemoniales geburtshilfliches Wissen innerhalb des bio-medizinischen Risiko- und Sicherheitsdispositivs ist die

medizinische Wissenschaft. Das epistemologische Verständnis der Medizin gründet im positivistischen Paradigma (Dörpinghaus 2010, S. 20). In diesem Zusammenhang können Wissenschaftler*innen die Wahrheit über naturwissenschaftliche Zusammenhänge und Kausalitäten zutage fördern. Damit produzieren und legitimieren sie (Experten-)Wissen mit einem spezifischen Wahrheitsanspruch: Es gibt wahre und wertneutrale, von einzelnen Subjekten unabhängige Erkenntnisse. Die Geburtsmedizin basiert auf einem „medizinisch-technischen Modell“ (Dörpinghaus 2013, S. 26), das von einem Paradoxon ausgeht: die Geburt als ein natürlicher, normaler Vorgang, der gleichzeitig sehr riskant, unberechenbar und potenziell lebensbedrohlich ist. Durch Interventionen und Prävention kann das (vermeintlich) erhebliche Geburtsrisiko minimiert werden. Damit legitimiert die Geburtsmedizin ihre Existenz und Relevanz mit dem Schutz des Lebens von Frau und Kind. In das bio-medizinische, objektiv geltende Wissen sind zudem spezifische Vorstellungen von Frauenkörpern und Reproduktion eingelassen, denn „ärztliches Handeln knüpft an Bilder von Weiblichkeit, an Geschlechtsstereotype, an gesellschaftliche Regeln des Umgangs mit Risiken und an Vorstellungen über körperliche Entwicklungen an“ (Kolip 2000, S. 27). Gleichzeitig wird an die Eigenverantwortung der Frauen appelliert und sie werden vordergründig als Entscheider-Subjekte adressiert, die ihr Kind, dessen Gesundheit und eine Geburt aktiv im Sinne ökonomischer Logik und damit auch innerhalb einer Optimierungslogik planen könnten.

Bei der Betrachtung des Interviewmaterials ist nun spannend, dass vor allem das Phänomen der unbekannten Geburt in den Narrationen eine zentrale Stellung einnimmt und aktive Planung und Gestaltung aufgrund der Unverfügbarkeit der Geburt durch die Interviewpartnerinnen nahezu abgelehnt wird. Durch die Bewältigungsstrategien werden auf kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene unterschiedliche Arten von Orientierungswissen angesammelt, das dabei helfen soll, sich diesem Phänomen anzunähern und sich für verschiedene Geburtsverläufe und Handlungsmöglichkeiten zu öffnen. Gleichzeitig schulen die Frauen sich in Offenheit und geben den professionellen Geburtshelfer*innen Vertrauensvorschuss. Damit entlasten sie sich von Verantwortungsdruck und Selbstoptimierung. Andererseits kann das zu einer verstärkten Fremdführung durch professionelle Geburtshelfer*innen führen. Für die Geburt lässt sich damit ein komplexes Verhältnis von Selbst- und Fremdführungsmechanismen festhalten. Abschließend ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Disziplinierung von Frauen(körpern) auch gewaltvolle Formen annehmen kann (vgl. Ameli und Valdor 2020; Bowser und Hill 2010; Mundlos 2017). Solange Frauen jedoch das Gefühl haben, dass dieser gewaltvolle Umgang notwendig ist, um ein gesundes Kind zu gebären oder die Geburt selbst zu überleben, fügen sie sich den Behandlungen und Eingriffen.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Interessenkonflikt S. Eckardt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Ameli, Katharina, und Lara L. Valdor. 2020. Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen. *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 3:141–156.
- Baumgärtner, Barbara, und Katja Stahl. 2005. *Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge?* Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Boltanski, Luc. 2007. *Soziologie der Abtreibung: zur Lage des fötalen Lebens*. Berlin: Suhrkamp.
- Bowser, Diana, und Kathleen Hill. 2010. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf. Zugegriffen: 23. Jan. 2019.
- Bröckling, Ulrich. 2007. *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bühmann, Andrea D., und Werner Schneider. 2008. *Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse*. Bielefeld: transcript.
- Chadwick, Rachel. 2018. *Bodies that birth. Vitalizing birth politics*, 1. Aufl., Women and Psychology. Milton: Taylor and Francis.
- Colloseus, Cecilia. 2018. *Gebären – Erzählen. Die Geburt als leibkörperliche Grenzerfahrung*. Kultur der Medizin, Bd. 42. Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Correll, Lena. 2010. *Anrufungen zur Mutterschaft. Eine wissenssoziologische Untersuchung von Kinderlosigkeit*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75:5–23.
- Dörpinghaus, Sabine. 2010. *Was Hebammen erspüren. Ein leiborientierter Ansatz in Theorie und Praxis*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Dörpinghaus, Sabine. 2013. *Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe*. Freiburg, München: Alber.
- Duden, Barbara. 2002. *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*. Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte.
- Foltys, Julia. 2008. Geburt als körperliches und mediales Ereignis: Zur Bedeutungszuschreibung von Schwangerschaft und Geburt. In *Geburt in Familie, Klinik und Medien: Eine qualitative Untersuchung*, Hrsg. Christoph Wulf, 127–143. Opladen: Barbara Budrich.
- Hallwaß, Anne Elise. 2018. *Projekt in guter Hoffnung*. Würzburg: Ergon.
- Happel-Parkins, Alison, und Katharina A. Azim. 2015. At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth. *Women and Birth* 29(4):310–320.
- Hellmers, Claudia. 2013. Spontangeburt versus Sectiokaesarea: Wünsche der Schwangeren und postpartales psychisches und physisches Befinden. In *Was sagen die Mütter?: Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, Hrsg. Katja Makowsky, Beate Schücking, 274–304. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Hoffmann-Kuhnt, Simone. 2013. Aktivität und Passivität während der Geburt: Akzente in der Leitbild gebenden Fachliteratur. Dissertation. <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2013/6535/pdf/Dissertation.pdf>. Zugegriffen: 17. Dez. 2018.
- Honegger, Claudia. 1983. Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers. In *Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit: L'Homme et son corps dans l'histoire moderne. Vorträge eines internationalen Colloquiums, Berlin 1.–3.12.1981*, Bd. 1, Hrsg. Arthur E. Imhof, 203–214. Berlin: Duncker & Humblot.

- Jung, Tina. 2016. (K)Eine Frage der Freiheit? Selbstbestimmung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt. In *Feminismus und Freiheit. Geschlechterkritische Aneignungen eines umkämpften Begriffs*, Hrsg. Carmen Birkle, Barbara Grubner, und Annette Henninger, 213–235. Roßdorf: Helmer.
- Jung, Tina. 2017. Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen?: Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *Gender* 9(2):30–45.
- Keller, Reiner. 2011. The sociology of knowledge approach to discourse (SKAD). *Human Studies* 34(1):43–65. <https://doi.org/10.1007/s10746-011-9175-z>.
- Keller, Reiner. 2012. Der menschliche Faktor. In *Diskurs – Macht – Subjekt*, Hrsg. Reiner Keller, Werner Schneider, und Willy Viehöver, 69–107. Wiesbaden: VS.
- Kolip, Petra. 2000. Frauenleben in ärztlicher Hand: Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In *Weiblichkeit ist keine Krankheit: Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*, Hrsg. Petra Kolip, 9–30. Weinheim: Juventa.
- Macleod, Catriona Ida, und Tracy Morison. 2020. Fertility, childbirth, and parenting. In *The Cambridge handbook of the international psychology of women*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108561716.011>.
- Martin, Emily. 1989. *Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Martin, Katrin A. 2003. Giving birth like a girl. *Gender & Society* 17(1):54–72.
- Müller, Marion, und Nicole Zillien. 2016. Das Rätsel der Retraditionalisierung – Zur Verweiblichung von Elternschaft in Geburtsvorbereitungskursen. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 68(3):409–433. <https://doi.org/10.1007/s11577-016-0374-5>.
- Mundlos, Christina. 2017. Gewalt unter der Geburt und ihre Auswirkungen. *Die Hebamme* 30(5):312–319.
- Neuhaus, Werner. 2000. *Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Rose, Lotte. 2010. Natürliche* und ‚sanfte Geburt‘. Paradoxien der modernen Entbindungsreformen. *FGS – Freiburger GeschlechterStudien* 16(1):27–28.
- Rose, Lotte, und Ina Schmied-Knittel. 2011. Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*, Hrsg. Paula-Irene Villa, Stephan Moebius, und Barbara Thiessen. Frankfurt a.M.: Campus.
- Ruoff, Michael. 2009. *Foucault-Lexikon. Entwicklung, Kernbegriffe, Zusammenhänge*, 2. Aufl., Paderborn: Fink.
- Sänger, Eva, und Malaika Rödel. 2012. Einleitung: Biopolitik und Geschlecht: Zur Regulierung des Lebendigen. In *Biopolitik und Geschlecht: Zur Regulierung des Lebendigen*, Hrsg. Eva Sänger, Malaika Rödel, 7–23. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Schetsche, Michael, und Ina Schmied-Knittel. 2013. Deutungsmuster im Diskurs: Zur Möglichkeit der Integration der Deutungsmusteranalyse in die Wissenssoziologische Diskursanalyse. *Zeitschrift für Diskursforschung* 1(1):24–45.
- Schumann, Marion. 2009. Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik 1950–1975. In *Vom Dienst an Mutter und Kind zur Dienstleistung in der Klinik: die Transformation des Hebammenberufs in der Bundesrepublik zwischen 1950 und 1975 Frauengesundheit*, Bd. 8 Göttingen: V & R unipress. Vollst. zugl.: Hannover, Univ., Diss., 2008 u.d.T.: Schumann, Marion.
- Schwenzer, T., und C. Schwenzer. 2010. Kosten und Erlöse für eine Geburt in Deutschland. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 214(05):188–197.
- Seehaus, Rhea. 2015. Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt: Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen. *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien* 21(2):51–67.
- Stahl, Katja. 2016. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1865921716301453>. Zugriffen: 17. Jan. 2022.
- Tegethoff, Dorothea. 2011. *Bilder und Konzeptionen vom Ungeborenen. Zwischen Visualisierung und Imagination*. Leverkusen, Opladen: Budrich UniPress.
- Villa, Paula-Irene, Stephan Moebius, und Barbara Thiessen. 2011. Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Einführung. In *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*, Hrsg. Paula-Irene Villa, Stephan Moebius, und Barbara Thiessen, 7–21. Frankfurt a.M.: Campus.

Sarah Eckardt ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „ELSA – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer“. Die Soziologin promovierte innerhalb des Promotionskollegs „Familie im Wandel. Diskontinuität, Tradition und Strukturbildung“ an der FernUniversität Hagen. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Frauen- und Geschlechterforschung, Medizin- und Gesundheitssoziologie.